

# Lichen planus: nieuwe richtlijn

De ‘Richtlijn lichen planus’ van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie verschijnt dit jaar in vernieuwde vorm. De vorige versie (2012) werd ondersteund door dermatologen, kaakchirurgen en mondhygiënisten, niet door tandartsen, terwijl tandartsen vaak als eerste orale lichen planus (OLP) zien en orale lichenoïde laesies (OLL) door tandheelkundig werk veroorzaakt kunnen worden. Wat is lichen planus eigenlijk en wat kunt of moet u ermee?

Lichen planus is een inflammatoire aandoening waarbij zowel huid, nagels als slijmvliezen (vooral de orale en genitale) kunnen zijn aangedaan. Deze laatste vorm wordt ook wel ‘mucosale LP’ genoemd.

Op de huid doet het uiterlijk denken aan een korstmoss (lichen). Volgens Wikipedia is korstmoss een schimmel die in symbiose samenleeft met een alg of blauwwier (afbeelding 1). De mucosale vorm komt voor in de mond, slokdarm, neus, vulva, vagina, penis en conjunctiva. De oorzaak van lichen planus is niet goed bekend. We weten dat een deel veroorzaakt wordt als reactie op metalen in de mond. De aandoening ziet eruit en gedraagt zich als een virale aandoening

Vaak hebben mensen aandoeningen op meerdere plaatsen. Zij die een cutane vorm van LP hebben, hebben vaak ook een mucosale aandoening, waarbij de orale vorm het vaakst voorkomt. LP manifesteert zich meestal op latere leeftijd en bij vrouwen tweemaal vaker dan bij mannen.

De screening op orale lichen planus is erg belangrijk. LP staat namelijk bekend als een premaligne aandoening. Bij een vijf jaar durend onderzoek aan de Vrije Universiteit met 150 patiënten met OLP en OLL ontstond bij 3 patiënten een maligniteit. De maligniteiten komen niet per se voor op de plaats van de lichenoïde laesie, maar kunnen zich ook op een andere plaats in de mond voordoen. In dit onderzoek betrof het maligniteiten bij OLL-patiënten. Ook bij andere onderzoeken naar de maligniteit van OLP kwam naar voren dat bij iets meer dan 1% een maligniteit optreedt. Dit gebeurt vaker bij OLL dan bij OLP.

Hoewel de kans op maligniteiten bij OLP zeer klein is, is het wel zaak dat OLP-patiënten met een zekere regelmaat door een MKA-arts of door een dermatoloog gecontroleerd worden om eventuele maligniteiten in een vroeg stadium te constateren.

## OLP OF OLL?

Orale lichen planus kent een per definitie bilateraal voorkomend, min of meer symmetrisch patroon van veranderingen van het mondslijmvlies dat vaak gekenmerkt door witte, licht verheven lijntjes (Striae van Wickham): de reticulair vorm (afbeelding 2). Daarnaast komt vaak een erosieve ulceratieve vorm voor (afbeelding 3). De reticulair vorm geeft over het algemeen niet veel last, de erosieve vorm echter des te meer: veel pijn en veel last bij eten, spreken, en alles wat met de mond gedaan wordt. De meest aangedane plaatsen zijn het wanglijmvlies, de tongrug en -randen, de buccale gingiva en het lippenrood van de onderlip. (Afbeelding 4-6)

Microscopisch worden de laesies gekenmerkt door een infiltraat van CD8-cellen, die als taak hebben om virusgeïnfecteerde cellen en cellen met DNA-schade, zoals kankercellen, op te ruimen. Bij bekende virusinfecties, zoals hiv, herpes, maar ook corona, worden de geïnfecteerde cellen kapotgemaakt door de CD8-cellen. Bij een herpes simplex-uitbraak zien we de typische lichenoïde laesies op bijvoorbeeld de lip. Bij corona worden de geïnfecteerde cellen in de longen massaal door de CD8-cellen afgebroken, als gevolg waarvan mensen te weinig zuurstof kunnen opnemen.

## Auteur



**Theo H. Breedveld**  
(UvA 1982) voert als algemeen practicus een praktijk in Tiel. Hij is lid van de richtlijncommissie Lichen Planus.

Orale lichen planus heeft geen bekende oorzaak, maar wel uitgesproken kenmerken qua locatie en uiterlijk. Als de laesies een afwijkende locatie of uiterlijk hebben of door een bekende oorzaak zijn ontstaan, spreken we niet meer van orale lichen planus maar van orale lichenoidale laesies. Deze kunnen in de mond ontstaan door bijvoorbeeld een reactie op metalen in de mond. Met name amalgaam is hierbij vaak genoemd als oorzaak. Vooral het kwik in het amalgaam werd altijd als verdacht beschouwd. Als er lichenoidale laesies ontstonden in de gingiva of aan de tongranden in de buurt van het amalgaam, werd de conclusie al snel getrokken dat het kwikhoudende amalgaam wel de oorzaak moest zijn. Vooral in de alternatieve geneeskunde en de tandheelkunde wordt amalgaam verantwoordelijk gehouden voor vele vage maar ook duidelijk zichtbare klachten in en aan de oppervlakte van het lichaam. In het verleden is er om die reden veel amalgaam verwijderd en vervangen door kronen van goud of spaarlegging, eventueel opgebakken met porselein. Soms verbeterde of verdwenen de klachten na de verwijdering van het amalgaam, maar lang niet altijd. Een typisch en vervelend kenmerk van lichen planus is het Koebner-fenomeen (**afbeelding 7**). Dit betekent dat bij krabben, wrijven of frictie van weefsel in de buurt van een laesie een nieuwe laesie kan ontstaan. In de mond betekent dit dat een bewegende prothese langs de randen laesies kan geven. Ook tandenpoetsen met een agressieve tandenborstel kan laesies veroorzaken.

### TOLL-LIKE RECEPTOREN

Toll-like receptoren (TLR) zijn een groep van moleculen die een rol spelen in het aangeboren immuunsysteem. Bij binding met een specifieke stof gaat de cel cytokines produceren waardoor andere immuuncellen aangetrokken en geactiveerd kunnen worden. Zo kan TLR4 geprikkeld worden door nikkel, kobalt en palladium, maar ook door lipopolysachariden van gramnegatieve bacteriën. En TLR3 door goud. Door de immunoreacties die ontstaan na binding van de TLR4 en -3 kunnen in de mond lichenoidale reacties plaatsvinden die vooralsnog niet te onderscheiden zijn van lichen planus.

Ik heb in mijn eigen praktijk twee patiënten die na het krijgen van een frameprothese OLP (of eigenlijk OLL, maar dat wisten we toen nog niet) kregen. Bij de een hebben we eerst geprobeerd het frame te vergulden. Dit hielp iets, maar niet veel. Pas toen het frame vervangen werd door een sim-

pele partiële prothese zonder ankers verdwenen de klachten.

Bij de andere patiënt, die vooral witte lijnen in de mondbodem had, een plaats die atypisch is voor OLP wat mogelijk al aangaf dat we met OLL te maken hadden, verdwenen de symptomen nadat het metalen frame vervangen was door een frame van PEEK.

Beide patiënten had ik door een allergoloog laten testen op reacties op metalen als chroom, kobalt en molybdeen. Er kwamen helaas geen reacties bij de huidtesten. Dit is een probleem waar vaker bij allergisch onderzoek tegen aangelopen wordt. OLL die door metalen veroorzaakt worden zijn meestal niet door allergologische huidtesten te vinden.

### ONDERZOEK

Wereldwijd wordt er niet veel onderzoek gedaan naar LP. Dit komt doordat de aandoening niet belangwekkend genoeg is. Er gaan niet veel mensen aan dood en de symptomen bestaan vooral uit jeuk. Bovendien treft het vooral oudere mensen. Onderzoek kost geld. Zolang er geen duidelijke oorzaak is van LP en er dus ook geen medicijn tegen is, is het voor de farmaceutische industrie weinig interessant om onderzoek naar LP te financieren. Er is wel onderzoek gedaan naar de maligniteit, maar nauwelijks naar de etiologie. De rol van TLR4 in OLL zijn afgeleid uit ander onderzoek. Er is wel wat onderzoek gedaan naar associ-



< **Afb. 1** Korstmoss of lichen (Grieks 'leichen' = boommos)



< **Afb. 2** Striae van Wickham





3



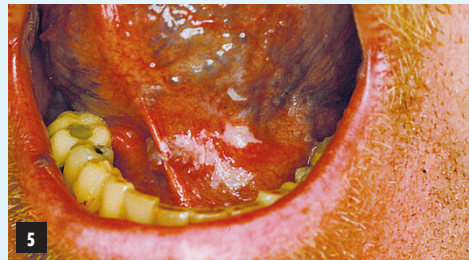
4

<< **Afb. 3** Erosieve orale lichen planus

< **Afb. 4** Lichen planus op de tong

> **Afb. 5** Lichen planus op de mondbodem; een atypische plaats voor OLP, daarom ook wel OLL genoemd.

>> **Afb. 6** Lichen planus op de lip. Deze patiënt heeft het ook op de penis, daarom is hij ook onder behandeling van een dermatoloog.



5



6

aties tussen (O)LP en andere aandoeningen en er loopt onderzoek naar behandelmethoden, maar resultaten daarvan zijn (nog) niet bekend. Omdat (O)LP kenmerken heeft van een virusinfectie is daar uiteraard wel naar gekeken. Daaruit blijkt dat mensen met (O)LP significant meer besmettingen hebben met het humaan papillomavirus. Ook besmettingen met hepatitis C en het Epstein-Barr-virus komen bij patiënten met (O)LP meer voor dan bij mensen zonder (O)LP. Het humaan cytomegalovirus (HCMV) is een virus dat veel voorkomt. In sommige delen van de wereld is 90% van de volwassenen hiermee besmet. Bij onderzoek onder HCMV-patiënten bleek dat alle patiënten met OLP met een bepaalde stam van HCMV besmet waren. Van de controlepatiënten zonder OLP was niemand met die stam besmet.

### THERAPIE

Zolang er geen duidelijke oorzaak bekend is, is een therapie vooral gericht op onderdrukking en verlichting van de symptomen. Er wordt vooral gewerkt met lokaal aangebrachte corticosteroïde zalven, gels, spoelmiddelen en sprays (**afbeelding 8**). In de mond is het lastig met een zalf te werken omdat die meteen met het speeksel wegspoelt. In het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem maken ze daarom gebruik van een soort bleekpels om de zalf op zijn plaats te houden (**afbeelding 9**). Doordat hieruit toch wel wat zalf wegspoelt komt daarvan ook wat terecht op de andere plaatsen,

zoals tong en wangen. In de mond kan ook gebruikgemaakt worden van een spray. Het voordeel hiervan is dat hij goed geresorbeerd wordt door de mucosa waardoor er niet veel met het speeksel verdwijnt. Naast lokale applicatie aan het oppervlak wordt ook gewerkt met intralesionale injecties. Uit onderzoek blijkt dat deze even effectief zijn als bijvoorbeeld spoelmiddelen, maar dat er veel minder last is van candida-infecties. Corticosteroiden hebben veel bijwerkingen, zeker als ze systemisch gebruikt worden. Belangrijke bijwerkingen in de mond zijn atrofie van de huid, slechte wondgenezing en candida-infecties. Naast de lokale corticosteroïden worden ook wel andere immunosuppressiva en ontstekingsremmers toegepast. Een van de bekendste stoffen is hydroxychloroquine. Deze stof, die veel gebruikt wordt bij reuma en andere auto-immuunziekten, onderdrukt de ontstekingsymptomen. Het leek in het begin ook veelbelovend bij de behandeling van covidpatiënten, maar bleek toch niet voldoende werkzaam. Het probleem met hydroxychloroquine is dat het een paar maanden duurt voordat het werkt en die tijd is er niet bij covid. Bij OLP zien we dat met name de erosieve vorm rustiger wordt, maar het werkt niet bij iedereen en het kan bijwerkingen hebben die in de gaten gehouden moeten worden. Zo kan het problemen geven bij bepaalde oogandoeningen. Daarom is het belangrijk dat de oogarts van tevoren en tijdens de behandeling de ogen onder controle houdt.



Bij de niet-medicamenteuze behandeling van OLP en OLL is het van belang om uitlokkende factoren te onderkennen en te vermijden. Voor tandartsen geldt dat er geen of weinig paropathogenen zijn, dat dus een goede mondhygiëne erg belangrijk is. Deze moet op een zachte wijze uitgevoerd worden opdat er geen schade wordt aangebracht via het Koebner-fenomeen. Gepoetst moet worden met een extra zachte tandenborstel. Niet met een elektrische borstel, omdat daarmee minder controle is en daardoor meer laesies ontstaan. Al mijn patiënten die van een elektrische borstel op een handborstel zijn overgestapt, ondervonden alleen daardoor al een verbetering.

Verschillende voedingsmiddelen, maar ook tandpasta's en spoelmiddelen, kunnen de pijnlijke symptomen bij OLP en OLL verergeren, met name scherpe kruiden en alcohol. In tandpasta zijn vooral SLS en menthol boosdoeners. Van de goed verkrijgbare tandpasta's heeft Elmex een variant zonder menthol maar met SLS. Zendium heeft geen SLS maar wel menthol. Er zijn tegenwoordig ook meerdere tandpasta's in tabletvorm verkrijgbaar die geen SLS en geen microplastics hebben. Het is echter niet duidelijk of deze tabletten ook

zonder menthol verkrijgbaar zijn.

BlueM tandpasta claimt dat het door de zuurstof werkzaam is bij OLP. Het kan zijn dat de zuurstof anaerobe bacteriën remt. Aan de andere kant versterkt het de werking van de afweercellen. Er zijn gevallen bekend waarbij poetsen en spoelen met BlueM de symptomen bij OLP-patiënten dramatisch verergerden.

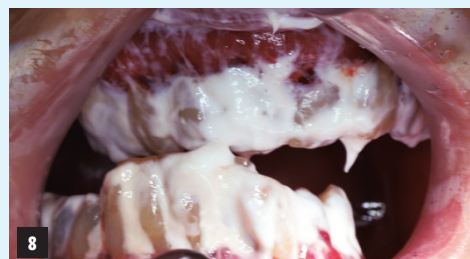
Als een OLP of OLL gelegen is naast of in contact is met een metaal, of aantoonbaar ontstaan is na het aanbrengen van het metaal, dan is het te overwegen het metaal te vervangen door keramiek of kunststof. Bij amalgaam is dat niet moeilijk. Ook een frame is wel te vervangen door een kunststof prothese zonder metalen ankers. Bij metalen kronen of kronen met een metalen opbouw of metalen wortelstiften kan dit wat uitdagender zijn.

## CASUS

Onlangs kreeg ik een patiënt toegestuurd met ernstige parodontale problemen en daarnaast orale lichen planus en oesofagale lichen planus (afbeelding 10). Verder heeft ze ook problemen met haar ogen. Door de problemen in de oesofagus is ze niet in staat om pillen te slikken. Mijn



7



8

<< **Afb. 7** Koebner-fenomeen bij een partiële prothese.

< **Afb. 8** Beeld uit casus 1: verlichting van de symptomen door het gebit tegen de pijn in te smeren met lidocainezalf zonder menthol.

> **Afb. 9** Gebruik van bleeklepels om zalf lokaal bij de gingiva toe te dienen.

>> **Afb. 10** Beeld van de situatie van casus 2.



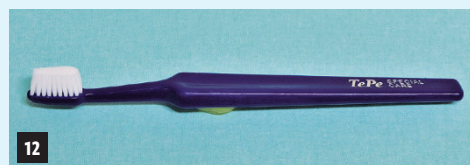
9



10



11



12

> **Afb. 11** De Lactona IQ Extra Soft

>> **Afb. 12** De door mij aangepaste TePe Special Care.



eerste idee was om een totaalextractie door de kaakchirurg te laten uitvoeren om daarna, als de mond weer rustiger was, een volledige prothese te maken.

Na even gekeken te hebben was de kaakchirurg van mening dat mevrouw geen lichen planus had, maar gewoon parodontitis. Hij wilde niet extraheren. Na deze teleurstellende ervaring met de kaakchirurg hebben we besloten toch maar ons best te gaan doen om het gebit te behouden.

Eerst heeft mevrouw twee weken gespoeld met clobetasol, een corticosteroïde spoelmiddel.

Dit deed volgens haar niets. Vervolgens, na alles ingesmeerd te hebben met lidocaïne-zalf, heb ik het gebit gereinigd met handinstrumentarium (afbeelding 8). Tot slot, om te zorgen dat zo veel mogelijk gramnegatieve bacteriën (TLR4) gedood worden, heb ik een kuur met Augmentin en metronidazol gegeven. De apotheker heeft hiervoor een drinkbare oplossing gemaakt omdat mevrouw geen pillen kan slikken. Voor de mondhygiëne thuis laat ik het liefst poetsen met een extra zachte handborstel met afgeronde hoeken. De Lactona IQ Extra Soft is meestal goed (afbeelding 11). In dit geval waren de haren nog te hard, daarom heb ik

een TePe Special Care tandenborstel met een frees bewerkt om de hoeken af te ronden (afbeelding 12). Hiermee kan ze poetsen zonder Koebner-effecten. Vanwege haar ogen mag ze geen hydroxychloroquine hebben.

Als de klachten niet voldoende verminderen, kunnen we proberen met een stootkuur corticosteroïden de ontstekingen te kalmeren.

## Conclusies

**Lichen planus is een vervelende aandoening met vele gezichten, die zich gedraagt als een virusinfectie. Het is duidelijk dat er nog steeds weinig van bekend is. Er wordt nog steeds te weinig onderzoek gedaan naar de etiologie en de behandeling bestaat eigenlijk alleen uit het onderdrukken van de ontstekingen. Patiënten klagen dat ze soms jaren kampen met allerlei vervelende klachten voordat ze uiteindelijk de goede diagnose krijgen. Het is te hopen dat door de vernieuwde richtlijn ook bij tandartsen bekend te maken patiënten eerder herkend en ook erkend worden. De Lichen Planus Vereniging Nederland heeft veel informatie over OLP. Naast verwijzing naar een kaakchirurg en of naar een dermatoloog (via de huisarts) kan het goed zijn om de patiënt in contact te brengen met de LPVN. Daar bestaan onder andere contactgroepen waarin men elkaar door middel van uitwisseling van persoonlijke ervaringen kan bijstaan.**



Hier stond in het  
gedrukte tijdschrift  
een advertentie

