

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU LICHEN PLAN

1. Introducere

1.1. Definiție: boală specifică adultului, constând dintr-o erupție papulo-scuamoasă cu elemente predominant izolate, intens pruriginoase, în general spontan rezolutivă în circa 1 an, cu excepția formei hipertrofice care persistă cronic indefinit

1.2. Importanță medico-socială

- boală relativ frecventă la adulți cu meserii solicitante psihic (stres zilnic)
- asociere frecventă cu hepatite cronice cu virus C sau situația de purtător asimptomatic de virus hepatitic C
- pruritul intens induce insomnie, neurastenii și nevroze de situație

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- papule poligonale, plate, violacee, unele ombilicate patognomonic, lucioase privite din lateral, acoperite de o scuamă albă, aderentă, unistratificată, localizate simetric și caracteristic pe fețele de extensie ale membrilor și fața anterioară a articulației radio-carpene;
- unele papule confluează în plăci psoriaziforme care relevă rețeaua albă licheniană Wickham, patognomonică, după badijonare cu ulei de parafină;
- în circa 50% din cazuri asociază modificări caracteristice ale mucoasei bucale constând din striuri albe cu aspect de rețea pe linia de ocluzie dentară (rar aspecte analoage apar și pe mucoasa genitală);
- erupția cutanată este intens pruriginoasă (modificările mucoaselor sunt asimptomatice

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale : - determinarea anticorpilor anti- HCV

2.2.2. Opționale (sau optime) :

- examen histopatologic (aspect tipic, diagnostic de certitudine)
- imunofluorescență directă în lichenul bulos pentru diferențierea de un pemfigoid bulos

2.3. Forme clinice și complicații (unde este cazul)

- lichen plan acut diseminat (forma tipică cea mai comună)
- lichen plan actinic : debut după expunere intempestivă la soare, localizare pe zonele de maximă expunere;
- lichen plan al scalpului cu alopecie cicatricială definitivă
- lichen plan psoriaziform
- lichen plan bulos : impune efectuarea imunofluorescenței cutanate directe pentru a fi deosebit de pemfigoidul de tip lichen plan;
- lichen plan hipertrofic : papule puține și deosebit de mari, cu suprafață netedă sau verucoasă, situate pe gambe și fața dorsală a picioarelor, intens pruriginoase și persistente indefinit, relativ rezistente la tratament;
- lichen plan eroziv al mucoasei bucale : striuri albe și eroziuni persistente și dureroase pe mucoasa cavității bucale, cu sau fără asocierea erupției tegumentare tipice. Impune efectuarea ex. histopatologic pentru diagnostic;
- lichen plan eroziv al degetelor cu onicoliză definitivă

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice

- . Maximale : vindecare
- . Minimale : controlul pruritului

3.2. Tratament ambulator

3.2.1. Măsuri generale : fără

3.2.2. Tratament medicamentos

topic : dermatocorticosteroizi potenți și superpotenți

general : corticoterapie generală 0,25 – 0,5 mg/kg (echivalent Predison) timp de 3 – 4 săptămâni, dacă nu există o contraindicație evidentă, asociat cu antihistaminice nesedative; la nevoie, un sedativ ușor (benzodiazepine) seara;

PUVA – terapie (2 – 3 ședințe/săptămână până la remisune)

3.3. Criterii de internare și dirijare :

- toate formele atipice de lichen plan pentru precizarea diagnosticului
- lichenul plan acut diseminat neresponsiv la tratamentul ambulator

3.4. Tratamentul în spital

medicația etiologică : nu are

medicația remisivă (patogenetică, modificatoare de boală) :

- corticoterapie generală 1 mg/kg/zi (echivalent Prednison) 2-3 săptămâni cu sevraj în funcție de evoluția cazului, cu excepția contraindicațiilor majore
- retinoizi (acitretin) în forme rezistente
- ciclosporină 1 – 5 mg/kg/zi (tratament de rezervă)
- Disulone în Lichenul bulos
- antipaludice de sinteză în lichenul actinic
- afectările mucoaselor necesită infiltrații intralezionale cu cortizonice retard
- topice cortizonice de potență înaltă

medicația simptomatică :

- antihistaminice sedative
- antidepresive, anxiolitice, sedative

3.5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi
- internarea formelor atipice sau rezistente la tratamentul de ambulatoriu
- continuarea tratamentului inițiat în spital, supravegherea bolnavului pentru eventuale efecte adverse ale medicației, în special pentru corticoterapia generală, sevraj cortizonic corect