

Plaveiselcelcarcinoom bij een lichen planus en necrobiosis lipoïdica

T.M. Le¹, P.M. Ossenkoppele², M.R. van Dijk³, V. Sigurdsson⁴

¹ Aios Dermatologie, afdeling Dermatologie/Allergologie, UMC Utrecht

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, ZGT, Almelo

³ Patholoog, afdeling pathologie, UMC Utrecht

⁴ Dermatoloog, afdeling Dermatologie/Allergologie, UMC Utrecht

Correspondentieadres:

T.M. Le

UMC Utrecht

Afdeling Dermatologie/Allergologie (Go2.124)

Postbus 85500

3508 GA Utrecht

E-mail: t.t.m.le-5@umcutrecht.nl

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 64-jarige mevrouw werd naar onze polikliniek Dermatologie verwezen in verband met sinds twaalf jaar bestaande huidafwijkingen pretibiaal beiderzijds. Het klinisch beeld bestond uit grote patches

met atrofie, hyperpigmentatie en teleangiëctasieën wat passend was bij de diagnose necrobiosis lipoïdica (figuur 1). In de necrobiosis lipoïdica waren ook gebieden te zien met erosies en hyperkeratotische plaques. Verder had patiënte ook wickhamstriae in het wangslimvlies. Huidbiopten die van verschillende locaties van de huidafwijkingen pretibiaal waren genomen, toonden een mengbeeld van necrobiosis lipoïdica en hypertrofische lichen planus. Omdat met lokale steroïden het beeld verbeterde, werd patiënte terugverwezen.

Patiënte werd na een jaar weer verwezen naar onze polikliniek in verband met sinds een half jaar een plek op het linkeronderbeen dat fors dikker werd.

Dermatologisch onderzoek

Pretibiaal beiderzijds werden grote roze-bruine patches met atrofie, erosies en teleangiëctasieën gezien, passend bij de diagnose necrobiosis lipoïdica. Links pretibiaal werd aan de caudolaterale zijde, verruceuze gebieden gezien met daarin 2 ulceratieve tumoren (figuur 2). In de mondholte waren wickhamstriae aanwezig.



Figuur 1. Pretibiaal beiderzijds beeld van een necrobiosis lipoïdica. Daarnaast op het linkeronderbeen caudolateraal een hypertrofisch gebied.



Figuur 2. In het caudolaterale gebied van het linkeronderbeen is een groot verruceus gebied te zien met daarin een ulceratieve tumor.

Histopathologisch onderzoek

Twee huidbiopten toonden een beeld dat zeer suspect was voor een plaveiselcelcarcinoom. Hierop werd het verruceuze gebied in toto geëxideerd en het histopathologisch onderzoek hiervan toonde in kolven verbrede, sterk verhoornende en papillomateuze velden met proliferatie van atypische plaveiselcellen met daarin grote anisomorfe kernen met prominente nucleoli. Hieromheen werd een wisselend dens bandvorming ontstekingsinfiltraat met lymfocyten, neutrofiële granulocyten en vele eosinofiele granulocyten gezien (figuur 3).

Diagnose

Plaveiselcelcarcinoom (PCC) bij hypertrofische lichen planus.

Therapie en beloop

Een echo van de liezen toonde geen vergrote of suspecte lymfeklieren. Het PCC werd radicaal geëxideerd en het defect werd gesloten met een split-skin graft. De split skin graft sloeg goed aan en bij de controles tot nu toe is er nog geen recidief gezien van het PCC.

BESPREKING

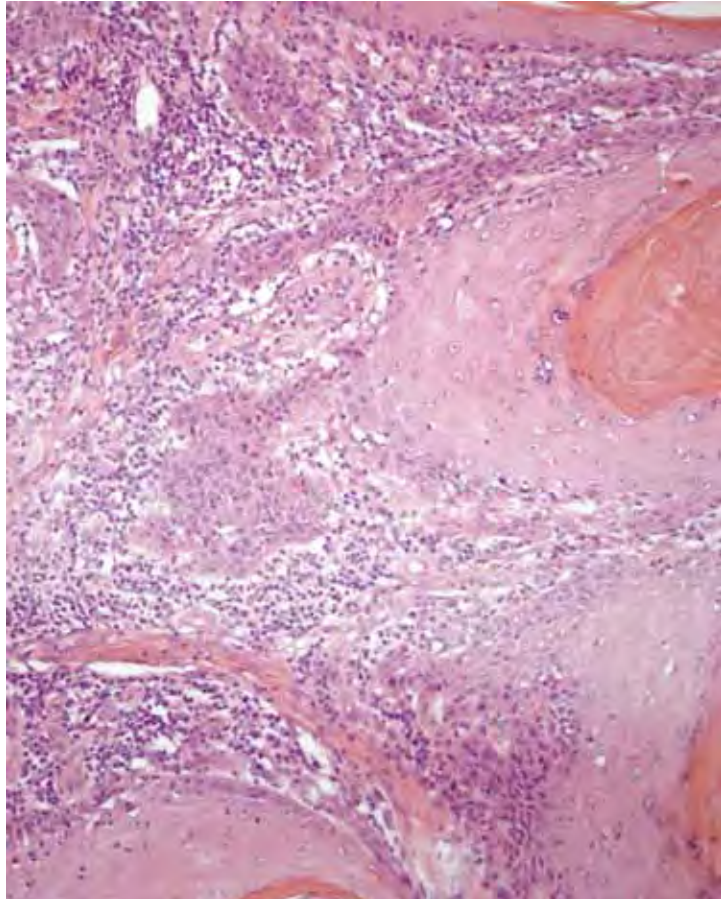
Bij patiënte was er sprake van een mengbeeld van necrobiosis lipoïdica en hypertrofische lichen planus. Deze combinatie is nog niet eerder in de literatuur beschreven.

Bij onze patiënte was het klinisch en histologisch beeld ter plaatse van waar het latere PCC zich zou ontwikkelen passend bij een hypertrofische lichen planus. Bovendien werd in het excisiepreparaat ook een beeld van lichen planus gevonden. Dit maakt het hoogstwaarschijnlijk dat het PCC van patiënte is ontstaan bij de hypertrofische lichen planus.

Maligne transformatie van cutane lichen planus is zeldzaam, dit in tegenstelling tot orale lichen planus waar een recente meta-analyse aantoonde dat in 1,09% een PCC ontstaat.¹ In de literatuur zijn een kleine 100 patiënten beschreven waar een PCC is ontstaan uit een cutane lichen planus.² Zowel lichen planus als PCC komen veel voor en het tegelijk voorkomen hiervan in een patiënt is niet bewijzend voor een causaal verband. In een epidemiologische studie, waar 2071 patiënten met lichen planus jaren werden gevolgd, werd geen verhoogd risico op het krijgen van PCC van de huid gevonden. Wel werd in deze studie een verhoogd risico (relatief risico 5,9) voor oraal PCC gevonden.³

De meerderheid van de PCC's die bij een cutane lichen planus ontstaat, is op de onderbenen of voeten gelokaliseerd en ontstaat in de hypertrofische variant van lichen planus.^{3,4} Gemiddeld zit er ongeveer twaalf jaar tussen het ontstaan van lichen planus en het ontstaan van een PCC.^{3,4} Chroniciteit van lichen planus blijkt dus een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van PCC.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen en theorieën waarom lichen planus geassocieerd zou zijn met PCC. Vroeger behoorden het potentieel car-



Figuur 3. Huidexcisiepreparaat met atypische veldjes plaveiselepitheel onder een epidermis met dyskeratotische cellen.

cinogene arsenicum en radiotherapie tot de behandelopties van lichen planus. Verder zou chronische inflammatie, chronisch krabben en de verhoogde turnover van basale cellen in lichen planus een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen van een PCC.^{5,6} Onze patiënte had naast de hypertrofische lichen planus ook nog necrobiosis lipoïdica. Het ontstaan van PCC in een gebied met necrobiosis lipoïdica is zeldzaam. Tot nu toe zijn er hiervan in de literatuur veertien patiënten beschreven.⁷ Het is bekend dat PCC kunnen ontstaan in gebieden met chronische verlittekening of ulcera. Ongeveer 35% van de patiënten met een necrobiosis lipoïdica zal ulcera ontwikkelen secundair aan kleine traumata.⁸ Dit zou kunnen predisponeren voor het ontstaan van PCC in een gebied met necrobiosis lipoïdica. Andere risicofactoren voor maligne transformatie zouden kunnen zijn: verlies van melanine waardoor ultravioletschade gefaciliteerd wordt, chronische inflammatie en hypoxie.⁷ De gemiddelde duur tussen de diagnose necrobiosis lipoïdica en het PCC is 21,5 jaar.⁷ Een PCC kan dus zowel ontstaan in een gebied met hypertrofische lichen planus als in een gebied met ulceratieve necrobiosis lipoïdica. Hoewel het zeldzaam is en een causaal verband tussen het ontwikkelen van PCC en deze twee dermatosen niet is aangetoond, is het goed om bij therapieresistentie, niet-genezende ulcera of het ontstaan van proliferatieve gebieden, de mogelijkheid van een PCC te overwegen.

LITERATUUR

1. Fitzpatrick SG, Hirsch SA, Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014;145:45-56.
2. Friedl TK, Flaig MJ, Ruzicka T, Rupec RA. [Verrucous squamous cell carcinoma complicating hypertrophic lichen planus. Three case reports and review of the literature]. *Hautarzt* 2011;62:40-5.
3. Sigurgeirsson B, Lindelof B. Lichen planus and malignancy. An epidemiologic study of 2071 patients and a review of the literature. *Arch Dermatol* 1991;127:1684-8.
4. Bonnekoh B, Kuhn A. [Squamous epithelial cancer in lichen ruber hypertrophicus--a case report with a review of the literature]. *Z Hautkr* 1986;61:394-402.
5. Krasowska D, Bogaczewicz J, Chodorowska G. Development of squamous cell carcinoma within lesions of cutaneous lichen planus. *Eur J Dermatol* 2007;17:447-8.
6. Singh SK, Saikia UN, Ajith C, Kumar B. Squamous cell carcinoma arising from hypertrophic lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:745-6.
7. Uva L, Freitas J, Soares AL de, et al. Squamous cell carcinoma arising in ulcerated necrobiosis lipoidica diabetiformis. *Int Wound J* 2013. doi:10.1111/iwj.12206 (Epub ahead of print)
8. Muller SA, Winkelmann RK. Necrobiosis lipoidica diabetiformis. A clinical and pathological investigation of 171 cases. *Arch Dermatol* 1966;93:272-81.

SAMENVATTING

Een plaveiselcelcarcinoom (PCC) kan ontstaan in een gebied met hypertrofische lichen planus alsmede in een gebied met ulceratieve necrobiosis lipoidica. Chronische inflammatie zou bij beide dermatose kunnen predisponeren voor het ontstaan van PCC. Meestal ontstaat het PCC pas na vele jaren (gemiddeld 12 jaar bij lichen planus en 21 jaar bij necrobiosis lipoidica). Hoewel het zeldzaam is en een causaal verband tussen het ontwikkelen van PCC en lichen planus/necrobiosis lipoidica niet is aangetoond, is het goed om bij therapieresistentie, niet genezende ulcera of het ontstaan van proliferatieve gebieden, de mogelijkheid van een PCC te overwegen. We beschrijven hier voor het eerst een 64-jarige vrouw die pretibiaal een mengbeeld had van een necrobiosis lipoidica en hypertrofische lichen planus. In het gebied met hypertrofische lichen planus ontwikkelde patiënte een PCC.

TREFWOORDEN

lichen planus – necrobiosis lipoidica – plaveiselcelcarcinoom

SUMMARY

Squamous cell carcinoma can arise in hypertrophic lichen planus as well as in ulcerated necrobiosis lipoidica. Chronic inflammation can be a predisposing factor in the development of a squamous cell carcinoma in both dermatoses. In general, squamous cell carcinoma develops years after the onset of hypertrophic lichen planus and necrobiosis lipoidica (on average 12 years and 21 years respectively). Malignant transformation of lichen planus and necrobiosis lipoidica is rare and a causal relationship between the development of squamous cell carcinoma in both dermatoses is not proven. Nevertheless, clinicians should consider the possibility of a squamous cell carcinoma in therapy resistant lesions, non-healing ulcerations and proliferative areas. This is the first case report of a 64-year-old female who presented with a combination of necrobiosis lipoidica and hypertrophic lichen planus on her lower legs. A squamous cell carcinoma arose within the hypertrophic lichen planus.

KEYWORDS

lichen planus – necrobiosis lipoidica – squamous cell carcinoma