

# بیان نشان‌گرهای مهارکننده‌های بافتی ماتریکس متالوپروتئیناز ۹ و ۲ در لیکن پلان اروزیو، غیر اروزیو و هیپرپلازی آماسی مخاط دهان به روش ایمونوهیستوشیمی

دکتر زهرا دلاوریان<sup>۱</sup>، دکتر نوشین محتشم<sup>۲</sup>، دکتر عباس جوادزاده بلوری<sup>۳</sup>، دکتر شهاب باباکوهی<sup>۴</sup>، دکتر بردیا صدر<sup>۵</sup>

دکتر محمد تقی شاکری<sup>۶</sup>، دکتر کامبیز کامیاب حصاری<sup>۷</sup>، دکتر فرناز بیدرام<sup>۸</sup>

۱- بخش بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی؛ ۲- مرکز تحقیقات دندانپزشکی؛ ۳- بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ ۴- بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۵- گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ ۶- گروه آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

**زمینه و هدف:** لیکن پلان دهانی نوعی بیماری التهابی پوستی-مخاطی مزمن است که به صورت یک وضعیت پیش بدخیم تعریف می‌شود.

Matrix metalloproteinase-2 (MMP-2) و Matrix metalloproteinase 9 (MMP-9) پروتئینازهایی هستند که تهاجم سلول‌های تومورال به بافت هم بند را تسهیل می‌کنند و در ضایعات پیش بدخیم و بدخیم بیش از حد معمول ظاهر می‌شوند. هدف از این مطالعه تعیین بیان نشان‌گرهای مهارکننده بافتی ماتریکس متالوپروتئیناز ۹ و ۲ (MMP-2 و 9) در لیکن پلان دهانی اروزیو و لیکن پلان غیراروزیو و هیپرپلازی آماسی به روش ایمونوهیستوشیمی بود.

**روش اجرا:** در این مطالعه مقطعی، ۳۹ بلوک مربوط به لیکن پلان دهانی غیراروزیو (با و بدون دیسپلازی)، ۳۶ نمونه لیکن پلان دهانی اروزیو (۱۱ مورد دیسپلاستیک و ۲۵ مورد بدون دیسپلازی)، ۳۲ بلوک مربوط به هایپرپلازی آماسی و ۶ بلوک مربوط به بافت نرمال از آرشیو بخش آسیب‌شناسی دانشکده دندانپزشکی مشهد انتخاب و به روش ایمونوهیستوشیمی با نشان‌گرهای MMP-2 و MMP-9 رنگ آمیزی شد. به منظور مقایسه‌های آماری از آزمون‌های Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و ضریب همبستگی Spearman استفاده شد.

**یافته‌ها:** بیش‌ترین میانگین MMP-2 و MMP-9 (درکل ضخامت اپیتلیوم) در لیکن پلان اروزیو دیسپلاستیک مشاهده شد (به ترتیب:  $31/6 \pm 3/73/68/1$  و  $94/5 \pm 3/73/68/1$ ). میزان بیان MMP-9 در انواع لیکن پلان اروزیو در قیاس با لیکن پلان غیراروزیو در همه لایه‌ها ( $P < 0/001$ ) و در مورد MMP-2 در لایه بازال-پارابازال و خاردار (به ترتیب:  $P = 0/008$  و  $P < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری داشت.

**نتیجه‌گیری:** افزایش خطی بروز این مارکرها از سمت مخاط نرمال تا لیکن پلان دهانی اروزیو بیان‌گر تفاوت در رفتار بیولوژیک لیکن پلان دهانی غیر اروزیو و اروزیو است. بنابراین می‌توان گفت لیکن پلان دهانی اروزیو، پتانسیل پیش بدخیمی بیش‌تری از لیکن پلان دهانی غیر اروزیو دارد.

**کلید واژه‌ها:** لیکن پلان دهانی، مهارکننده بافتی ماتریکس متالوپروتئیناز ۲، مهارکننده بافتی ماتریکس متالوپروتئیناز ۹

پوست و زیبایی، بهار ۱۳۸۹؛ دوره ۱ (۱): ۶-۱۳

دریافت مقاله: ۸۸/۱۱، پذیرش: ۸۸/۹/۱۵

## مقدمه

انواع بالینی آن شامل: رتیکولر، پاپولر، شبه پلاک، بولوز، آتروفیک و اروزیو است که اغلب به طور هم‌زمان، بیش از یک نوع مشاهده می‌شود.<sup>۱</sup> توزیع تظاهرات بالینی متفاوت OLP به میزان التهاب زیر اپی‌تلیالی مربوط است. شایع‌ترین محل ابتلا، دهان، مخاط گونه (اغلب دوطرفه) است و به دنبال آن زبان، لثه، لب‌ها محل شایع بروز ضایعات هستند.<sup>۱</sup>

مخاط ناحیه تناسلی، شایع‌ترین ناحیه مخاطی خارج دهانی درگیر است با این توضیح که بین شدت درگیری دهان و ناحیه تناسلی ارتباطی دیده نشده است.<sup>۱</sup> لیکن پلان مری نیز ممکن است در بعضی بیماران هم‌زمان با OLP رخ دهد که شکایت اصلی اختلال در بلع

لیکن پلان، نوعی بیماری مزمن پوستی-مخاطی نسبتاً شایع با علت ناشناخته است اما سیستم ایمنی در بروز این بیماری نقش اولیه‌ای دارد. نشانه‌های هیستوپاتولوژیک نیز تأییدی بر این مطلب است.<sup>۱</sup> میانگین سنی بیماران در زمان تشخیص تقریباً ۵۵ سال و نسبت زنان به مردان، ۳ به ۲ گزارش شده است.<sup>۱</sup>

درگیری پوست و مخاط هر دو یا هر یک از آن‌ها به تنهایی گزارش شده است و تقریباً در ۱۵٪ بیماران مبتلا به Oral Lichen Planus (OLP) ضایعات پوستی مشاهده می‌شود. ضایعات مخاطی در لیکن پلان شیوع دارد و شایع‌ترین جایگاه آن مخاط گونه است.