

REPETITÓRIUM

Lichen planus versus lichenoidná dermatitída
Lichen planus versus lichenoid dermatitis

Adamicová, K.

Ústav patologickej anatómie Jesseniovej lekárskej fakulty v Martine Univerzity Komenského v Bratislave,
Konzultačné centrum bioptickej diagnostiky kožných ochorení Martin

korešpondencia: katarina.adamicova@uniba.sk

Súhrn

Medzi najčastejšie diagnózy v kožnom lekárstve patria zápalové ochorenia, ktoré majú rôzny histopatologický obraz. Veľakrát rozdielne bioptické obrazy sú typické pre vzhľadom podobné kožné ochorenia (psoriáza, chronický ekzém) a naopak, podobné histopatologické obrazy môžu svedčiť pre úplne odlišný pôvod dermatóz (napr. lichen planus a „graft versus host disease“). Príčinou je fakt, že koža má pomerne obmedzený repertoár odpovedí na poškodenie. Jednou z najčastejších diferenciálnych diagnostík v biopsii zápalových ochorení kože je rozlíšenie lichen planus od lichenoidnej dermatitídy. Prístup k diferenciálnej diagnostike týchto dvoch entít uvádzame v tomto príspevku.

Kľúčové slová: lichen planus, lichenoidná dermatitída, diferenciálna diagnostika

Abstract

Among the most prevalent diagnostic categories in dermatopathology are inflammatory dermatoses, which encompass a broad spectrum of histopathological patterns. Distinct biopsy findings are often characteristic of clinically similar conditions (such as psoriasis and chronic eczema), whereas conversely, closely overlapping histopathological features may correspond to dermatoses of fundamentally different etiologies (for example, lichen planus versus graft versus host disease). This phenomenon reflects the inherently limited repertoire of cutaneous responses to injury. One of the most frequent and diagnostically challenging tasks in the evaluation of inflammatory skin biopsies is the distinction between lichen planus and lichenoid dermatitis. In this contribution, we outline a structured approach to the differential diagnosis of these two entities.

Key words: lichen planus, lichenoid dermatitis, differential diagnosis

Lichen planus (LP)

Definícia

Lichen planus (LP) je chronické zápalové ochorenie kože a slizníc, ktoré sa počíta medzi autoimunitné ochorenia.

Patogenéza

Hoci presná príčina vzniku LP nie je úplne objasnená, jeho vznik môžu iniciovať určité faktory vonkajšieho i vnútorného prostredia. Niektoré štúdie naznačujú, že s LP môžu byť spojené vírusové infekcie, najmä hepatitída typu C. Okrem toho môže pri spúšťaní tohto ochorenia zohrávať úlohu aj pôsobenie niektorých chemikálií.

LP sa považuje za autoimunitné ochorenie, čo znamená, že imunitný systém tela cestou cytotoxických T-lymfocytov „omylom“ napáda vlastné tkanivá, konkrétne keratinocyty. Genetická predispozícia k vzniku LP sa dokazuje tým, že sa častejšie vyskytuje

u jedincov s rodinnou anamnézou autoimunitných ochorení. Boli identifikované aj niektoré genetické markery, prítomnosť ktorých upozorňuje na zvýšenú náchylnosť k tomuto ochoreniu.

Kľúčové rizikové faktory

- **Vek:** LP sa môže vyskytnúť v akomkoľvek veku, ale najčastejšie sa diagnostikuje u dospelých stredného veku.
- **Pohlavie:** Ženy sú postihnuté častejšie ako muži.
- **Geografická poloha:** Prevalencia LP sa môže líšiť aj v závislosti od geografickej oblasti, pričom niektoré štúdie naznačujú vyššiu mieru výskytu v určitých populáciách, napr. orálny LP je častejší v Európe ako v Južnej Amerike a Ázii. Podtyp aktinický LP je zasa najčastejší na Strednom východe, v Indii a Ázii.
- **Koincidencia:** Jedinci s inými autoimunitnými ochoreniami, napr. autoimúnnou tyreoiditou, môžu mať vyššie riziko vzniku LP.

Základné klinické príznaky LP

- **Kožné lézie:** Ploché, polygonálne, fialové makuly, ktoré môžu svrbieť a objaviť sa na rôznych častiach tela.
- **Orálny LP:** Biele, sieťované škvrny alebo bolestivé vredy v ústach, ktoré môžu sťažovať jedenie a rozprávanie.
- **Zmeny nechtov:** V niektorých prípadoch dochádza k rednutiu, ryhovaniu alebo dokonca strate nechtov.
- **Genitálny LP:** Lézie v oblasti genitálií, ktoré môžu spôsobiť nepríjemné pocity a bolesť.

Klinické črty LP

Podľa akronymov "6 Ps": purple (fialový), pruritus (svrbenie), plane (ploché), polygonal ("nepravidelný"), papular (papuly), plak (ložiská).

Koebnerov fenomén: nové lézie na traumatických miestach (napr. škrabanie).

Wickhamove strie: jemné biele čiary na povrchu lézií zodpovedajúcich oblastiam hypergranulózy a ďalej:

- Atrofické (veľké ložiská s centrálnou atrofiou).
- Hypertrofické (hrubé, hyperkeratické ložiská).
- Aktinické (mladí dospelí alebo deti s lichen planus na slnečných oblastiach vystavených počas jarnej a letnej sezóny).
- Pigmentové (lézie sú hnedé, na tvári a krku, častejšie v južnej Ázii, častá intertriginózna lokalizácia).
- Ulcerózne (palmoplantárne ulcerácie).
- Bulózne (zriedkavé, buly v rámci už existujúcich LP lézií).
- Pemfigoidné (zriedkavé, cirkulujúce autoprotilátky IgG proti antigénu BP, podobne ako bulózne pemfigus).

Histopatológia LP

- Hyperkeratóza, pilovitá akantóza, hypergranulóza (niekedy v tvare klinu), lymfocyty infiltrujú a prekrývajú dermoepidermálnu junkciu.
- Civatteho telieska/cytoidné telesá (apoptotické bazálne keratinocyty, PAS+).
- Skvamizácia bazálnych buniek (predčasné sploštenie buniek).
- Parakeratóza: vo všeobecnosti neprítomná.
- Rozštiepená štrbina medzi epidermou a papilárnou dermou.
- Melanínový pigment v makrofágoch dermy (inkontinencia pigmentu).
- Príležitostne subepidermálne buly.
- Prítomnosť eozinofilov nie je typická, ak sa EO vyskytujú, ide skôr o lichenoidnú, najskôr liekovú reakciu (eozinofily možno vidieť v hypertrofickom LP).

- Atrofické lichenové ložisko: žiadna akantóza, menej Civatteho teliesok, viac pigmentovej inkontinencie a minimálny zápalový infiltrát.
- Hypertrofický lichen planus: nápadná hyperkeratóza a akantóza (pseudoepteliomatózna hyperplázia).
- Ulceratívny (erozívny) LP: epidermálna ulcerácia s lichenoidnými zmenami na okrajoch vredov; časté plazmatické bunky.
- Lichen planus pigmentosus: lymfocytový infiltrát má tendenciu byť intenzívnejší a hlbší, s dermálnou melanínovou inkontinenciou.
- Aktinický LP: dermálna melanínová inkontinencia a fokálna parakeratóza; miernejší lymfocytový infiltrát.
- Bulózne LP: vezikuly alebo buly v konvenčnom lichenovom obraze.
- Lichen planus pemphigoides: bula s miernym perivaskulárnym lymfocytovým infiltrátom, môžu byť prítomné neutrofile.
- Slizničný LP: ložisková parakeratóza, menej akantózy ako v koži, plazmatické bunky pri infiltrácii.
- Lichen planopilaris: jazvová alopecia s lichenoidnými zmenami a dermatitída vlasového infundibulu a Civatteho telieskami.

Súhrn najdôležitejších histopatologických črt

- **Hyperkeratóza** (často ortokeratóza).
- **Hypergranulóza** (zhrubnutá granulárna vrstva).
- **Pásovité lymfocytové infiltráty** tesne pod epidermou (tzv. lichenoidný infiltrát).
- **Degenerácia bazálnych keratinocytov** (Civatte bodies – apoptotické keratinocyty).
- „**Saw-tooth**“ (pilovitý) vzhľad epidermálnych/epitelových výbežkov.
- Absencia výraznej parakeratózy.

Poznámky k etymológii názvu lichen planus

*Dermatovenerológia je jeden z odborov medicíny, v ktorom sa historicky používajú niekedy bizarné pojmy, ktorým lekár súčasnosti nemusí rozumieť. Preto si dovoľme pri tomto ochorení krátke etymologické „okienko“. Etymologický pôvod názvu **lichen planus** je zaujímavý, pretože ide o kombináciu gréckych a latinských koreňov:*

- **Lichen** – pochádza z gréckeho slova *λεϊχῆν (leíchēn)*, ktoré označovalo lišajník alebo machovitú rastlinu. V antickej medicíne sa tento termín používal aj na opis kožných ochorení, ktoré mali šupinatý, drsný povrch podobný lišajníku.
- **Planus** – latinské slovo znamenajúce **ploché, rovný**. Používa sa na opis tvaru lézií, ktoré sú typicky ploché makuly a papuly.)

Tab. 1 • Ďalšia chronológia vývoja terminológie

Rok	Osoba	Udalosť
Starovek	Hippokrates, Celsus, Galenus	Prvé dermatologické použitie pojmu <i>lichen</i> .
1860	von Hebra	Zavedenie pojmu lichen ruber .
1862	Bazin	Ďalšie použitie <i>lichen ruber</i>
1985	Louis F. Wickham	Wickhamove línie - jeden z klinických znakov lichen planus .
1869	Erasmus Wilson	Prvý opis lichen planus , rozlíšenie jeho variantov.
1880-1900	Weyl, Kaposi	Ďalší opis Wickhamových línií a vezikulárnych foriem LP.
1909	Darier	Zavedenie pojmu „lichenoidná“ zápalová reakcia.

Lichenoidná dermatitída (LD)

Lichenoidná dermatitída je zápalové ochorenie v oblasti epidermálno-dermálneho rozhrania (dermo-epidermvej junkcie). Ide o zápalovú reakciu tkaniva charakterizovanú deštrukciou bazálnych keratinocytov, ktorá sa objavuje vo forme apoptózy alebo vakuolárnych zmien bazálnych epitelií.

- **Charakteristika:** Nie je konkrétna diagnóza, ale **reakčný vzor** histologického zápalu kože, ktorý napodobňuje lichen planus.

- **Etiológia:** Môže byť vyvolaná liekmi (*lichenoid drug reaction*), kontaktnou alergiou, vírusmi, vakcínami, alebo inými dermatózami.
- **Klinika:** Na koži sú papuly podobné LP, ale často menej typické, asymetrické, s rôznymi modifikáciami.

Histológia

Tiež **lichenoidný infiltrát**, ale:

- **Menej ostrý pásovitý charakter** (často zmiešaný infiltrát – lymfocyty, histiocyty, niekedy eozinofily).
- **Parakeratóza** môže byť prítomná (na rozdiel od LP).
- **Spongióza** (intercelulárny edém epidermy) častejšia.
- **Exocytóza lymfocytov** do epidermy.
- **Civatteho telieska** môžu byť, ale menej typické.
- Často **perivaskulárny infiltrát** v hlbšej derme.

Kľúčový rozdiel

Lichen planus = konkrétna klinická jednotka s typickým histologickým obrazom.

Lichenoidná dermatitída = histologický vzor, ktorý môže byť súčasťou rôznych ochorení (vrátane liekových reakcií, kontaktných alergénov, infekcií a pod.)

Tab. 2 • Diferenciálna diagnostika medzi LP a LD

Charakteristika	Lichen planus (LP)	Lichenoidná dermatitída
Definícia	Konkrétna autoimunitná dermatóza	Histologický vzor zápalu kože (reakcia na rôzne príčiny)
Etiológia	Idiopatická, imunitná reakcia proti keratinocytom	Lieky, kontaktné alergény, infekcie, vakcíny, iné dermatózy
Klinický obraz	Fialové polygonálne papuly, Wickhamove strie, často symetrické; postihuje aj sliznice (ústna dutina)	Papuly variabilného vzhľadu, často asymetrické; slizničné postihnutie podľa príčiny (napr. lieková reakcia)
Hyperkeratóza	Ortokeratóza (bez jadier)	Častá parakeratóza (s jadrami)
Granulárna vrstva	Výrazná hypergranulóza	Normálna až mierne zmenená
Infiltrát	Pásovitý, hustý, prevažne lymfocytový tesne pod epidermou	Menej ostrý, zmiešaný (lymfocyty, histiocyty, eozinofily), s perivaskulárnou zložkou
Bazálne keratinocyty	Degenerácia; typické apoptotické telieska (Civatte bodies)	Apoptotické telieska môžu byť prítomné, ale zvyčajne menej výrazné
Rete výbežky	Typický „saw-tooth“ (pílovitý) reliéf	Bez typického „saw-tooth“ reliéfu
Spongióza	Mínimálna alebo chýba	Častejšia, niekedy výrazná
Perivaskulárny infiltrát	Nevýrazný	Často prítomný aj v hlbšej derme

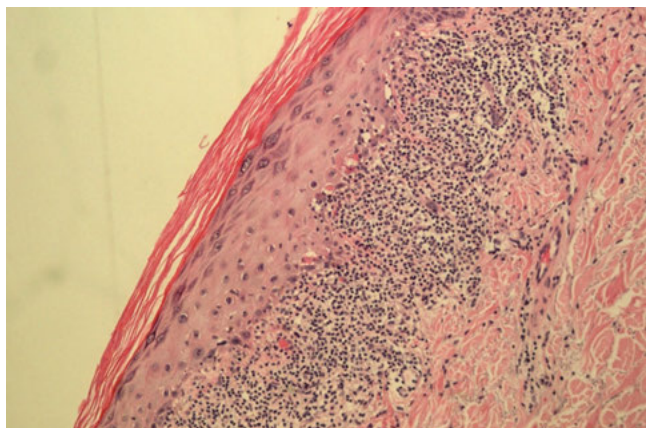
Dôležité pri bioptrickej diagnostike LP a LD je použitie priamej imunofluorescencie (DIF)

Tab. 3 • Prehľadná tabuľka porovnávajúca obraz priamej imunofluorescencie (DIF) pri **lichen planus** a **lichenoidnej dermatitíde**

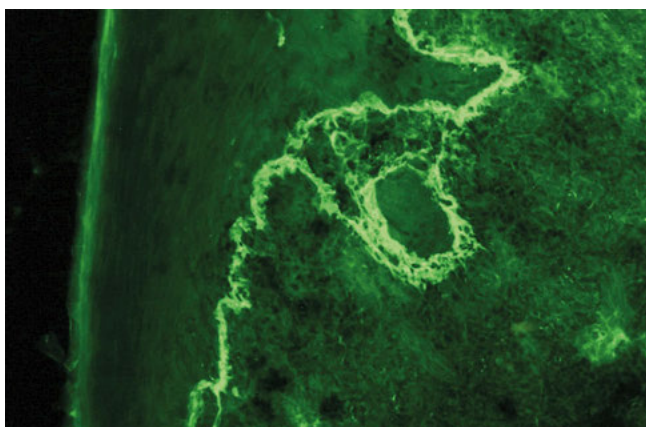
Vlastnosť DIF	Lichen planus	Lichenoidná dermatitída (reakčná)
Pozitivita DIF	75 – 93 % (koža/sliznice)	cca 38 % (orálne formy), často negatívna
Fibrinogén na DEJ	Lineárne „shaggy“ depozity pozdĺž bazálnej membrány	Môže byť prítomný, ale slabý alebo diskontinuálny
IgG, IgM, C3 na DEJ	Časté: IgG (88 %), IgM (70 %), C3 (24 %)	Zriedkavé, väčšinou absentujú
Depozity na koloidových telieskach	C3 v 36 % prípadov	Zriedkavé alebo chýbajú

Kľúčový rozdiel

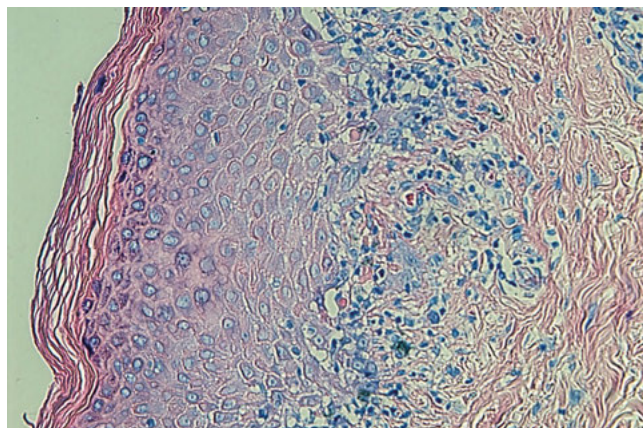
Lichen planus má typický „shaggy“ (strapatý) vzor fibrinogénu na dermo-epidermovej juncii a časté imunoglobulínové depozity, zatiaľ čo lichenoidná dermatitída má slabšie, nespecifické alebo negatívne nálezy.



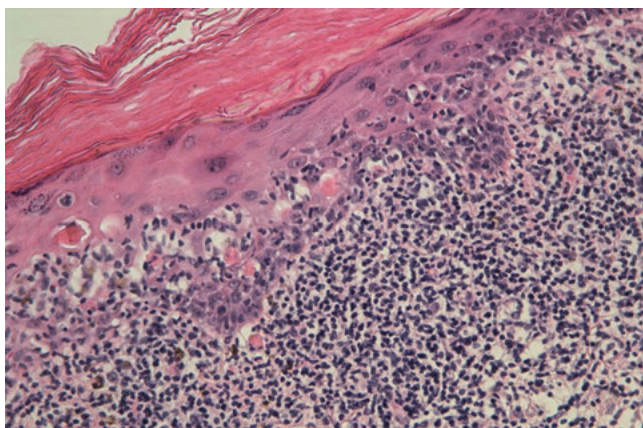
Obr. 3 • **Lichen planus** so všetkými histopatologickými znakmi, aj s tvoriacimi sa pilovitými akantotickými výbežkami epidermy (HE, obj. 20x)



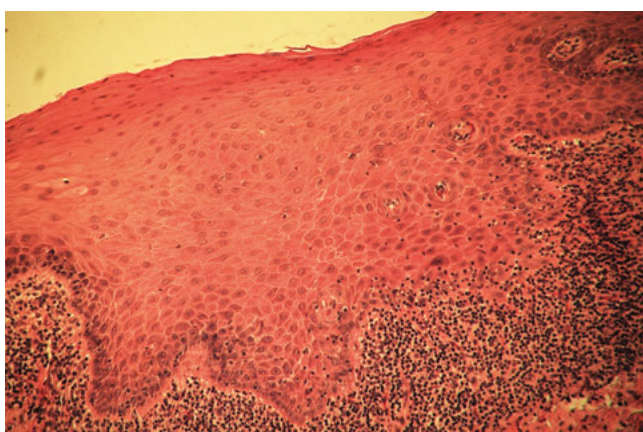
Obr. 4 • **Lichen planus**. Pozitivita fibrinogénu, s znakmi „strapatenia“ v oblasti bazálnej membrány pri priamej imunofluorescencii (Fbg+, obj. 20x)



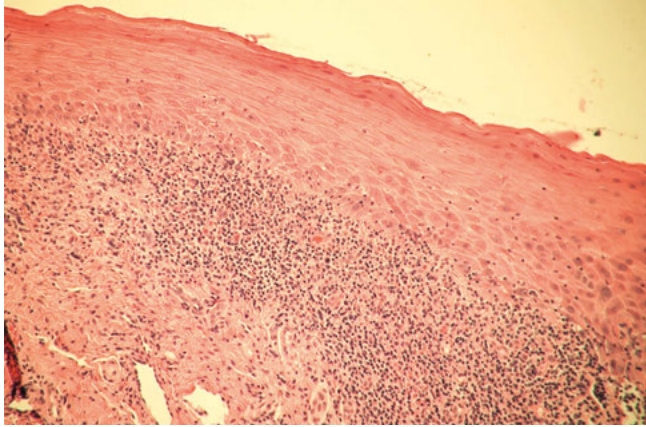
Obr. 1 • **Typický histopatologický obraz LP**. Zľava: hyperkeratóza bez výraznejšej parakeratózy, hypergranulóza, vakuolizácia bazálnych buniek, apoptotické Civatteho telieska pri DEJ (ružové sférické telieska). Pásový lymfocytový zápalový infiltrát prekrývajúci DEJ, inkontinencia melanínu (tu zelenohnedej farby) (Giemsa, obj. 20x)



Obr. 2 • **Orálny (slizničný) LP**. Hyperkeratinizácia (leukoplakia) povrchu epitelu sliznice. Početné Civatteho telieska, hustý pásový, lichenoidný, zápalový infiltrát, ktorý pozostáva prevažne z lymfocytov (HE, obj. 40x)



Obr. 5 • **Lichenoidná stomatitída**. Hore: keratóza s parakeratózou, minimum apoptotických teliesok, bez zachytenej prítomnosti vakuolizovaných bazálnych epitelíí, pestrejší, avšak stále prevažný lymfocytový zápalový infiltrát (HE, obj. 20x)



Obr. 6 • Lichenoidná dermatitída. Atrofická epiderma, bez typickej pilovitej akantózy, bez výraznej prítomnosti vakuolárnych buniek a Civatteho teliesok, s pestrejším, lichenoidným, zápalovým infiltrátom, ktorý vynikne pri použití imunohistochemických metód zvyrazňujúcich pestrejšie klony zápalových buniek. (HE, Obj. 20x)

Literatúra

1. Colonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH: McKee's pathology of the skin. Vol. I. ElsevierSaunders 2012; 895.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatológia a venerológia. Vydavateľstvo Osveta Martin, 2001; 1475.
3. Roy SF, McNiff JM. Lichen planus. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnontumorlichenplanus.html>. Accessed January 12th, 2026.
4. Pelkey L, Parker DC, Wolner Z. Interface dermatitis. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnontumorinterfacedermatitis.html>. Accessed January 12th, 2026.
5. Microsoft Copilot. Informácie o lichen planus a lichenoidných dermatitídach. Generované pomocou AI asistenta, konzultácia dňa 12. 1. 2026.