原 著

口腔扁平苔癬 135 例の臨床的検討

伊 東 大 典^{1,2)} 佐 藤 昌¹⁾ 栗 林 悠 里¹⁾
プラピンチャムルーン・チャーンウィット¹⁾
小 村 健^{1,2)}

抄録：今回われわれは、口腔扁平苔癬（OLP）と臨床診断された患者 135 人を対象に、臨床的検討を行った。患者は男性 30 人、女性 105 人で男女比は 1：3.5、平均年齢は 60.7 歳で好発年代は男女とも 60 歳代であった。最好発部位は固有頬粘膜（30.5%）、次いで歯肉頬移行部（24.1%）、歯肉（23.5%）であった。臨床視診型では、網状型とびらん型の混合型が最も多く（22.9%）、次いでびらん型（21.3%）、網状型（19.4%）であった。病理組織検査で OLP または OLP-compatible と診断されたのは 111 例（82.1%）で、そのうち 105 症例に対して局所ステロイド療法を行った。治療によりコントロール不良の症例群では、良好な症例群と比較して多発性病変を有する症例が有意に多く、また網状・びらん型の混合型病変が有意に多く認められた。

キーワード：口腔扁平苔癬、臨床的検討、局所ステロイド療法、臨床視診型

緒 言

口腔扁平苔癬（OLP）は、特に中高年層で発症頻度の高い口腔粘膜疾患であるが、総じて難治性であること、前癌病変や口腔癌との鑑別診断が時に困難であること、またその病因が未解明であることから、最も重要な口腔粘膜疾患のひとつと考えられている¹⁻³⁾。今回われわれは、最近 5 年間に当科を受診した OLP 患者 135 名を臨床的に検討し、若干の知見を得たので報告する。

対象および方法

2003 年から 2008 年までの 5 年間に東京医科歯科大学歯学部附属病院顎口腔外科を受診し、OLP と臨床診断され、確定診断のために病理組織検査を実施された 135 症例を対象とした。この 135 症例において、年齢、性別、主訴、病変の部位と臨床視診型、病理組織診断、治療法と治療に対する反応性について検討を行った。歯科材料アレルギー、GVHD、薬剤など、原因が推定または確定されたものは OLP ではなく扁平苔癬様病変と診断し、本研究から除外した。また当科においては、OLP と確定診断された症例に対して内服薬による治療は原則行っておらず、それを行った症例は対象に含めていない。

生検は、到達が容易で偶発症や後遺障害の発生を可及的

に回避できると考えられる部位から、当該病変を代表できると思われる臨床所見を呈し、かつ白色部分と赤色部分を同一標本内に含めることのできる箇所を選んで行った。病理組織検査においては、上皮下の帯状リンパ球浸潤、角化異常と上皮突起の鋸歯状延長、基底細胞融解、有棘細胞と基底細胞の海綿状変性、Civatte 小体の有無を評価し診断した。統計学的有意差の検定には χ^2 検定を用いた。

結 果

1. 性差と年齢分布（図 1）

患者 135 名のうち、男性は 30 名、女性 は 105 名で、男女比は 1：3.5 であった。平均年齢は 60.7 歳であり、男女とも 60 歳代が最も多く、次いで 50 歳代であった。

2. 主訴（図 2）

主訴として最も多かったのは接触痛（37 名、27.4%）、次いで灼熱感（21 名、15.5%）であった。疼痛のため摂食障害を訴えていた症例は 17 名（12.6%）であった。また不快症状を訴えていなかった症例は、精査希望、粘膜の粗造感、その他を合わせて 60 名（44.4%）であった。

3. 病変数と部位別頻度（図 3）

OLP と臨床診断された病変の総数は 315、1 症例あたりの平均病変数は 2.33 であった。

最好発部位は固有頬粘膜（96 病変、30.5%）、次いで歯肉頬移行部（76 病変、24.1%）、歯肉（74 病変、23.5%）の順に多く認められた。

左右両側に病変を有するのは 106 症例（78.5%）、片側に病変を有するのは 29 症例（21.5%）であった。

¹⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎口腔外科学分野（主任：小村 健教授）

²⁾ 東京医科歯科大学硬組織疾患ゲノムセンター先端診断法開発部門（主任：小村 健教授）

〔受付：2009 年 3 月 9 日、受理：2009 年 5 月 10 日〕

図 1 対象患者の男女別年齢分布

図 3 病変の部位別頻度

図 2 主訴

4. 病変の臨床視診型 (図 4)

Andreasen の分類⁴⁾に従って、病変の臨床視診型を網状型、びらん型、萎縮型、斑状型、丘疹型、水疱型の 6 型に分類した。なお、6 型のいずれかに当てはまる病変を単一型、連続する同一病変内に 2 つ以上の異なる型の病変が含まれ、それぞれがごく一部ではなく病変全体である程度の割合を占めているものを混合型として分類した。

単一型病変は 315 病変中 179 (56.8%)、混合型病変は 136 (43.2%) であった。最も多くみられたのは網状・びらんの混合型 (72 病変, 22.9%) であり、次いでびらん型 (67 病変, 21.3%)、網状型 (61 病変, 19.4%) の順に多く認められた。

5. 病理組織診断 (表 1)

全症例に対して病理組織検査を実施した。上皮下の著明な帯状リンパ球浸潤とともに OLP に特徴的な組織変化がみられ OLP と病理組織診断されたものは 88 例 (65.2%)、上皮下リンパ球浸潤などは著明でないが OLP と診断して矛盾がないもの (OLP-compatible) は 23 例 (17.0%)、両者を合わせると 111 例 (82.2%) であった。

図 4 病変の臨床視診型分類 (Andreasen 分類⁴⁾を改変)

病理組織診断が OLP でなかったものは 24 例 (17.2%)、うち過角化症 9 例 (6.7%)、潰瘍 7 例 (5.2%)、扁平上皮癌 2 例 (1.5%)、その他 6 例 (4.4%) であった。

6. 治療 (図 5)

OLP または OLP-compatible の病理組織診断が得られた 111 例のうち、105 例に対して局所ステロイド療法を行った。病変への軟膏塗布が可能であり、自覚・他覚症状が比較的軽い 98 例にトリアムシノロンアセトニド (TR) 軟膏を用い、TR 軟膏を 2～4 週間使用して明らかな症状の改善がみられないか、または初診時から比較的強い自覚・他覚症状を呈する 34 例にフルオシノニド (FCN) 軟膏を用いた。軟口蓋や舌根部などに病変があり、患者自身による軟膏塗布が困難な症例、または広範囲に病変がみられ、かつ比較的軽微な症例に対しては、プロピオン酸ベクロメタゾン (BDP) 噴霧薬 (8 例) またはデキサメタゾン

表 1 病理組織診断

病理組織診断名	症例数(%)
OLP	88(65.2)
OLP-compatible	23(17.0)
小計	111(82.2)
過角化症	9(6.7)
潰瘍	7(5.2)
扁平上皮癌	2(1.5)
その他	6(4.4)
小計	24(17.8)
総計	135(100)

図 5 局所ステロイド療法における使用薬剤
 時期を変えて複数の薬剤を使用した症例を含む。TR = トリアムシノロンアセトニド軟膏, FCN = フルオシノニド軟膏, BDP = プロピオン酸ベクロメタゾン噴霧薬, DEX = デキサメタゾン含嗽液。

(DEX) 含嗽薬 (6 例) を用いた。ステロイド療法を実施しなかった 6 例には、ジメチルイソプロピルアズレン軟膏、同含嗽薬、ポビドンヨード含嗽薬、または塩酸ベンゼトニウム含嗽薬を用いた。

7. コントロール良好例と不良例の比較 (表 2-4)

TR 軟膏で症状の改善がみられた症例をコントロール良好群 (以下, 良好群), TR 軟膏が奏効しない, または強い症状のために FCN 軟膏を使用した症例をコントロール不良群 (以下, 不良群) とし, 治療に対する反応性と臨床病態の関係について比較検討を行った。BDP 噴霧薬または DEX 含嗽薬を用いた計 14 例は, いずれもこれらの製剤で 2 ~ 6 週間以内に症状の改善がみられたため, 良好群に含めた。

OLP または OLP-compatible と病理組織診断された 111 例のうち, 男性は 24 名, 女性は 87 名, 男女比は約 1 : 3.6 であった (表 2)。良好群は男性 14 名, 女性 63 名で男女比は 1 : 4.5, また不良群は男性 10 名, 女性 24 名で男女比は 1 : 2.4 であった (表 2)。不良群において男性の比率が

表 2 コントロール良好群と不良群の男女別内訳
症例数 (%)

	良好群	不良群	計
男	14(58.3)	10(41.7)	24(100)
女	63(72.4)	24(27.6)	87(100)
計	77(69.4)	34(30.6)	111(100)

表 3 良好群と不良群における病理組織診断の内訳
症例数 (%)

	良好群	不良群	計
OLP	61(69.3)	27(30.7)	88(100)
OLP-compatible	16(69.6)	7(30.4)	23(100)
計	77(69.4)	34(30.6)	111(100)

表 4 良好群と不良群における病変数

	良好群	不良群
病変総数	180	86
1 症例あたりの病変数	2.34	2.53
多発症例 (各群における%)	59(76.5)	33(97.1)
	$p = 0.009$	

表 5 良好群と不良群における病変臨床視診型の内訳
病変数 (%)

	良好群	不良群
網状	29(16.1)	15(17.4)
びらん	37(20.6)	19(22.1)
萎縮	12(6.7)	7(8.1)
網状・びらん	33(18.3)	29(33.7)
	$p = 0.005$	
病変総数	86(100)	180(100)

多い傾向がみられたが, 両群の男女比に有意差はなかった ($p = 0.189$)。

病理組織診断との関連を比較検討したところ, 良好群においては OLP が 61 例, OLP-compatible が 16 例で両者の比は 1 : 0.26, また不良群においては OLP が 27 例, OLP-compatible が 7 例で比は 1 : 0.26 であり, 両群に有意差はみられなかった (表 3)。

病変の数および臨床視診型についても比較検討を行った (表 4, 5)。病変の総数は良好群 180, 不良群 86 で, 1 症例あたりの平均病変数はそれぞれ 2.34 と 2.53 であった。多発性に病変を有する症例 (多発症例) は, 良好群で 77 例中 59 例 (76.6%) であったのに対し, 不良群で 34 例中

33 例 (97.1%) であり, 良好群と比較して不良群において多発症例が有意に多かった ($p = 0.009$) (表 4)。また病変の臨床視診型別の比較では, 網状型, びらん型, 萎縮型のいずれも良好群と不良群の間に頻度の差はなかったが, 網状・びらん混合型は不良群で有意に多く ($p = 0.005$), 良好群で計 180 病変中 33 病変 (18.3%), 不良群で計 86 病変中 29 病変 (33.7%) であった (表 5)。

考 察

今回の報告は, 最近 5 年間に当科を受診し OLP と臨床診断された患者を対象とした医療機関別統計 (clinic-based study) である。したがって, 外来診療時間帯, 立地条件, 通院圏内の住民の医療に対する意識などの社会学的要因による偏りがあることを前提とすべきだが, 得られた結果は従来の報告と大筋で一致していた。以前から OLP は女性に多いとされており⁵⁾, 最近 10 年の他施設による統計でも同様の結果が報告されている^{1, 6-8)}。一方, ある地域の住民全体を対象とした人口統計学的検討 (population study) では性差があまりないか逆転している報告も少なくない⁹⁻¹¹⁾。われわれの結果では男女比 1 : 3.5 と圧倒的に女性が多かったが, やはり上記のような対象群の偏りを考慮した上で解釈すべきと思われる。すなわち, 実際には多くの男性 OLP 患者が受診機会を持たないまま潜在化している可能性を留保すべきかも知れない。患者の平均年齢は 60.7 歳, 好発年代は男女とも 60 歳代, 次いで 50 歳代であり, 過去の報告と大体一致している^{5, 12, 13)}。

一般に, 最も割合が多いとされる網状の白斑を主体とする病変では概して症状に乏しく, びらんや萎縮を主体とする病変ではさまざまな程度の不快症状を訴えたとされる^{2, 14)}。われわれの統計では, 55.6% の患者が接触痛, 灼熱感, またはこれらが高じての摂食障害を訴えていた。これらのような明確な不快症状はないが, 何らかの異常を自覚して来院した患者は 30.3% (粗造感および「その他」) であり, その多くはマスメディアによる医療報道が受診動機形成のきっかけになったとのことであった。また, 他の医療機関を受診したものの精査・加療されず放置されていた症例も一部あった。OLP は癌や前癌病変との鑑別診断が重要な疾患であり, 予防医学的見地からも医療関係者と一般市民双方の啓発がより一層求められる。

症例あたりの平均病変数は 2.33 と口腔内に複数の病変を有する症例が多く, これは過去の報告と一致していた^{5, 12, 13)}。われわれが経験した症例で特記すべきは, 歯肉頬移行部を中心に病変がみられるものが多いことであり, 今回の統計では最好発部位の固有頬粘膜 (30.5%) に次ぐ好発部位であった (24.1%)。われわれが渉猟し得た他施設の報告では, 発症部位で固有頬粘膜と歯肉頬移行部を区別して集計したものはなく, いずれも広義の頬粘膜または

歯肉に分類されているようである。しかし, 歯肉頬移行部は初発部位として多いだけでなく, 治療を進めていくと病変が同部に収束し長期間残存する症例をわれわれは多く経験しており, 同部の OLP の病態や治療についてはさらに詳細に検討する必要があると考えている。

OLP 病変の臨床視診型分類としては, Andreasen の 6 型分類⁴⁾, Silverman の 3 型分類¹⁵⁾ などが知られている。本研究では従来の臨床分類の妥当性を再検討する目的で, 分類項目が多くかつ広く用いられている Andreasen 分類を採用した。ただし, 同一病変内に複数の異なった臨床視診型を呈するものが相当数みられたため, これらを「混合型」として別に分類した。通常, 単一型の病変が他の病型を含まず純粋にそれだけで病変を形成していることはほとんどなく, 「混合型」の定義は厳密には困難であるが, 本研究ではおおまかに, 病変の大部分またはほとんどがある一型で表現できるものを単一型, 2 つ以上の病型がそれぞれある程度の割合を占めているものを混合型とした。その結果, 網状・びらん混合型の割合は 22.3% と, 網状型 (19.4%) やびらん型 (21.3%) よりも多かった。また, 混合型に分類された症例は 42.9% にのぼった。網状・びらん混合型は, 網状型とびらん型が隣接して連続した病変を成しているものや, 網状ないし線状の白斑の間に所々びらんがみられるものなど様々であり, 従来の分類では網状型, びらん型, あるいは環状型などとされるであろう病型である。本研究では, 角化傾向は強いが炎症所見やびらんが著明でない病変を網状型とし, 特徴的な網状型の白斑の間または近接してびらんがある程度の割合で存在する網状・びらん混合型と明確に区別した。実際に自覚症状でも前者でごく弱く後者で強い傾向がみられた。なお今回収集した症例群では, 網状の白斑と紅斑がともにみられる網状・萎縮混合型はむしろ少なく, 赤色部分にある程度の面積でびらんを呈する病変が多く認められた。このように, 従来の分類に当てはめることが難しい病変が多くみられる一方, 丘状型と水疱型のように合計しても 2.6% と非常に少ない病型があり, これらの結果から, 症状や病理病態学的知見, また OLP と扁平苔癬様病変をどのように区別するかという問題^{13, 16, 17)}なども考慮しつつ OLP の臨床視診型分類を再検討する必要があることが示唆された。

OLP における臨床診断と病理組織診断の不一致については従来から指摘され問題にされてきた¹⁶⁻¹⁹⁾。そもそも OLP の臨床診断基準自体がいまだ統一されておらず, WHO の提唱する厳密な診断基準²⁰⁾ を適応した報告^{16, 18, 19)}がある一方, その問題点を指摘する報告¹³⁾もある。われわれは, 病変が両側性にみられなくとも Andreasen 分類で表現できる視診型を呈し, かつ金属アレルギーによる扁平苔癬様病変など他の疾患に診断されないものを OLP と臨床診断した。病理組織診断との一致率は, OLP-compatible

ibleを含めると82.2%, 典型像を呈しOLPと確定診断された症例に限ると65.2%であった。van der Meijら¹⁹⁾は、臨床・病理診断一致率が50%であったと報告しており、われわれの方がやや高いが、彼らは4人の臨床医と5人の病理医の診断一致を基準にしており、単純な比較は避けるべきである。やはり、OLPの診断は容易ではないと言わなければならない。われわれの不一致症例では過角化症または潰瘍と診断されたものが多いが、これは組織片の採取部位選択、病変への物理的・微生物学的修飾、または診断医の間での見解の相違などが原因である可能性が考えられた。OLPとOLP-compatibleの区別に関しては、当施設においても明確な診断基準が用いられておらず、「全体的な印象でのリンパ球浸潤の程度」「基底膜の破壊や上皮層の変化の程度」などから主に主観的に診断を行っている。何らかの客観的な基準を設けて両者を厳密に峻別するのが望ましいと考えるが、現在のところ広くコンセンサスの得られる診断基準がなく、また本検討でOLPとOLP-compatibleの間で何らかの有意差はみられなかったことから、今回は敢えて厳密な区別は行わなかった。

当科では原則として、OLPまたはOLP-compatibleの確定診断が得られた後に局所ステロイド療法を開始している。第一選択はTR軟膏であり、通常カルボキシメチルセルロースナトリウムを基剤とした軟膏を使用している。今回の検討でも111例中105例に対してTR軟膏を使用した。病変の範囲が広い症例や軟膏塗布が困難な症例に対しては、BDP噴霧薬またはDEX含嗽薬を適宜選択し使用した。また、治療開始時から比較的強い自覚・他覚症状を呈している症例、またTR軟膏を2～4週間使用して症状の改善が得られなかった症例に対しては、第II群 (very strong) ステロイドであるFCN軟膏を使用した。以前の当科での臨床的検討により、難治性OLPに対するFCN軟膏の有効性が確認されている²¹⁾。TR軟膏の効果判定とFCN軟膏への変更にあたっては、Thongprasomらによるsign score²²⁾などの客観的な指標、あるいはVASなどによる明確な基準を設定するべきと考える。しかし、病変の大きさと自覚症状の強さが必ずしも相関しないこと、またVASによる判定を試みたところ、同一患者でも大きくばらつくことがあり信頼性に疑問が感じられたことから、今回は患者が治療による改善を自覚しているかどうかを聴取し、病変の視診上の変化と合わせて判断基準とした。平均病変数では、FCN軟膏を使用しなかったコントロール良好群と、FCN軟膏を使用したコントロール不良群の間に有意差はなかったが、多発性の病変を有する症例の割合は不良群において有意に大きく、不良例のほとんどは多発症例であった。つまり、病変数の多さと治療抵抗性は必ずしも比例しないが、単一の病変を有する症例は局所ステロイド療法に比較的よく反応する傾向がみられた。また病変の

臨床視診型別では、網状型、びらん型、および萎縮型の病変の割合は両群で差がみられなかった。これに対し、網状・びらん混合型病変は不良群において有意に多くみられ、この型の病変は他の型より治療抵抗性が高いことが示唆された。ただし、治療効果はステロイド外用薬の薬効の強さだけで決まるのではなく、パルス療法と維持療法の組み合わせかた、異なった薬剤の使い分け、補助療法の併用など様々な要因によっても左右される。また、症状が比較的強い症例に対しては最初からTR軟膏ではなくFCN軟膏を用いていること、軟膏塗布困難な病変がある症例にはBDP噴霧薬やDEX含嗽薬を選択していることから、今回のこのような結果には多少のバイアスが掛かっていることが考えられる。初回にどの製剤を選択し、いつどのような基準で変更するかという基準をより明確にした上で、再度見直しを行う必要がある。臨床病態と治療抵抗性との関連については、今後より注意深く詳細な検討を行っていく予定である。

結 語

今回われわれは、OLPと臨床診断された135例を対象に臨床的検討を行った。

1. 男女比は1:3.5, 好発年代は男女とも60歳代であった。
2. 好発部位は頬粘膜、次いで歯肉頬移行部、歯肉の順であった。
3. 病変の臨床視診型では網状・びらん型が最も多く、次いでびらん型、網状型の順に多くみられた。
4. 病理組織診断がOLPまたはOLP-compatibleであった症例に対して局所ステロイド療法を行った。コントロールが不良な症例群では、良好な症例群に比較して病変が多発性にみられる症例の割合が大きく、また網状・びらん型病変がより多くみられた。

本論文の要旨は、第18回日本口腔粘膜学会総会・学術集会(2008年9月18, 19日, 東京)において発表した。

文 献

- 1) McCartan BE and Healy CM: The reported prevalence of oral lichen planus: a review and critique. J Oral Pathol Med 37: 447-453, 2008.
- 2) Scully C and Carrozzo M: Oral mucosal disease: Lichen planus. Br J Oral Maxillofac Surg 46: 15-21, 2007.
- 3) 伊東大典, 南雲正男: 口腔扁平苔癬—基礎的研究の進歩—. 日口粘膜誌 1: 1-16, 1995.
- 4) Andreasen JO: Oral lichen planus. I. A clinical evaluation of 115 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 25: 31-42, 1968.
- 5) 南雲正男: 口腔粘膜の扁平苔癬について. 新歯科時報 3: 19-23, 1980.
- 6) Axéll T, Zain RB, Siwamogstham P, et al: Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai

- dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 18 : 95-99, 1990.
- 7) Jainkittivong A, Aneksuk V and Langlais RP: Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 218-223, 2002.
 - 8) Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, et al: The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis* 14 : 356-366, 2008.
 - 9) Mehta FS, Gupta PC, Daftary DK, et al: An epidemiologic study of oral cancer and precancerous conditions among 101,761 villagers in Maharashtra, India. *Int J Cancer* 10 : 134-141, 1972.
 - 10) Reichart PA: Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 28 : 390-398, 2000.
 - 11) Lin HC, Corbet EF and Lo EC: Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res* 80 : 1480-1485, 2001.
 - 12) Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada-Nur F, et al: A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 72 : 665-670, 1991.
 - 13) 桂 智子, 墨 哲郎, 岩井聡一, 他 : 口腔の扁平苔癬および扁平苔癬様病変形成における金属アレルギーの関与. *日口粘膜誌* 13 : 1-7, 2007.
 - 14) Edwards PC and Kelsch R: Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc* 68 : 494-499, 2002.
 - 15) Silverman S Jr, Gorsky M and Lozada-Nur F: A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 60 : 30-34, 1985.
 - 16) van der Meij EH, Mast H and van der Waal I: The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol* 43 : 742-748, 2007.
 - 17) Onofre MA, Sposto MR, Navarro CM, et al: Potentially malignant epithelial oral lesions: discrepancies between clinical and histological diagnosis. *Oral Dis* 3 : 148-152, 1997.
 - 18) van der Meij EH, Schepman KP, Plonait DR, et al: Interobserver and intraobserver variability in the clinical assessment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 31 : 95-98, 2002.
 - 19) van der Meij EH and van der Waal I: Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med* 32 : 507-512, 2003.
 - 20) WHO Collaborating Centre For Oral Precancerous Lesions: Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 46 : 518-539, 1978.
 - 21) 有川稔多加, 高橋雄三, 戸田ひとみ, 他 : 口腔粘膜疾患に対するフルオシノニドならびにプロピオン酸クロベタゾール口腔用軟膏の治療効果に関する臨床的検討. *日口粘膜誌* 8 : 45-51, 2002.
 - 22) Thongprasom K, Luangjarmekorn L, Sererat T, et al: Relative efficacy of fluocinolone acetonide compared with triamcinolone acetonide in treatment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 21 : 456-458, 1992.
- 別冊請求先 :** 伊東大典 〒113-8549 東京都文京区湯島 1-5-45
東京医科歯科大学歯学部附属病院顎口腔外科

Clinical Study on 135 Cases of Oral Lichen Planus

Daisuke ITO^{1,2)}, Masaru SATO¹⁾, Yuri KURIBAYASHI¹⁾,
Chanwit PRAPINJUMRUNE¹⁾, and Ken OMURA^{1,2)}

¹⁾ *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Graduate School,
Tokyo Medical and Dental University*

(Chief: Prof. Ken OMURA)

²⁾ *Department of Advanced Molecular Diagnostics and Maxillofacial Surgery,
Hard Tissue Genome Research Center, Tokyo Medical and Dental University*

(Chief: Prof. Ken OMURA)

J. Jpn. Oral Muco. Membr., 15 : 22 ~ 28, 2009

Abstract : Here we report a clinical study on 135 patients who were clinically diagnosed as oral lichen planus (OLP). The patients were 30 males and 105 females; the male/female ratio was 1:3.5. The mean age was 60.7, and the peak of age distribution was the seventh decade both in males and females. The most frequently affected site was buccal mucosa (30.5%), followed by gingivobuccal fold (24.1%) and gingiva (23.5%). The reticular-erosive mixed lesions were most frequently observed (22.9%), followed by erosive (21.3%) and reticular (19.4%) type lesions. One hundred and eleven cases (82.1%) were histopathologically diagnosed as OLP or OLP-compatible, and topical steroid therapy was administered to 105 patients out of them. There found significantly more patients with multiple lesions and reticular-erosive lesions in the therapy-resistant and poorly-controlled group than the therapy-responding and well-controlled group.

Key words : oral lichen planus, clinical study, topical steroid therapy, clinical lesion pattern

Reprint requests to Daisuke ITO, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University, 1-5-45, Yushima Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8549, Japan.

[Received March 9, 2009 : Accepted May 10, 2009]