

pimecrolimus zijn voor deze behandeling tweede keuze. Zij worden alleen voorgeschreven als met de lokale en/of systemische corticosteroiden niet het gewenste resultaat wordt geboekt. systemische corticosteroiden niet het gewenste resultaat wordt geboekt.

Prognose en follow-up

Op grond van de huidige wetenschappelijke literatuur gaat OLP mogelijk gepaard met een (licht) verhoogd risico op het ontwikkelen van een maligniteit van de mondholte. Het risico op maligne ontanding is minder dan 0,5% per jaar. Er bestaan geen diagnostische testen en/of behandelingen, die maligne ontanding kunnen voorspellen dan wel voorkomen. Alhoewel de effectiviteit van regelmatige controles nooit is bewezen lijkt het toch verstandig conform de huidige trend in de literatuur patiënten met OLP zekerheidshalve één maal per jaar te controleren. Deze controles kunnen verantwoord in de tandheelkundige praktijk plaatsvinden. Bij verandering van het klinisch beeld en/of twijfel moet laagdrempelige terugverwijzing naar de MKA-chirurg mogelijk zijn.-

Voorlichting

Alhoewel de kans op maligne ontanding beperkt is, lijkt het toch verstandig de patiënt over dit aspect met enige nuance te informeren. De grootste ziekte last bij orale LP bestaat uit pijn bij eten en drinken. Aanwezige klachten kunnen de motivatie voor goede mondhygiëne nadelig beïnvloeden. Dit kan op de lange termijn uiteraard gevolgen hebben voor de kwaliteit van de dentitie. Bij bemoeilijkte mondhygiëne wordt patiënten geadviseerd regelmatig, bijvoorbeeld vier maal per jaar, de mondhygiënist of tandarts te bezoeken voor professionele gebitsreiniging.



Witte veranderingen van het linkerwangslimvlies passend bij reticulair lp.



Witte en rode veranderingen van het rechterwangslimvlies met enkele zweertjes passend bij het beeld van erosieve lp.



Reticulair lp van de bovenlip.



Witte en rode veranderingen van het tandvles van de boven- en onderkaak - een mengbeeld van reticulair en erosieve lp.

Lichen Planus Vereniging Nederland



Orale Lichen Planus

**Diagnostiek en behandeling
van Orale Lichen Planus (OLP) en lichenoid
afwijkingen van het mondslijmvlies
gebaseerd op de Richtlijn Lichen Planus 2012-2021
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en
Venereologie (NVDV)**

Uitgave 2022:
Lichen Planus Vereniging Nederland
W www.lichenplanus.nl - E contact@lichenplanus.nl
De richtlijn Lichen Planus is te downloaden via
www.lichenplanus.nl/professionals

Inleiding

Lichen Planus (LP) komt voor op de huid, behaarde hoofdhuid, nagels en mucosa. De mucosale vorm is beschreven ter plaatse van de mond, de slokdarm, neus, vulva, vagina, penis en conjunctiva. Ook de gehoorgang, de darm en de oksels worden genoemd. *LP is niet besmettelijk.*

LP komt meestal pas voor op latere leeftijd. Tot nu toe is genitale LP bij kinderen niet beschreven, OLP wel. De slijmvliezen zijn aangetast bij ongeveer de helft van de patiënten met cutane LP. Omgekeerd heeft ongeveer een derde van de patiënten met OLP ook cutane afwijkingen. De oorzaak van Lichen Planus is (nog) niet bekend. Zeer waarschijnlijk is het een auto-immuunziekte, met mogelijk een genetische aanleg.

Klinisch beeld en etiologie

OLP heeft een per definitie bilateraal voorkomend, min of meer symmetrisch patroon van veranderingen van het mondslijmvlies, vaak gekenmerkt door fijne, witte, licht verheven lijntjes (striae van Wickham): de reticulaire vorm. De erosieve/ulceratieve, een plaquevorm en het bulleuze subtype komen minder vaak voor. Patiënten kunnen de diverse vormen tegelijkertijd of variërend in tijd krijgen.

De klinische aspecten van OLP met simultane genitale en/of cutane manifestaties verschillen niet van OLP zonder afwijkingen elders.

Voorkeurslokalisaties van OLP zijn het wanglijmvlies, de gingiva, het dorsum van de tong, de tongranden en het lippenrood van de onderlip. OLP wordt zelden gezien op het palatum en de mondbodem.

Klachten zijn: pijn, een branderig gevoel, niet kunnen eten; deze worden vooral gezien bij de erosieve/ulceratieve vorm. Ook komt pijnlijk en gemakkelijk bloedend tandvlees voor. Het klachtenpatroon verloopt meestal met remissies en exacerbaties.



Lichenoïde laesies

Orale lichenoïde laesies (OLL) van het mondslijmvlies lijken klinisch op OLP, maar zonder de uitgesproken klassieke kenmerken, of met afwijkingen die niet verschillen van OLP, maar met een duidelijke etiologie.

Er zijn vier typen OLL's:

1. *door contact met tandheelkundig restauratiemateriaal (orale lichenoïde contactlaesies), meestal betreft het amalgaam geassocieerde OLL*
2. *genesmiddelen gerelateerde OLL*
3. *OLL in graft versus host disease (GVHD)*
4. *restgroep OLL. Hier betreft het bijvoorbeeld erythematuze veranderingen van de gingiva zonder tekenen van 'klassieke' OLP elders op het mondslijmvlies.*

Orale lichenoïde contactlaesies worden vooral gezien op de tongranden en het wanglijmvlies; juist hier is sprake van direct contact tussen mucosa en het restauratiemateriaal. Het enige onderscheidende kenmerk is de directe topografische relatie van de slijmvliesafwijking met het mogelijk veroorzakende restauratiemateriaal.

Diagnostiek

Speciële anamnese

Bij de speciële anamnese moet de behandelaar vragen naar klachten met betrekking tot de mondholte, huid, hoofd en/of genitaliën en voedselinname (dysfagie/odynofagie). Daarnaast vragen naar de aanwezigheid van auto-immuunaandoeningen, genesmiddelengebruik en allergieën.

Lichamelijk onderzoek

Bij onderzoek van de mondholte kan het mondslijmvlies alleen nauwkeurig geïnspecteerd worden na uitnemen van partiële of volledige gebitsprothesen. Vraag de patiënt de tong uit te steken. Met een gaasje de tongpunt vasthouden, en de patiënt vragen de tong te ontspannen. Zo kan goede inspectie van tongrug, tongranden en ten dele ook van de mondbodem plaatsvinden.

Histopathologisch onderzoek

Vaak kan de diagnose OLP op grond van het klinisch beeld worden gesteld, zonder belastende biopsie. Is het klinisch beeld minder specifiek voor OLP, dan wordt (bij afwezigheid van etiologische factoren) wel een biopsie verricht, om de aanwezigheid van dysplasie of eventueel zelfs een plaveiselcelcarcinoom uit te sluiten. De diagnose OLP kan niet uitsluitend worden gesteld op het histopathologische beeld, daarom blijft het klinisch beeld leidend in de diagnose.

Immunofluorescentie onderzoek

De rol van direct immunofluorescentie (DIF) onderzoek is beperkt, het wordt slechts verricht indien differentiaal diagnostisch wordt gedacht aan een vesiculobulleuze afwijking (pemphigus vulgaris, slijmvliespemphigoid of lineaire IgA dermatose) of lupus erythematosus. Studies naar indirect immunofluorescentie onderzoek tonen geen toegevoegde waarde bij de diagnostiek van OLP.

Allergologisch onderzoek

De toegevoegde waarde van allergologisch onderzoek bij de diagnostiek van tandheelkundig restauratiemateriaal geassocieerde OLL is controversieel. De relatie tussen de plaats van het restauratiemateriaal en de (niet symmetrisch) voorkomende laesie is de beste voorspeller van kans op verbetering na vervanging van het restauratiemateriaal. Als wordt gedacht aan een amalgaam-geassocieerde, orale lichenoïde contactlaesie, wordt epicutaan contact allergologisch onderzoek afgeraden.

Therapie

De indicatie voor behandeling van OLP en OLL's wordt bepaald door de ernst van de klachten. Bij OLL's wordt eerst getracht de mogelijke oorzaak te elimineren, bijvoorbeeld vervanging van amalgaam door composiet of het stopzetten van medicatie. Asymptomatische OLP en OLL's behoeven geen behandeling. Wel is regelmatige controle door de tandarts nodig met aandacht voor irritatie van het mondslijmvlies door ruwe tandheelkundige restauraties en slecht zittende gebitsprothesen. Een goede mondhygiëne is onmisbaar, bij voorkeur met hulp van de mondhygiënist, vooral bij laesies op het tandvlees.

Ter palliatie van de klachten bij OLP is het eerste middel van keuze een klasse III of IV corticosteroid. Drie maal daags bij start, onderhoud éénmaal daags voor slapen. Vanwege de beperkte bijwerkingen wordt meestal gestart met een middel dat lokaal kan worden toegediend in de vorm van een mondzalf of spoeldrank. Bij beperkte laesies kan gekozen worden voor een mondzalf. Nadat het mondslijmvlies ter plaatse wordt gedroogd met een gaasje of schone zakdoek kan de mondzalf worden aangebracht. Om de mondzalf goed te laten inwerken, mag er aansluitend een half uur niet gegeten of gedronken worden. Spoeldranken worden toegepast bij meerdere, verspreide laesies, of als lokaal aanbrengen van mondzalf problemen geeft. Bij therapie-resistente OLP of wanneer daarnaast ook de huid, de genitaliën en/of de oesofagus zijn aangedaan, kan gekozen worden voor systemische behandeling met een corticosteroid. Na een stootkuur (1mg/kg/dag lichaamsgewicht gedurende 7 dagen) kan de behandeling worden voortgezet met lokale corticosteroiden. Multi-disciplinair overleg is hier geboden. Potentere immunosuppressiva zoals ciclosporine, tacrolimus en