

UIT DE PRAKTIJK

LICHEN RUBER PLANUS MUCOSAE ORIS

DOOR

H. NIEMEYER, *Arts te Arnhem.*

Slechts bij uitzondering zullen patiënten met deze afwijking van het mondslijmvlies om raad bij den tandarts komen. Immers in de meeste gevallen treden eerst of tegelijkertijd huidverschijnselen op, die de patiënten voor behandeling naar hun huisarts of naar den dermatoloog doen gaan.

Ontbreken echter de huidverschijnselen of zijn deze zoo gering dat de patiënt deze niet opmerkt, dan kan zich het geval voordoen, dat hulp voor de hinderlijke afwijking in den mond bij den tandarts wordt gezocht. Waar dit dus betrekkelijk zelden voorkomt kan het stellen der diagnose tot moeilijkheden aanleiding geven en acht ik een door mij waargenomen geval belangrijk genoeg om het in dit tijdschrift mede te deelen.

Ik zal beginnen het ziektebeeld, zooals het door mij werd waargenomen, te beschrijven, om daarna nog eenige opmerkingen over lichen ruber in het algemeen, over de differentieele diagnostiek met de meest in aanmerking komende mondslijmvliesaanandoeningen en over de behandeling hieraan toe te voegen.

Patiënte, 50 jaar oud, kwam half October 1925 op het spreekuur met de volgende klachten:

In Augustus 1925 was het mondslijmvlies gevoelig geworden voor warmte en waren op het mondslijmvlies kleine knobbeltjes ontstaan, die het gevoel gaven *alsof er zand op het slijmvlies was gestrooid*. Het slijmvlies voelt minder elastisch

en wat gespannen aan, maakt den indruk gezwollen te zijn en patiënte heeft last zoo nu en dan op de wang te bijten.

Met deze gevoeligheid van het slijmvlies voor warmte is tegelijkertijd opgetreden een opvallende gevoeligheid van de huid van het geheele lichaam voor warmteprikkels.

Om de merkwaardigheid van dit verschijnsel, waarop ik nog terugkom, geef ik hier uitvoerig de mededeeling van de patiënte weer.

Terwijl patiënte vroeger (dus vóór het optreden van de slijmvliesaanandoening) aan de handen, b.v. bij het afwassen van vaatwerk of aan de huid van het geheele lichaam bij het baden normaal hooge temperatuur zonder bezwaar kon verdragen kan zij nu slechts een *veel lagere* temperatuur (lauw warm) verdragen.

Komt de huid in aanraking met water van hoogere temperatuur, dan is dit niet bepaald pijnlijk, doch ondervindt de patiënte een eigenaardige, onaangename gewaarwording, die zij als volgt beschrijft:

Zij heeft eens bij experimenten met vloeibare lucht een hierin geworpen bloem zien samenschrompelen en aan dit samenschrompelen doet de gewaarwording, wanneer de huid met water van meer dan lauw warme temperatuur in aanraking komt, haar steeds denken. Hiernaar gevraagd verklaart pat. dat nergens eenige huiduitslag aanwezig is. Wel heeft zij vele jaren geleden aan een der onderbeenen, waaraan in lichte mate varices voorkwamen, een huidaandoening gehad (eczeem?) die in korten tijd door zalfbehandeling genas en niet recideerde.

Overigens levert de anamnese niets bijzonders op.

Algemeene gezondheidstoestand goed. Geen nerveuze klachten. Urine geen afwijkingen. Niets wat op lues zou kunnen wijzen.

Patiënte vertelt nog de gebruikelijke mondspoelingen en penseelvochten te hebben beproefd, echter zonder resultaat.

Samenvattende waren dus de voornaamste klachten van den kant van het mondslijmvlies:

- 1) gevoeligheid voor warmte.
- 2) gezwollen, strak gevoel.
- 3) het gevoel alsof er zand op het slijmvlies ligt.

Vooral deze laatste typische klacht, die ik in de mij ter beschikking staande literatuur alleen bij lichen ruber vond vermeld en niet bij de op lichen ruber gelijkende ziektebeelden van het mondslijmvlies, kan in voorkomende gevallen ons een aanwijzing geven voor het stellen der diagnose.

Het onderzoek leverde het volgende op:

Uitwendig geen afwijking te zien. Bij palpatie zijn de submaxillaire lymphklieren niet gezwollen, wel iets gevoelig. Het slijmvlies van de lippen en de wangen vertoont kleine vaste zilverwitte, of wasachtig of paarlemoerachtig glanzende papeltjes ter grootte ongeveer van een speldeknop. De grootere papeltjes vertoonen in het centrum een lichte inzinking. Om de papeltjes geen hyperaemische hof. Geen erosies of ulceraties. Strijkt men met een vinger over het slijmvlies, dan voelt dit ruw aan. Op het wanglijmvlies, vooral in het niveau van occlusie en op de omslagplooien, ziet men tevens een netwerk van paarlemoerachtige fijne lijntjes en stralige, spinnewebachtige figuren van opaal witte kleur. De afbeelding in Port und Euler's Lehrbuch der Zahnheilkunde geeft, hoewel wat schematisch, hiervan een goeden indruk. Het slijmvlies van de wang is wat rooder dan normaal en wat gezwollen.

De tong is beslagen, wat gezwollen, vertoont tandindrukken. Speekselafscheiding niet vermeerderd. Geen foetor. Aan den mondbodem, palatum, tonsillen, bogen geen afwijkingen.

Aan het gebit geen afwijkingen van beteekenis.

De diagnose werd op lichen ruber planus gesteld en in overleg met en onder contrôle van den huisarts een arsenicumtherapie ingesteld.

Door omstandigheden werd deze behandeling niet lang ge-

noeg voortgezet en kon niet tot voldoende groote dosis arsenicum worden gestegen.

Toch bleek bij onderzoek in Januari 1926 belangrijke verbetering te zijn ingetreden. De papeltjes op onder- en bovenlip en op de wangen zijn verdwenen. De streeping is nog aanwezig op het wangslimvlies en blijkt, nu het beslag van de tong verdwenen is, ook op het slijmvlies hiervan te worden gevonden. De tong is niet meer gezwollen, geen tandindrukken meer. Het wangslimvlies is ook niet meer gezwollen, zoodat pat. hierop niet meer bijt.

De klachten van de patiënte zijn:

1) gevoeligheid van het slijmvlies voor warmte.

2) het wangslimvlies voelt strak en minder elastisch, wat echter alleen hinderlijk is bij gapen of lachen. De gevoeligheid van de huid voor warmte is nog dezelfde. Pat., die hierop op mijn verzoek speciaal heeft gelet, beweert met stelligheid dat nergens verschijnselen van eenige huidaandoening voorkomen. Algemeene gezondheidstoestand uitstekend.

Patiënte wordt aangeraden eens af te wachten of de arsenicumkuur wellicht nog gunstig zal nawerken en anders nogmaals een kuur te doen met arsenicum in anderen vorm van toediening, in grootere dosis en langer voortgezet.

Eind April 1926 zie ik patiënte nogmaals. De arsenicumkuur, die patiënte heeft gedaan, blijkt wederom onvoldoende in duur en hoeveelheid.

De klachten zijn gering, ongeveer gelijk aan die in Januari.

De tong is vrij van de aandoening. Alleen nog paarlemoerachtige streeping op het wangslimvlies aan de omslagplooi en in het oclusieniveau. Ook thans geen huidafwijkingen, naar pat. mededeelt. Algemeene toestand uitstekend.

Waar de subjectieve klachten gering zijn is aangeraden eens af te wachten en slechts dan tot een nieuwe kuur over te gaan wanneer de aandoening zou recidiveeren of de klachten zouden verergeren.

In aansluiting aan het bovenstaande nog een korte beschouwing over de lichen ruber in het algemeen.

Lichen ruber is een aandoening van huid en slijmvliezen, waarbij zich kleine papels ontwikkelen als gevolg van een chronisch ontstekingsproces in de cutis of mucosa. Deze papels blijven gedurende het verloop der ziekte als zoodanig bestaan. Zij gaan dus niet over in andere vormen waaronder huidafwijkingen optreden, als blaasjes gevuld met sereus of etterig vocht, erosies of ulcera. Secundair treden verschijnselen op van hyperkeratosis.

Naar den vorm der papeltjes onderscheidt men lichen ruber acuminatus en lichen ruber planus, die echter gecombineerd kunnen voorkomen, terwijl ook de spitse vorm van de papeltjes in den vlakken vorm kan overgaan en omgekeerd.

De lichen ruber acuminatus, die veel minder vaak voorkomt dan de lichen ruber planus en die op de slijmvliezen niet schijnt voor te komen blijft hier verder buiten bespreking.

De lichen ruber plan. treedt in den regel op als een aandoening van de huid, bestaande uit vlakke, harde, weinig boven de omgeving zich verheffende, geelroode tot blauwroode papeltjes, die een wasachtige of paarlemoerachtige glans vertoonen en vaak in het centrum iets ingezonken zijn.

De papeltjes, ongeveer 1—2 mm. in doorsnede, hebben een veelhoekigen vorm, daar zij begrensd worden door de groepen in de epidermis. In het verder verloop smelten echter groepen van papeltjes samen tot verschillende vormen en gaat de in het begin karakteristieke hoekige vorm verloren.

De streeping wordt gevormd door een rij kleine papeltjes. Secundair treedt ook vorming van schubjes op.

Bij genezing blijft gedurende korteren of langeren tijd een pigmentvlek op de plaats der aandoening achter.

De aandoening treedt bij voorkeur op aan de buigzijde van pols- en voetgewricht, aan de buigzijde van onderarm, van elleboog- en kniegewricht, in de lendestreek en aan penis en scrotum.

Het optreden van lichen rub. plan. van de huid en daarna

tevens aan het mondslijmvlies komt niet zoo zelden voor.

Herxheimer vond in 28 gevallen van lichen rub. plan. in 15 gevallen ook het mondslijmvlies aangetast. Een andere statistiek schat echter de verhouding slechts 1:7.

Zeldzamer is reeds dat de aandoening eerst aan het mondslijmvlies optreedt en daarna pas huidverschijnselen optreden.

Zeer zeldzaam schijnt het uitsluitend aan het mondslijmvlies voorgekomen te zijn.

In *Kraus*, „die Erkrankungen der Mundhöhle” worden slechts vier gevallen hiervan vermeld.

Of het bovenbeschreven geval nu inderdaad tot deze uiterst zeldzame gevallen behoort, kan ik niet met zekerheid zeggen. Pat. verklaart herhaaldelijk geenerlei huidafwijkingen te hebben waargenomen en met deze verklaring heb ik mij tevreden moeten stellen, daar het instellen van een onderzoek niet mogelijk was. De mogelijkheid bestaat dus, dat een geringe aandoening over het hoofd is gezien. Hetgeen echter ook weinig ter zake doet. Doel van dit artikel is slechts de aandacht op deze aandoening te vestigen, waarvoor een enkele maal bij ontbreken van, of op den achtergrond treden van huidsymptomen, aan den tandarts om raad zal worden gevraagd.

Het beeld, zooals zich dit voordoet bij aandoening van het mondslijmvlies is reeds uitvoerig beschreven.

Alleen wil ik hieraan toevoegen dat om de papels soms wel, soms geen hyperaemische hof voorkomt en op de tong de papels soms samensmelten tot grootere plaques ook weer van zilverachtigen of paarlemoerachtige kleur en door de groeven van de tong geteekend als chagrijnleer. Deze plaques kunnen differentiëel diagnostische moeilijkheden opleveren.

Omtrent de aetiologie van de lichen ruber bestaat nog geen zekerheid. Sommigen zoeken de oorzaak in de constitutie, anderen nemen een bacillairen oorzaak aan, weer anderen beschouwen het als een neuropathie overeenkomstig de herpes zoster.

Irritatie door wrijving of druk van een door lichen ruber aangetast gedeelte van huid of slijmvlies doet de aandoening

verergeren. Zoo b.v. op plaatsen waar corset of kousenband drukt. Hierin moet waarschijnlijk ook de oorzaak gezocht worden van het vooral voorkomen der aandoening in het niveau van de occlusie en aan de omslagplaats van het slijmvlies.

Daar ook chemische en thermische prikkels de aandoening doen verergeren zal men specerijen, rooken, te warme spijzen en dranken ontraden.

De ziekte treedt meer op bij mannen dan bij vrouwen (2:1) en vooral op den leeftijd van 20—50 jaar.

Het verloop is chronisch. Spontane genezing komt voor.

Recidief kan optreden.

De algemeene gezondheidstoestand wordt bij lichen rub. plan. niet gestoord.

De subjectieve klachten bij de aandoening van het mond-slijmvlies zijn boven uitvoerig beschreven.

Bij aandoening van de huid is de meest op den voorgrond tredende klacht de huidjeuk, die echter ontbreken kan.

Symptomen, overeenkomend met de merkwaardige klacht van de patiënte over het overgevoelig zijn voor warmteprikkels van de geheele huid heb ik in de mij ten dienste staande literatuur niet kunnen vinden.

Misschien moet de verklaring hiervan worden gezocht in een afwijking van het centrale zenuwstelsel. Of, indien dit werkelijk het geval zou wezen, hieruit gevolgtrekkingen betreffende de aetiologie van de lichen ruber zouden zijn te maken, waag ik niet te beoordeelen.

Over de differentiële diagnostiek meen ik kort te moeten zijn. Ook de meest uitvoerige beschrijving der hierbij in aanmerking komende ziektebeelden, heeft m. i. slechts geringe waarde, indien geen gelegenheid bestaat tot eigen vergelijkende aanschouwing, waartoe echter tijdens de tandheekkundige opleiding, jammer genoeg, slechts weinig gelegenheid bestaat, ook al weer, omdat deze patiënten zich op andere poliklinieken dan de tandheekkundige om hulp vervoegen.

En ook in de praktijk zal om dezelfde reden hiertoe weinig gelegenheid bestaan.

In aanmerking komen voornamelijk de plaques muqueuses, een slijmvlies-aandoening in het secundaire stadium van syphilis en de leukoplakia oris. Bij syphilis komen op het mond-slijmvlies papeltjes voor ongeveer van de grootte van een speldekknop, afzonderlijk of meerdere vereenigd tot grootere plaques.

Het epitheelbekselsel van deze papels is meer doorschijnend dan van de lichen ruber papels.

In tegenstelling van de papels bij lichen ruber neigen die bij syphilis tot verval en zal men dus tegelijkertijd erosies en ulceraties aantreffen. De syphilitische papels treden bij voorkeur op aan verhemeltebogen en tonsillen, de lichenpapels meer aan lippen en wang. Echter worden de syphilitische papels overal in den mond aangetroffen.

De lichen ruber papels vertoonen duidelijker de wasachtige en paarlemoerachtige glans, zijn minder doorschijnend en maken meer den indruk uit een vaster weefsel te bestaan. De streeping, de netvormige figuren ziet men bij syphilis niet zoo optreden.

Zijn er tevens lichen of syphilis verschijnselen op de huid aanwezig, dan kunnen deze bij het stellen der diagnose van waarde zijn. Verder zal men in de anamnese naar syphilis zoeken en kunnen de serologische reacties waardevolle gegevens verschaffen.

De uitwerking der ingestelde therapie is ook nog een aanwijzing. Een luetische aandoening zal door een arsenicum-therapie niet verdwijnen, een lichen ruber niet door een anti-luetische kuur.

De klacht van het gevoel van zand op het slijmvlies vond ik niet vermeld bij de plaques muqueuses wat door weekere papels zou kunnen worden verklaard.

Ten overvloede meen ik er aan te mogen herinneren dat de plaques muqueuses uiterst besmettelijk zijn en dus een groot gevaar voor tandarts of andere patiënten kunnen opleveren. In geval van twijfel zij men dus zeer voorzichtig.

De leukoplakia oris, die bij vrouwen slechts zelden voor-

komt, vertoont in het beginstadium een lichte troebeling van het epitheel alsof dit met *lapes infernalis* was geëetst, zonder scherpe begrenzing. Later ontstaan grootere krijtwitte vlekken. De fijne spinneweb-figures van de lichen ruber ontbreken. Het geheel maakt een groveren indruk. Bij grootere lichen plekken blijft toch altijd de samensmelting uit kleinere papeltjes zichtbaar. *Lukoplakia oris* vindt men meest op wang of tong. Huidverschijnselen ontbreken nog. De arsenicum-therapie van de lichen ruber, noch de antiluëtische behandeling hebben op de leukoplakia invloed van beteekenis.

In typische gevallen zal men met deze kenmerken wel tot een diagnose kunnen komen. In vele gevallen zullen echter de beelden tot elkaar naderen en zal slechts de ervaren huidarts de diagnose kunnen stellen.

Ten slotte nog een enkel woord over de behandeling van de lichen ruber. Het middel bij uitnemendheid is het *acidum arsenicosum* dat echter gedurende langen tijd (minstens drie maanden, dikwijls veel langer) en in groote dosis moet worden gebruikt.

Het wordt gegeven als *pilul. asiaticae*, als *liquor arsenicalis Fowleri* of door middel van injecties van hiervoor geschikte arsenicum preparaten. Hoewel de groote doses die in het begin werden gebruikt (Hebra steeg tot 75 mgr. per dag; maximaal dosis 10 mgr. per dag) nu niet meer worden toegepast moet men tot ver boven de maximaal dosis gaan hetgeen slechts door langzaam vermeerderen der per dag gebruikte hoeveelheid mogelijk is. Heeft men de grootste hoeveelheid bereikt dan moet ook weer geleidelijk de hoeveelheid verminderd worden.

Daar soms betrekkelijk kleine doses reeds resultaat geven (b.v. ook reeds in het boven beschreven geval) klimt men eerst op tot b.v. 15 mgr. per dag, gaat hiermede eenige weken door om, wanneer het gewenschte resultaat niet optreedt, verder te stijgen tot b.v. 25—30 mgr.

Daar bij deze groote hoeveelheden intoxicatie verschijnselen (maag- en darmstoornissen, oedemen, conjunctivitis, der-

matitis, slapeloosheid, maniacale toestand), kunnen optreden is het raadzaam dat de tandarts deze behandeling aan den huidarts overlaat, die op de hoogte is van den algemeenen toestand van den patient; deze kan controleeren, het dieet regelen en zoo noodig de kuur onderbreken of de dosis verminderen. Wordt arsenicum niet verdragen dan heeft men wel ducretica en pilocarpine injecties beproefd.

Ook zelf-behandeling is toegepast. Hiervan en van bestraling is echter weinig of geen resultaat te verwachten.

Arnhem, Mei 1926.