

미란성 구강 편평태선 환자의 치과치료에 대한 증례

조선대학교 치과대학 김 기 석

A CASE REPORT FOR THE TREATMENT OF EROSIIVE ORAL LICHEN PLANUS.

Ki Suk Kim, D.D.S.

Dept. of Oral Diagnosis, School of Dentistry, Chosun University.

- Abstract -

Current therapeutic modalities for severe oral lichen planus are generally unsatisfactory. Steroid treatment of lichen planus has been reported in the dermatology literature and dental literature, but few reports mention its efficacy for oral lesions. Some cases of severe erosive oral lichen planus revealed good response to this agent.

So the author report two cases of erosive oral lichen planus treated with 0.05% Dexamethasone methyl cellulose mouth wash and two intralesional injections of Triamcinolone acetonide suspension 0.2 mls, one week apart.

1. Subjective improvement was noticed in 4 - 5 days by two patients.
2. Objective improvement, however, was delayed and became apparent at several weeks.
3. Continued improvement was noted in all patients.

목 차

- I. 서 론
- II. 증례 1, 2
- III. 총괄 및 고안
- IV. 요 약
- 참고문헌
- 사진 및 별표

I. 서 론

편평태선(Lichen planus)은 흔치는 않으나 가끔 볼 수 있는 질환으로서 구강점막 및 피부에 나타나는 원인 불명의 질환이다. 1869년 Wilson¹⁾이 처음 보고한 이래로 많은 임상적, 조직학적 연구가 20세

기 초반부터 시작되어 왔다.

Saffron(1940)²⁾, Hellier(1950)³⁾, Webber(1964)⁴⁾ 등은 편평태선의 유전성에 관한 보고를, Grinspan(1963, 1966)^{5,6)}, Grupper 등(1966)⁷⁾ 등은 편평태선에 대한 당뇨병 및 고혈압의 관계에 대하여 보고 하였으며, Altman 등(1961)⁸⁾은 편평태선의 임상적 경과에 대하여 관찰보고, Shklar(1972)⁹⁾, Fulling(1973)¹⁰⁾, Silverman 등(1974)¹¹⁾, Marder 등(1982)¹²⁾은 편평태선의 악성 병소로의 이행에 관하여, Shklar(1972)⁹⁾, Silverman 등(1974)¹¹⁾은 임상적 형태에 있어 편평태선을 분류보고, 임 등(1980)¹³⁾은 구강 편평태선의 병리학적 소견에 대하여, 정 등(1982)¹⁴⁾은 편평태선에 관한 전자 현미경적 소견을 보고 하였다.

한편으로는 이 질환의 치료에 대한 연구도 시도

되기 시작하였다.

Grinspan(1966)⁶⁾은 당뇨병과 관련된 편평태선의 환자의 치료에 관하여, Silverman 등(1974)¹¹⁾과 Smith(1977)¹⁵⁾ 등은 topical steroid therapy에 대한 보고를 하였으며 Sehgal등(1971)¹⁶⁾이 피부과 영역에서 편평태선의 griseofulvin therapy를 처음 소개한 이후로, Massa등(1981)¹⁷⁾ 외에도 여러 학자들이 편평태선의 griseofulvin therapy에 대하여 보고하였고 Lacy등(1983)¹⁸⁾은 topical steroid와 amphotericin B lozenges로 편평태선환자를 치료한 결과를 보고 하였다.

따라서 편평태선의 치료 및 결과에 대한 관심과 연구가 계속 되어지고 있음에도 불구하고 우리나라에서는 구강 편평태선의 치료와 결과에 대하여 아직까지의 연구 보고된 바가 별로 없었기에 저자는 서울대학교 병원 구강진단과에 내원한 구강 편평태선 환자에게 0.05% dexamethasone 양치 용액(별표 1 참조)과 0.1cc triamcinolone acetonide 현탁액(별표 2 참조)을 병소내 주사하여 많은 효과를 보았기에 보고하는 바이다.

II. 증 례

*환 자 1 : 손 ○ ○ ○, 41세, 남자, 은행원.

초 진 : 1983. 5. 23.

주 소 : 양측 협점막에 발생한 미란성 병소로 인한 동통 및 흰색병소.

임상소견 : 1년전에 좌측협점막에 미란성 병소가 나타났으며 6개월전부터 전 구강 협점막 및 치은에 백색병소가 생성, 저작 및 대화시 동통을 호소, 특히 뜨거운 것, 매운 것, 짠 것, 신 것, 치약등에 대하여 동통을 나타냄. 구강상태는 불량하며 치은에 발적 및 다소의 종창을 볼 수 있음. (사진 1 참조)

과거병력 : 82년 3월부터 83년 4월까지 만성 신장염 및 간염에 대한 치료를 실시하였고 혈압(150/100)이 다소 높은 상태였으며 구강병소에 대해 이비인후과에서 치료를 받았으나 별로 진전이 없었음.

병리학적 소견 : 상피하에 떠모양의 임파구 침윤을 볼 수 있음. 아울러 상피에 극세포증(acanthosis)을 동반한 과부전 각화증(hyperparakeratosis)을 볼 수 있음.

(사진 2 참조)

이학적 검사소견 : 뇨검사, 혈액검사, 생화학검사, 면역학검사 등을 하였으며 WBC, albumin 및 uric acid 가 다소 증가된 상태를 나타내었으나 전반적으로 별다른 이상을 볼 수 없었음.

처치 및 경과 : 초진날 조직검사를 위하여 병소부위의 조직을 절제하였으며 일주일 후부터 0.05% dexamethasone 양치액을 하루 3회 20-30분간 5cc정도 입속에 물고 있되 삼키지는 말도록 처방을 하였음.

치료 시작한지 약 4~5일 후부터 뜨거운 것, 매운 것, 짠 것, 신 것, 치약 등에 대한 자각 증상이 점차 해소되기 시작하여 병소의 크기도 다소 감소되었음.

병소가 상당히 작아진 다음에는 직접 0.1cc triamcinolone acetonide를 주사함으로써 완치되지는 않았으나 자각증상의 많은 완화와 더불어 상당한 효과를 보았음.

*환 자 2 : 이 ○ ○ ○, 46세, 남자, 약품제조업.
초 진 : 1984. 3. 15.
주 소 : 양측 협점막에 백색병소와 미란성 병소에 따른 동통.

임상소견 : 양측 협점막 및 vestibule에 미란이 있는 발적 부위 주위에 망상형의 백색 병소를 봄. 구강상태는 불량하며 전반적인 치은염 증상을 보여주며 해당부위에 동통을 호소, 하악 좌측 제2소구치에서 하악 우측 제1소구치까지 PFM Bridge 장착(사진 3 참조)

과거병력 : 3년전에 9 unit PFM bridge 제작. 82년 11월에 우측 슬개골 부위의 인대파손으로 병원에 입원, 이후 자신의 건강과 직업에 대해 걱정을 많이 하였다하며 이후 83년 11월에 미란이 나타났으며 동통시작.

병리학적 소견 : 어느 정도 atrophy를 수반하는 염증성 구강점막을 보여주며 hydropic degeneration에 의한 기저세포층의 뚜렷한 pagetoid appearance와 rete ridge의 saw-tooth-like pattern, 임파구의 전형적인 band-like 침윤상을 보여줌. (사진4 참조)

이학적 검사소견 : 혈액검사, 뇨검사, 생화학 검사.

sputum에 대한 culture도 시행하였으나 별다른 이상을 찾아볼 수 없었음.

처치 및 경과: 초진 다음날 biopsy를 시행.

일주일 후부터 약 2개월간 수차에 걸쳐 0.05% dexamethasone gargling solution을 하루 3회 20-30분간 5cc정도를 물고 있도록 처방하였으나 삼키지 말라고 주의할 주었음.

치료 시작 3-4일 후부터 뜨거운 것, 매운 것, 짠 것, 신 것, 등에 대한 자각 증상 및 병소의 크기가 감소되고 식사를 편히 할 수 있게 되었다고 하나 완치되지는 않았음.

그러나 점차적으로 개선되고 있음을 볼 수 있었음.

III. 총괄 및 고안

편평태선은 모든 피부질환의 약 1%를 조금 넘는 정도의 피부질환으로서¹⁾ 치과의사가 관심을 가지는 것은 피부병소와 관련되어 구강병소가 나타날 수 있기 때문이다.

Altman과 Perry²⁾는 편평태선 환자 중에서 구강 점막과 피부병소를 동시에 가지는 환자가 39%로서, 환자의 65% 이상이 구강점막에 병소를 나타낸다고 하였다. 편평태선의 구강내 병소는 대체적으로 구분하면 비미란성과 미란성으로 구분하나 임상적인 변화는 상당히 여러 형태로 나타난다고 보고하였다.^{1), 2)}

즉 세분하면 망상형 (reticular), 반점형 (plaque-like), 구진형 (papular), 위축성 (atrophic), 미란성 (erosive), 수포성 (bullous) 등 6가지 pattern으로 나누어 분류하기도 하였다.²⁾

특히 미란형은 초진환자의 약 2/3를 차지한다고 하며 진단 및 치료시에 많은 어려움을 주고 있다.³⁾

상기 두 증례 모두 협점막병소로서, Shklar와 McCarthy는 비미란성 편평태선에서 80%가 협점막에, 65%가 혀에, 20%가 입술에 12% 이하가 치은 및 기타 부위에 병소를 나타낸다고 보고 하였으며⁴⁾ 수포 및 미란성 편평태선에서는 협점막, 무치악, 치조조직, 혀, 부착치은 및 기타의 순으로 나타난다고 하였다.

또 Silverman(1974)은 협점막, 치은, 혀, 구개,

구강저 및 입술의 순서였다고 보고하였다.¹⁾

연령과 성별에 대한 근래의 보고를 보면 환자의 63%가 여성이었으며 50대에서 70대 사이에 호발되었다고 한 반면 대부분의 남성 환자들은 30대에서 60대 사이에 발병되어 여성보다 10년 정도 앞서 나타난다고 보고 하였다.⁵⁾

명확한 원인은 아직 규명되지 않았으나 psychosomatic factor가 중요하게 여겨진다고 보고하였으며¹⁾ 따라서 심한 정신적 갈등, 신체적 긴장, 원치 않는 상황의 경험 등을 들 수 있겠다.

예를 들면 긴장과 스트레스 속에서 생활하는 가정적으로든, 사회적으로든 책임자의 위치에 있는 사람들에게서 자주 나타난다고 하며 아울러 이러한 위치를 견디낼 수 있는 자신의 건강에 대해 심히 우려하는 사람에게서 많이 나타난다고 한다.⁶⁾

이외의 구강편평태선은 오랫동안 Vitamin B complex결핍 상태에서 나타날 수 있다고 보고 되었으며 또 조직학적 소견에서 임파구가 나타나는 것은 질병의 병인에서 세포성 면역계가 중요한 역할을 하는 것이라고 보고하였다.²⁾

또 근래의 보고에 의하면 idiopathic이든 drug-induced이든 피부나 점막에서의 induced antigenic change에 대한 cell-mediated response에 의해 야기될 수 있다고도 한다.²³⁻²⁵⁾

sign과 symptom을 조사한 바로는 농동이 57%, 점막에 백색병소가 45%, 미란이 29%, 작열감이 8%로 나타났으며 환자의 25%는 증상을 이야기하지 않았다고 보고하였다.¹⁾ 습관, 전신적상태, 투약 등에 관한 조사에서는 환자의 15%가 tobacco smoker였으며 17%가 고혈압, 6%가 당뇨병 환자였다고 한다.¹⁾

상기 두 환자는 모두 호발 연령인 40대의 남자들로서 많은 연구 보고와 같이 주된 증상이 동통, 백색병소, 미란 등이었으며, 손 모씨의 경우 만성 신장염, 간염, 고혈압 등 전신질환에 대한 병력과 치료를 받고 있었다. 이와같은 전신 질환과의 관련에 대한 보고는 여러차례 있었으나⁶⁻²⁸⁾ 전신 질환과 이로 인한 정신적 스트레스에 의한 발생가능에 대한 관련 여부는 더욱 철저한 연구가 요망된다고 보며 또한 다소 증가된 WBC와 albumin 및 uric acid 등은 만성신장염에 의한 결과로 사료된다. 또 이 모씨의 경우, 내원 1년전에 인대 파손으로 입원 경험함으로써 그것이 본인에게 상당한 심리적 스트레스를 준것으로 사료되며 이점 역시 손 모씨의 경우

와 비교된다 하겠다.

비미란성 편평태선에 대한 약물치료는 일반적으로 만족스럽지 못하다.

Cooke²⁹⁾의 보고에 의하면 미란된 편평태선에 2% chlortetracycline hydrochloride를 3일간 하루에 3회씩 구강양치를 시켜 일시적 개선을 보았으나 근본적인 치료가 되지 못한다고 하였다. 또 Johnston 및 Zakon 이 보고하기를 topical Vitamin A therapy로 효과를 보았다고 하는데 Vitamin A가 국소적으로 pathological hyperkeratinization을 억제시킨다고 사료된다.

미란성 편평태선에서는 비미란성 보다도 치료가 매우 만족스럽지 못하다. 0.5-1% dyclone과 같은 국소 마취액을 pain이 심할 때 처방할 수 있으나 항생제 투여는 필요치 않다.

Silverman등¹¹⁾은 작은 병소에 심한 자각 증상을 가지는 경우 triamcinolone in an emolient (kenalog in orabase)를 도포함으로써 증상을 완화시킬 수 있다고 하였으며 Smith(1977)³⁰⁾는 광범위한 미란성 편평태선에는 0.1% betamethasone methyl cellulose양치 용액으로 증상을 완화시킨 후 steroid 현탁액을 병소에 주사하여 많은 효과를 얻을 수 있다고 보고하였다.

Steroid 제통 중에서 triamcinolone이나 betamethasone 등을 사용한 것은 특히 높은 항염 작용을 가지고 있을뿐 아니라 다른 약제들 보다도 sodium을 정제시키지 않기 때문에³¹⁾ 당뇨병과 관련된 구강 편평태선 치료를 위하여 선택 사용되어졌다고 사료된다.

상기 두 증례의 경우 Smith의 0.1% betamethasone대신 0.05% dexamethasone(별표참조)을 사용하였는데 효과면에서 거의 동일한 제제를 1/2의 함량으로 줄인 것은 steroid가 결코 치료제가 아니기³¹⁾ 때문에 장기 사용에 따른 부작용을 줄여 보자는데 의의가 있다고 보며 triamcinolone acetonide 현탁액을 병소내 주입 후 병소의 크기가 상당히 감소됨을 볼 수 있었던 것은 triamcinolone acetonide 현탁액이 용해성이 적어 병소내에서 오랫동안 지속됨으로 장기적인 치료 효과를 보았다고 사료되며 따라서 반복 사용시에는 충분한 기간을 두어서 사용해야 할 것이며 한번에 total volume 0.1cc(1.0mg)가 초과되지 않도록 유의해야 할 것이다.

뿐만 아니라 상기 steroid 제제를 장기간 과도히 사용시에는 고혈압과 Cushing's Disease를 야기할

수 있으며, 당뇨병 및 위궤양 등을 악화시킬 수도 있으며 특히 전신적인 fungal infection 환자의 경우 사용을 금하여야 할 것이다¹⁾.

이외에 1971년 Sehgal⁶⁾이 피부의 편평태선에 antifungal drug인 griseofulvin을 처음 사용한 이후로 Watsky등(1976)³²⁾, Chirput등(1976)³³⁾, Solberg등(1979)³⁴⁾, Lozada등(1980)³⁵⁾, Massa등(1981)¹⁷⁾, Dusek등(1982)³⁶⁾, Aufdemorte등(1983)³⁷⁾, Lacy등(1983)¹⁸⁾이 편평태선치료에 antifungal drug의 사용에 대한 보고를 하였으나 이 역시 더 많은 연구가 요구된다고 사료된다.

IV. 요 약

동통을 주소로 하는 구강내 미란성의 백색병소가 임상적 및 현미경적 소견에 의거 편평태선으로 진단되었다.

치료는 구강 진단과에서 처방 조제한 0.05% dexamethasone 양치용액(별표 1 참조) 및 0.1cc triamcinolone acetonide 현탁액(E. R. Squibb & Sons, Inc. 별표 2 참조)을 병소내에 주사하여 뜨거운 것, 매운 것, 짠 것, 신 것, 치약 등에 대한 동통 및 제작증상과 대화 및 개폐구시의 불편함등 자각 증상의 상당한 완화와 아울러 미란성 병소를 치료하는데 많은 효과를 얻을 수 있었다.

REFERENCES

1. Wilson, E.: Lecture on Lichen planus, J. Cutan. Med. 3, 1869.
2. Saffron, M.H.: Familial Lichen planus; A report of four of Lichen planus in one family, with a brief review of the Literature. Arch. Derm. 42: 653-655, 1940.
3. Hellier, R.F.: Familial lichen planus; Is it significant evidence of infectivity? Brit. J. Derm. 62: 446-448, 1950.
4. Weber, G.: Lichen ruber in drei Generation. Z. Haut Genchlechtskr. 36: 115-118, 1964.
5. Grinspan, D., Villapol, L.O., Diaz, J., Bellver, B., Schneiderman, J., Palese, D., and Berdichesky, R.: Liquen rojo plano

- erosive de la mucosa bucal. Su asociacion con diabetes. Actes Finales del V Congreso Ibero Latino Americano de Dermatologia, P. 1243, 1963.
6. Grinspan, D., Daz, J., Villapol, L.O., Schneiderman, J., Berdichesky, R., Palese, D., and Faerman, J.: Lichen ruber planus de la muquese buccale son association a un diabete. Bull. Soc. Fr. Dermatol. Syphiligr., 72: 721, 1966.
 7. Grupper, G., and Avril, J.: Lichen erosif, diabete et hypertension (Syndrome de Grinspan). Bull. Soc. Fr. Dermatol. Syphiligr. 72: 721, 1965.
 8. Altman, J. and Perry, H.O.: The variations and course of lichen planus, Arch. Derm. 84: 179-197, 1961.
 9. Shklar, G.: Lichen planus as an Oral ulcerative disease, Oral Surg., 33: 376-388, 1972.
 10. Fulling, H.J.: Cancer development in oral lichen planus; a follow-up study of 327 patients. Arch. Dermatol., 108: 667-669, 1973.
 11. Silverman, S., and Griffith, M.: Studies on oral lichen planus, Oral Surg., 37: 705-710, 1974.
 12. Marder, M.Z., and Deesen, K.C.: Transformation of Oral lichen planus to squamous cell CA; A literature review and report of case, JADA., 105: 55-60, 1982.
 13. Lim, C.T., Son, K.W., and Rhyou, K.H.: Pathological studies of lichen planus of oral cavity, Kor. J. Oral Path., 5: 53-61, 1980.
 14. Chung, S.C., Lee, S.W., and Ko, J.S.: ultrastructural observations of sonce oral Mucosa lesions, (Oral Lichen planus) Korean J. Oral Med. 7: 95-121, 1982.
 15. Smith, M.J.A.: Oral lichen planus and diabetes mellitus; A possible association, J. Oral Med., 32: 110-112, 1977.
 16. Sehgal, V.N., Rege, V.L., and Beohar, P.C.: Use of Griseofulvin, Arch. Dermatol. 104: 221, 1971.
 17. Massa, M.C., and Rogers, R.S., III.: Griseofulvin Therapy of lichen planus, Acta Dermvenereol. (Stockh.) 61: 547-550, 1981.
 18. M.F. Lacy, P.C. Reade, and K.D. Hay.: Lichen Planus (A theory of Pathogenesis). Oral Surg., 56: 521-525, 1983.
 19. Lynch, M.A.: Burket's Oral Medicine, Diagnosis and treatment, ed. 7, philadelphia, Lea & Febiger, 1980.
 20. Andreason J.O.: Oral lichen planus: A clinical evaluation of 115 Cases. Oral Surg., 25: 31-42, 1968.
 21. McCarthy, P.L. and Shklar, G.: Disease of the oral mucosa, ed. 2, philadelphia, Lea and Febiger, 1980.
 22. Regezi, J.A., Deegan, J.M., and Hayward, J.R.: Lichen planus; Immunologic & Morphologic identification of the sub-mucosal infiltrate, Oral Surg., 46: 44-52, 1978.
 23. Saurat J.H., Gluckman E.: Lichen planus-like eruption following bone marrow transplantation; A manifestation of graftversus-host disease. Clin. Exp. Dermatol. 2: 335-344, 1977.
 24. Saurat J.H., Didier-Jean L., Gluckman E., et al: Graft vs. host reaction and lichen planus-like eruptions in man Br. J. Dermatol. 92: 591-592, 1975.
 25. Black M.M.: What's going on in lichen planus? Clin. Exp. Dermatol. 2: 303-310, 1977.
 26. Wilson H.T.H.: Skin manifestation in ulcerative Colitis. In Agare J.N. (editor): The skin and general medicine. London, 1973, Modern Medicine of Great Britain, Ltd., P.8.

27. Tan R.S.: Thymoma, acquired hypogammaglobulinemia, Lichen planus, alopecia areata vitiligo. Proc. R. Soc. Med. 67: 196-198, 1974. 1974.
28. Miller T.N.: Myasthenia gravis, ulcerative colitis and lichen planus. Proc. R. Soc. Med. 64: 807-808, 1971.
29. Cooke, B.E.D.,: The oral manifestations of Lichen planus, Brit. Dent. J., 96: 1-9, 1954.
30. Smith, M.J.A.: Oral lichen planus and diabetes mellitus; A possible association, J. Oral Med., 32: 110-112, 1977.
31. Goth, A.: Medical pharmacology, 7th ed.: 477-486, 1974.
32. Watsky, M.S., and Lynfield, Y.L.: Lupus Erythematosus Exacerbated by Griseofulvin, Cutis 17: 361-363, 1976.
33. Chirput, R.O., Viteri, A., Jamroz, C., and Dyck, W.P.: intrahepatic cholestasis after Griseofulvin Administration, Gastroenterology 70: 1141-1143, 1976.
34. Solderg, K., Hersle, K., Mobacker, H., and Thilander, H.: Topical Tretinoin therapy and Oral Lichen Planus, Arch. Dermatol. 115: 716-718, 1979.
35. Lozada, F., and Silverman, S.: Topically applied Fluocinonide in an Adhesive Base in the Treatment of Oral Vesiculo-Erosive Diseases, Arch. Dermatol. 116: 898-901, 1980.
36. Dusek, J.J., and Frick, W.G.: Lichen planus: Oral Manifestations & Suggested Treatment, J. Oral Maxillofac. Surg. 40: 240-244, 1982.
37. Aufdmorte, T.B., De Villez, R.L., and Giesecker, D.R.: Griseofulvin in the treatment of 3 cases of oral erosive lichen planus, Oral Surg., 55: 459-462, 1983.

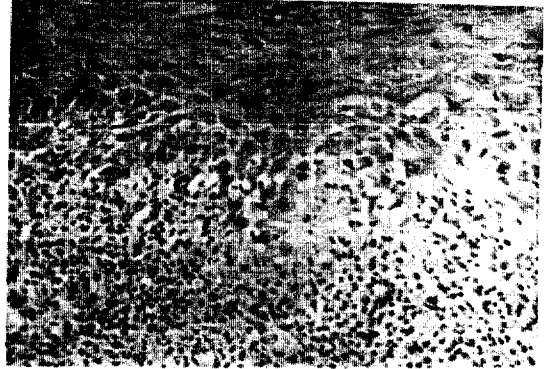
김기석의 사진부도①

(사진 1)



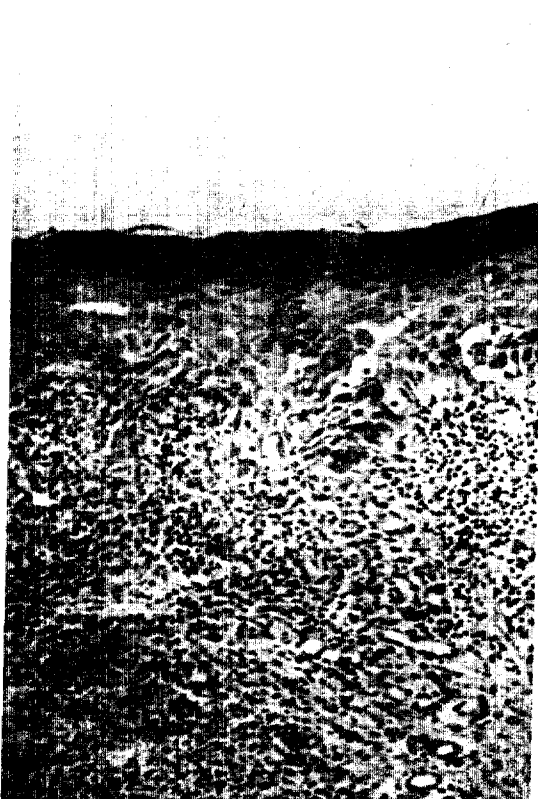
Multiple erythematous erosions affecting the buccal mucosa were surrounded by radiate keratotic striae typical of lichen planus.

(사진 2 - B)

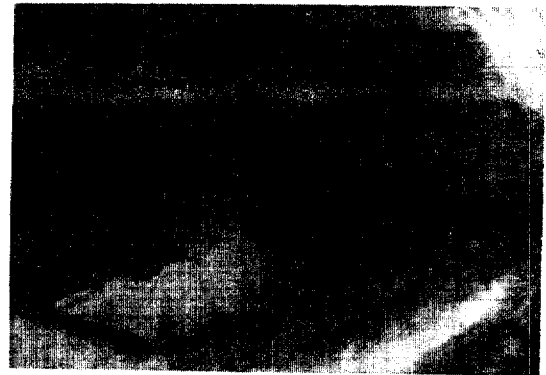


Showing the band-like lymphocytic infiltration in the subepithelial area, the hyperparakeratosis and some degree of atrophy of epithelium.

(사진 2 - A)



(사진 3)



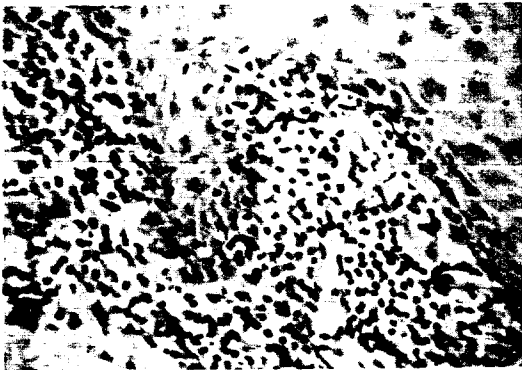
Extensive erythematous erosion affecting the vestibule & buccal mucosa was surrounded by radiate keratotic striae typical of lichen planus.

김기석의 사진부도②

(사진 4 - A)



(사진 4 - B)



Showing some degree of atrophy, distinct pagetoid appearance of basal cell layer, saw-tooth-like pattern of rete ridges, and typical band-like infiltration of lymphocytes.

별표 1

Dexamethason gargling Solution (0.05%)

1) Dexamethason (Ordexon) :	5 cc (25 mg)
2) 1% methyl cellulose :	30 cc
3) Dental Q :	15 cc
Total	50 cc

별표 2

Kenalog - 10 injection (Sterile Triamcinolone Acetonide Susp.)

triamcinolone acetonide 10 mg,
sodium chloride
0.9% benzyl alcohol
0.75% sodium carboxymethyl cellulose.
0.04% poly sorbate 80.
sodium hydroxide or hydrochloric acid.

E.R. Squibb & Sons, Inc.