



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 21, Issue 1 (Winter 2019), 1-204

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

بررسی همزمانی لیکن پلان دهانی با پرکاری و کم کاری تیروئید

عذرا محیطی^۱ (DDS, M.Sc)، مریم جلیلی صدرآباد^{۲*} (DDS, M.Sc)، راهب قربانی^۳ (Ph.D)، رضا فلاح^۴ (DDS)، نوید تباوار^۴ (DDS)، علیرضا پدرام^۵ (Dental Student)

۱- بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

۲- بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۴- دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۵- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۲۷۹۵۲۵۷ Dr.njalili@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۲۳۹۷/۴/۲۴

چکیده

هدف: لیکن پلان یک بیماری پوستی - مخاطی می‌باشد که عوارض آن شامل زخم، سوزش، ناراحتی و احتمال بدخیمی می‌باشد. مطالعات قبلی در بررسی ارتباط لیکن پلان دهانی (Oral lichen planus, OLP) و مشکلات تیروئیدی نتایج متضادی داشتند، با توجه به اهمیت موضوع هدف این مطالعه بررسی این همزمانی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با بررسی ۱۲۰۰ پرونده در بخش بایگانی دانشکده دندان پزشکی صدوقی یزد از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری آسان صورت گرفت. بیماران از نظر ابتلا به OLP و بیماری تیروئید در چهار گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل ۱۸-۶۰ سال، فقدان سایر بیماری‌های سیستمیک و مخاطی و سایر بیماری‌های تیروئید (غیر از کم‌کاری پرکاری تیروئید) بود.

یافته‌ها: از ۵۴۲ نفری که وارد مطالعه شدند، ۳۱/۴٪ از مبتلایان به هیپوتیروئیدیسم، ۳۷/۵٪ از مبتلایان به هیپرتیروئیدیسم و ۲۰/۸٪ از افراد نرمال مبتلا به OLP بودند. ارتباط معناداری بین بیماری‌های تیروئیدی و لیکن پلان و همچنین بین ابتلا به لیکن پلان و جنس دیده نشد. اما ارتباط بین لیکن پلان و سن بیماران معنی‌دار بود و با افزایش هر سال سن، خطر ابتلا به لیکن پلان ۱/۰۷ برابر می‌شد.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر همزمانی بروز OLP و ابتلا به کم‌کاری و پرکاری تیروئید دیده نشد با این وجود افزایش ۱/۰۷ برابری در ابتلا به OLP و افزایش سن دیده شد. با توجه به اهمیت هر دو بیماری مطالعات دیگر با تعداد نمونه بیشتر توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: لیکن پلان دهانی، لیکنوئید، پرکاری تیروئید، کم‌کاری تیروئید

مقدمه

لیکن پلان یک بیماری التهابی می‌باشد که تظاهرات بالینی متعدد آن در نواحی مختلف پوست و مخاط رخ می‌دهد. این بیماری معمولاً در افراد میان سال رخ داده، در زنان شایع‌تر بوده و شیوع آن ۱ تا ۲٪ در جمعیت عمومی می‌باشد [۴-۱]. پاتوژن دقیق آن نامعلوم است ولی فعال شدن سلول‌های لنفوسیت T بر علیه سلول‌های اپیتلیال لایه بازال در این رابطه مطرح شده است [۷-۵]. در رابطه با اتیولوژی لیکن پلان بیماری‌های اتوایمیون، داروها (پنی‌سیلین، طلا، سولفونامیدها) و مواد ترمیمی دندان پزشکی مطرح شده‌اند [۱، ۱۰، ۸]. بیماری لیکن پلان قادر به ایجاد ضایعات دهانی به فرم‌های مختلف

می‌باشد که برخی با ایجاد زخم، تاول و سوزش سبب ناراحتی و آزار بیمار شده و کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهند و برخی دیگر به عنوان پیش بدخیم شناخته شده‌اند [۱۱-۱۳]. Ismail و همکاران (۲۰۰۷) به میزان تبدیل به بدخیمی در انواع لیکن پلان را ۰ تا ۵/۳٪ اعلام کردند که بیش‌ترین میزان در این مطالعه مربوط به لیکن پلان اروزیو بود [۵]. تشخیص به موقع و درمان فوری این بیماری جزء ضرورت سیستم سلامت محسوب می‌شود و با اکتساب به این امر نقش مهمی در پیش‌گیری از ابتلا به سرطان در جمعیت هدف ایفا می‌گردد.

غده تیروئید چندین هورمون مختلف تولید می‌کند. دو مورد از مهم‌ترین آن‌ها تترایدوتیرونین و تری‌یدوتیرونین می‌باشند. تولید بیش از حد این دو هورمون منجر به هیپرتیروئیدیسم و تولید کم‌تر از حد نرمال منجر به هیپوتیروئیدیسم می‌شود که هر کدام علائم بالینی و آزمایشگاهی شناخته شده‌ای دارند [۱۴]. بیماران مبتلا به هاشیماتو (کم‌کاری اتوایمیون) یا گریوز (پرکاری اتوایمیون) به خاطر اتیولوژی اتوایمیون بیماری، هم‌چنین در معرض ریسک بیش‌تری از ابتلا به بیماری‌های اتوایمیون در قسمت‌های دیگر بدن نسبت به جمعیت نرمال می‌باشند [۱۶، ۱۵].

اخیراً لیکن پلان دهانی با بیماری‌های سیستمیک مرتبط دانسته شده است. به طور مثال Manomaiyat T. و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه مورد شاهدهی ارتباط معنی‌داری بین OLP و هپاتیت C مشاهده کردند [۱۷].

در مطالعه Siponen (۲۰۱۰) در فنلاند، ارتباطی بین بیماری‌های تیروئید اعم از پرکاری یا کم‌کاری تیروئید و ضایعات لیکن پلان دهانی مشاهده شد [۱۸]. از طرف دیگر Lavaee (۲۰۱۶) و همکاران رابطه بین لیکن پلان و هیپوتیروئیدیسم را در یک مطالعه گذشته‌نگر بررسی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که لیکن پلان و هیپوتیروئیدیسم رابطه معنی‌داری از نظر آماری نداشتند [۱۹].

علی‌رغم نتایج متضاد مطالعات قبلی، با توجه به اهمیت لیکن پلان در ایجاد سرطان دهان و از طرفی وجود اتیولوژی مشترک اتوایمیون بین دو بیماری، بررسی و تعیین این هم‌زمانی لازم به نظر می‌آید و با توجه به اهمیت موضوع هدف این مطالعه بررسی هم‌زمانی بین لیکن پلان دهانی و پرکاری کم‌کاری تیروئید می‌باشد. در صورت مشاهده ارتباط بین این دو بیماری توصیه می‌شود بیماران تیروئیدی برای معاینات منظم دهانی به متخصص بیماری‌های دهان ارجاع شوند تا از بروز ضایعات پیش بدخیم و متعاقباً بدخیم در آن‌ها جلوگیری به عمل آید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، پرونده ۱۲۰۰۰ بیماری که طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۹۳ به دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مراجعه کرده بودند و در قسمت بایگانی نگهداری می‌شدند، توسط همکاران طرح که دانشجویان دندان‌پزشکی عمومی بودند مورد بررسی قرار گرفت. از میان این تعداد پرونده ۵۴۲ موردی که معیارهای ورود را داشتند به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، فقدان سایر

بیماری‌های سیستمیک، فقدان سایر بیماری‌های مخاطی، فقدان سایر بیماری‌های تیروئید (غیر از کم‌کاری یا پرکاری تیروئید) بود. معیارهای خروج شامل ناقص بودن پرونده‌ها، سن زیر ۱۸ سال و بالای ۶۰ سال، وجود سایر بیماری‌های سیستمیک، وجود سایر بیماری‌های مخاطی، وجود سایر بیماری‌های تیروئید و مصرف داروهای شناخته شده موثر در ایجاد لیکن پلان بود. برای ۵۴۲ بیمار واجد شرایط ورود به مطالعه، مشخصات فردی، وجود یا عدم وجود ضایعه لیکن پلان یا واکنش‌های لیکنوئیدی در قسمت معاینات داخل دهانی و وجود یا عدم وجود بیماری کم‌کاری یا پرکاری تیروئید در قسمت بیماری‌های سیستمیک و سابقه پزشکی پرونده استخراج شده و در Data sheet ثبت گردید. این تعداد نمونه برای برآورد شیوع لیکن پلان با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪ و دقت ۴٪ کفایت می‌کند. تشخیص لیکن پلان یا واکنش‌های لیکنوئیدی در دهان توسط دانشجوی عمومی آموزش‌دیده از طریق معاینه بصری و بر اساس مشاهده پاپول یا خطوط و یکپارچه که شاخصه لیکن پلان (با حداکثر حساسیت و اختصاصیت) می‌باشند صورت گرفته و توسط اساتید بخش (متخصصین بیماری‌های دهان، فک و صورت) که قبلاً کالیبره شده بودند تأیید شده بود. موارد علامت‌دار، زخمی یا مشکوک نیز بیوپسی (حساسیت و اختصاصیت بالا) شده و در نتیجه هیستوپاتولوژی تشخیص تأیید شده بود. تشخیص بیماری تیروئید توسط پزشک بیمار مطرح شده یا از روی داروهای مصرفی یا آزمایشاتی که بیمار به همراه داشته صورت گرفته بود. در این مطالعه داده‌ها توسط همکاران طرح (دانشجویان دندان‌پزشکی عمومی) از پرونده‌ها استخراج و در چک لیست ثبت شدند. بدین ترتیب بیماران در چهار گروه زیر قرار گرفتند: گروه یک شامل افراد مبتلا به مشکل تیروئید (پرکاری یا کم‌کاری تیروئید) و بدون ضایعه دهانی (لیکن پلان یا واکنش لیکنوئیدی)، گروه دو شامل افراد مبتلا به ضایعه دهانی و بدون مشکل تیروئید، گروه سه شامل افراد مبتلا به مشکل تیروئید و ضایعه دهانی هم‌زمان و گروه چهارم افراد سالم از هر دو نظر بودند. در کلینیک دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، پرونده‌ها برای هر بیمار به صورت مصاحبه شخصی و کاملاً محرمانه تکمیل و در قسمت بایگانی دانشکده ثبت و ضبط شدند و به هیچ‌وجه در دسترس افراد متفرقه قرار نگرفت. این مطالعه با اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه انجام شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک در سطح معنی‌داری ۵٪ انجام شد. نرم‌افزار مورد استفاده SPSS 18.0 بوده است.

نتایج

۳۷/۵٪ از هیپرتیروئیدی‌ها و ۲۰/۸٪ از نرمال‌ها مبتلا به لیکن پلان دهانی بودند و در کل ۳۲/۴٪ از مبتلایان به بیماری تیروئیدی لیکن پلان دهانی داشتند. شیوع لیکن پلان به تفکیک سن، جنس و وضعیت پرکاری تیروئید در جدول ۱ آمده است. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد از بین سه متغیر ذکر شده (سن، جنس و بیماری تیروئید) فقط سن ارتباط معناداری با ابتلا به لیکن پلان داشت ($p < 0.001$, $OR = 1.07$, $95\%CI: 1.09 - 1.05$). سن، خطر ابتلا به لیکن پلان ۱/۰۷ برابر می‌شود. سایر متغیرها از جمله ابتلا به هیپو یا هیپر تیروئیدی ارتباطی معنی‌داری با ابتلا به لیکن پلان نداشت.

از ۵۴۲ بیمار واجد شرایط ورود به مطالعه، ۷۰/۱٪ (۳۸۰ نفر) زن و مابقی مرد بودند. از نظر ابتلا به لیکن پلان ۲۱/۸٪ (۱۱۸ نفر) مبتلا بودند. ۲۲/۱٪ (۳۵ نفر) از زن‌ها و ۲۱/۰٪ (۳۴ نفر) از مردها مبتلا به لیکن پلان بودند. میانگین $\pm$ انحراف معیار سن بیماران 37.2 ± 10.4 (از ۲۰ تا ۷۵) سال و میانه سنی ۳۵ سال بود. شیوع لیکن پلان در سنین مختلف از ۱۱/۶٪ در بیماران کم‌تر از ۳۰ سال تا ۴۹/۵٪ در بیماران ۵۰ سال یا بالاتر دیده شد.

مبتلایان به هیپوتیروئیدیسم ۶/۵٪ (۳۵ نفر) و مبتلایان به هیپرتیروئیدیسم ۱/۵٪ (۸ نفر) از نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند و بقیه یعنی ۹۲/۱٪ نرمال بودند. ۳۱/۴٪ از هیپوتیروئیدی‌ها و

جدول ۱. شیوع لیکن پلان به تفکیک سن، جنس و وضعیت عملکرد تیروئید در بیماران مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد در سال های ۱۳۹۳-۱۳۸۳

ابتلا به لیکن پلان				تعداد	مشخصه	
-		+				
درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۷۷/۹	۲۹۶	۲۲/۱	۸۴	۳۸۰	زن	جنس
۷۹/۰	۱۲۸	۲۱/۰	۳۴	۱۶۲	مرد	
۸۸/۴	۱۳۰	۱۱/۶	۱۷	۱۴۷	<۳۰	سن(سال)
۸۳/۰	۱۶۶	۱۷/۰	۳۴	۲۰۰	۳۰-۳۹	
۷۸/۸	۸۲	۲۱/۲	۲۲	۱۰۴	۴۰-۴۹	
۵۰/۵	۴۶	۴۹/۵	۴۵	۹۱	≥۵۰	
۷۹/۲	۳۹۵	۲۰/۸	۱۰۴	۴۹۹	نرمال	عملکرد تیروئید
۶۸/۶	۲۴	۳۱/۴	۱۱	۳۵	هیپو	
۶۲/۵	۵	۳۷/۵	۳	۸	هایپر	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این مطالعه تعیین هم‌زمانی بروز بین لیکن پلان دهانی و پرکاری و کم‌کاری تیروئید بود. نتیجه مطالعه حاضر که به هم‌زمانی ابتلا به لیکن پلان دهانی و پرکاری و کم‌کاری تیروئید پرداخته است، نشان داد که میان سن، جنس و بیماری‌های تیروئید اعم از پرکاری و کم‌کاری ارتباط معناداری دیده نشد. اما بین سن و ابتلا به لیکن پلان دهانی ارتباط معناداری دیده شد به طوری که با گذشت هر سال سن، خطر ابتلا به لیکن پلان دهانی ۱/۷ برابر می‌شود.

هم‌چنین ارتباط معناداری مابین ابتلا به لیکن پلان دهانی و ابتلا به پرکاری و کم‌کاری تیروئید دیده نشد.

Bakhtiari S و همکاران (۲۰۱۷) شیوع لیکن پلان دهانی را در کودکان و نوجوانان ایرانی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که این بیماری در زنان میانسال شایع و در کودکان نادر است [۲۰].

از آنجایی که لیکن پلان یک بیماری وابسته به ایمنی می‌باشد، علت افزایش رخداد لیکن پلان را با افزایش سن

می‌توان به تغییرات هورمونی و کاهش هورمون‌های کنترل کننده سیستم ایمنی مانند استروژن و پروژسترون نسبت داد که هم‌زمان با یائسگی در زنان، شاهد افزایش بروز بیماری‌های ایمنی نیز می‌باشیم که می‌تواند علت این رخداد همان کاهش اثر مهارکنندگی استروژن بر سیستم ایمنی به دنبال کاهش سطح این هورمون در گردش خون باشد که این روند مشابه سایر بیماری‌های وابسته به ایمنی می‌باشد که آن‌ها نیز با بروز یائسگی، یا افزایش بروز داشته یا به سمت بدتر شدن پیش می‌روند.

در مردان نیز با افزایش سن احتمالاً تنظیم سیستم ایمنی دچار اختلال شده که می‌توان این مورد را به کاهش قدرت آنابولسم پروتئین‌ها با افزایش سن نسبت داد. هرچند شناسایی علل احتمالی نیاز به مطالعه بیش‌تری دارد.

در مطالعه Siponen و همکاران که به بررسی هم‌زمانی ابتلا لیکن پلان و بیماری‌های تیروئیدی در جمعیت مردم فنلاند پرداختند به این نتیجه رسیدند که میان ابتلا به لیکن پلان دهانی و ابتلا هم‌زمان به کم‌کاری تیروئید ارتباط معناداری وجود

ندارد بررسی هم‌زمانی ابتلا به لیکن پلان دهانی در مبتلایان به بیماری‌های تیروئیدی از جمله هاشیماتو و گریوز که خود ماهیت اختلال در ایمنی دارند می‌تواند به تشخیص زودهنگام لیکن پلان دهانی کمک کرده و احتمال بروز عوارض ناخوشایند این بیماری را کاهش دهد.

با توجه به این‌که تاکنون به بروز لیکن پلان دهانی در مبتلایان به بیماری‌های تیروئیدی اتوایمیون پرداخته نشده، پیشنهاد می‌شود یک مطالعه به بررسی وجود لیکن پلان دهانی بدون علامت در مبتلایان به بیماری‌های اتوایمیون تیروئیدی هاشیماتو و گریوز پرداخته و بروز هم‌زمان این بیماری‌ها مورد تأیید قرار گیرد.

Azizi و همکاران (۲۰۱۷) روش‌های پیش‌گیری از ابتلا به بیماری تیروئید را بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که رفع کمبود ید، ترک سیگار و الکل و همچنین پیشگیری از بیماری‌های اتوایمیون در پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های تیروئید موثر است و خاطر نشان کردند که پیشگیری به موقع از این بیماری‌ها باید در اولویت برنامه‌های سلامت قرار گیرد [۲۶].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر به حجم کم افراد مبتلا در جمعیت هدف به علت شیوع کم هر دو بیماری در جامعه مورد مطالعه (بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی شهید صدوقی) و همچنین به علت عدم وجود آزمایش‌های تأیید کننده در پرونده دندان پزشکی بیماران، عدم توانایی در انتخاب بیماران نسبت به بیماری‌های تیروئیدی اتوایمیون احتمال بررسی هم‌زمانی این دو بیماری به حداقل رسید.

در این مطالعه تنها به بروز هم‌زمان این بیماری‌ها پرداخته شد که پیشنهاد می‌شود برای مطالعات بعدی جمعیت مورد مطالعه از مبتلایان به بیماری‌های اتوایمیون تیروئیدی انتخاب و بروز لیکن پلان دهانی در آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد تا نتایج بهتری حاصل شود. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر بررسی اطلاعات از روی پرونده‌های بیماران در آرشیو دانشکده دندان پزشکی شهید صدوقی یزد بود که در بسیاری از موارد به علت نقص اطلاعات پرونده موارد از مطالعه خارج شدند. به نظر می‌رسد برای حصول نتایج بهتر همکاری متخصصین غدد و متابولیسم و متخصصین بیماری‌های دهان، فک و صورت و انجام یک مطالعه آینده‌نگر گسترده به طور هم‌زمان در چند جامعه آماری می‌تواند روشنگر ارتباط میان لیکن پلان دهانی و بیماری‌های تیروئیدی باشد.

بروز هم‌زمان بسیاری از بیماری‌ها از جمله لیکن پلان دهانی و بیماری‌های تیروئیدی مورد مطالعه حداقلی بوده و مطالعه بیش‌تر در این زمینه می‌تواند روشنگر وجود ارتباط،

داشت و ابتلا به این دو بیماری به صورت هم‌زمان در جمعیت مورد مطالعه آن‌ها وجود داشته و آن‌ها محققان سایر نقاط جهان را به بررسی وجود این هم‌زمانی دعوت نمودند [۱۸].

نتایج مطالعه Siponen با نتایج مطالعه حاضر متناقض بود که می‌توان علت این اختلاف را تفاوت نژادی آسیای و اروپایی دانست که مطالعات بیش‌تر در نژاد آسیایی می‌تواند روشن‌گر این مسئله باشد [۱۸].

در مطالعه Lavaee و همکاران که به مطالعه هم‌زمانی ابتلا به لیکن پلان دهانی و ابتلا به کم‌کاری تیروئید پرداختند به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری از نظر هم‌زمانی بروز این دو بیماری وجود نداشته که مشابه نتایج مطالعه حاضر می‌باشد [۱۹].

اخیراً Arduino و همکاران (۲۰۱۷) اعلام کردند که بیماران مبتلا به مشکلات تیروئید تقریباً سه برابر بیش‌تر مبتلا به لیکن پلان دهانی بودند [۲۱].

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین ابتلا به لیکن پلان دهانی و جنس دیده نشد که مشابه نتایج مطالعه F.Gorouhi و همکاران می‌باشد [۲۲]. اما در بعضی مطالعات نیز تمایل کمی بیش‌تر در زنان دیده شده است [۲۳].

تاکنون مطالعات محدودی به بروز هم‌زمانی لیکن پلان دهانی و ابتلا به بیماری‌های تیروئید (کم‌کاری-پرکاری) پرداخته‌اند. از آنجایی که طبق مطالعه Ismaili و همکاران لیکن پلان دهانی ۳/۵-۲۰٪ پتانسیل تبدیل به اسکواموس سل کارسینوما را دارد [۵] و Bandyopadhyay و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود میزان دیسپلازی لیکن پلان دهانی را ۶۹/۷٪ و میزان تبدیل به اسکواموس سل کارسینوما را ۱/۴٪ گزارش کردند [۲۴].

شناسایی زودهنگام ضایعات داخل دهانی خصوصاً انواع با پتانسیل بدخیمی بیش‌تر مانند نوع اروزیو می‌تواند بسیار اهمیت داشته و تشخیص زودهنگام در این موارد پیش‌آگهی بهتری را برای بیماران رقم می‌زند. همان‌طور که Ismaili و همکاران عنوان کردند از آنجایی که میزان تبدیل بدخیمی در نوع اروزیو لیکن پلان دهانی بیش‌تر است شناسایی این نوع از لیکن پلان دهانی در بیماران با ریسک افزایش یافته حائز اهمیت می‌باشد [۵].

از آنجایی که بیماری هاشیماتو که نوعی از بیماری‌های اتوایمیون تیروئیدی می‌باشد و شایع‌ترین فرم کم‌کاری تیروئیدی بوده و ضمناً ماهیت اتوایمیون داشته، [۲۵] در این افراد احتمال ابتلا به سایر بیماری‌های ایمنی از جمله لیکن پلان دهانی نیز افزایش یافته است. با توجه به این‌که در بسیاری از موارد لیکن پلان بدون علامت بوده و بیمار از ابتلا به این بیماری آگاهی

- [10] Hernando-Harder AC. Helicobacter pylori infection and dermatologic diseases. *Eur J Dermatol* 2009; 19:431-444.
- [11] Agrawal A. Lichen planus secondary to hepatitis B vaccination. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004; 70:234-235.
- [12] Akay BN. The first reported case of lichen planus following inactivated influenza vaccination. *J Drugs Dermatol* 2007; 6:536-538.
- [13] Thompson DF. Drug-induced lichen planus. *Pharmacotherapy* 1994; 14:561-571.
- [14] Brownstein D. Overcoming thyroid disorders. Medical Alternatives Press 2008.
- [15] Arem R. The thyroid solution. New York: Ballantine Books 1999.
- [16] Smith T. How to cope successfully with thyroid problems. Wellhouse Publishing Ltd 2001.
- [17] Manomaivat T. Association between hepatitis C infection in Thai patients with oral lichen planus: A case-control study. *J Investig Clin Dent* 2018;18:10.
- [18] Siponen M. Association of oral lichen planus with thyroid disease in a Finnish population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 110:319-324.
- [19] Lavaee F. Evaluation of the Association between Oral Lichen Planus and Hypothyroidism. *J Dent Shiraz Univ Med Sci* 2016; 17:38-42.
- [20] Bakhtiari S. Prevalence of oral lichen planus in Iranian children and adolescents: a 12-year retrospective study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2017; 18:419-422.
- [21] Arduino PG. Evidence of earlier thyroid dysfunction in newly diagnosed oral lichen planus patients: a hint for endocrinologists. *Endocr Connect* 2017; 6:726-730.
- [22] Gorouhi F. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World J* 2014; 2014: 742826.
- [23] Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral Lichen Planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:207-214.
- [24] Bandyopadhyay A. Clinicopathological profile and malignant transformation in oral lichen planus: a retrospective study. *J Int Soc Prev Community Dent* 2017; 7:116-124.
- [25] Chandna SH. Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab* 2011; 15:113-116.
- [26] Azizi F. Primordial and primary preventions of thyroid disease. *Int J Endocrinol Metab* 2017; 15:7.

علاوه بر هم‌زمانی باشد. هرچند در مطالعه حاضر هم‌زمانی بروز لیکن پلان دهانی و ابتلا به کم‌کاری و پرکاری تیروئید دیده نشد با این وجود افزایش ۰۷/۱ برابری در ابتلا به لیکن پلان دهانی و افزایش سن دیده شد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر به عنوان طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی سمنان با کد اخلاق ۱۳۷۱ و حمایت مالی معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه به انجام رسید.

منابع

- [1] Lehman JS, Tollefson MM, Gibson LE. Lichen planus. *Int J Dermatol* 2009; 48:682-694.
- [2] Bhattacharya A, Kaur I, Kumar B. Lichen planus: clinical and epidemiological study. *J Dermatol* 2000;27:576-582.
- [3] DeRossi SS. Lichen planus, lichenoid drug reactions, and lichenoid mucositis. *Dent Clin North Am* 2005; 49: 77-89.
- [4] Nagao Y. Hepatitis C and lichen planus. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19:1101-1113.
- [5] Ismail SB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci* 2007; 49:89-106.
- [6] Scully C. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Ver Oral Biol Med* 1998; 9:86-122.
- [7] Canto AM. Oral lichen planus (OLP): clinical and complementary diagnosis. *A Bnras Dermatol* 2010; 85:669-675.
- [8] Rebora A. Erosive lichen planus and cirrhotic hepatitis. *Ital Gen Rev Dermatol* 1978; 15:23-31.
- [9] Nagao Y. Hepatitis C and lichen planus. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:1101-1113.

Concurrent incident of oral lichen Planus and hyperthyroidism and hypothyroidism

Azra Mohiti (DDS, M.Sc)¹, Maryam jalili sadrabad (DDS, M.Sc)^{*2}, Raheb Ghorbani (Ph.D)³, Reza Fallah (DDS)⁴, Navid Tabavar(DDS)⁴, Alireza Pedram (Dental Student)⁵

1- Dept. of Oral Medicine, Dental Faculty of Shahid Sadoghy University of Medical science, Yazd, Iran

2- Dept. of Oral Medicine, Dental Faculty of Semnan University of Medical science, Semnan, Iran

3- Center of Research on Social Determinants of Health and Department of Epidemiology and Statistics, Medical Faculty of Semnan University of Medical science, Semnan, Iran

4- Dental Faculty of Shahid Sadoghy University of Medical science, Yazd, Iran

5- Student Research Committee, Dental Faculty, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

* Corresponding author. +98 9122795257 Dr.njalili@gmail.com

Received: 1 Jun 2017; Accepted: 15 Jul 2018

Introduction: Lichen planus is a mucocutaneous disorder with oral complications such as ulceration, soreness, and discomfort and malignancy transformation risk. Previous studies on the relationship between oral lichen planus (OLP) and thyroid problems had inconsistent results. Considering the importance of the subject, the purpose of this study was to investigate this relationship.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 12,000 records in the Archives of Shahid Sadoghy Dental Faculty (Yazed, Iran) from 2004 to 2014 with convenience sampling method. The patients were divided into four groups, based on OLP and thyroid disease. Correspondingly, inclusion criteria included 18-60 years of age, the absence of other systemic and mucosal diseases and other thyroid diseases (other than hypothyroidism or hyperthyroidism).

Results: Among 542 subjects included in the study, 31.4% of patients with hypothyroidism and 37.5% of hyperthyroidism patients and 20.8% of the normal people were diagnosed with OLP. No significant relationship was found between thyroid disease and patients with OLP and also between lichen planus and sex. However, the relationship between age and OLP was significant increasing by 1.7 times for each year.

Conclusion: In this study, there has not found any significant relationship between OLP and thyroid disease and sex, but increasing age had a clear effect on the risk of OLP. Considering the significance of both diseases, other studies with more sample sizes are recommended.

Keywords: Oral Lichen Planus, Lichenoid Eruptions, Hyperthyroidism, Hypothyroidism.