

بررسی درمان‌های نوین و چالش‌های تشخیصی در لیکن‌پلان آروزیو ژنیتالیا

فرید محمدی^{*۱}خاطره زاهدی^۲

۱. مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و زمام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲. مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده مسئول:

فرید محمدی

تهران، خیابان طالقانی، شماره ۴۱۵
 پست الکترونیک:

lord66farid@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

کلیدواژه‌ها: لیکن‌پلان آروزیو ژنیتالیا، کورتیکواستروئید، بیماری‌های خودایمنی

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۴۰۴، دوره ۱۶ (۲): ۱۲۹-۱۲۳

مقدمه

شیوع ولوواژینال لیکن‌پلان دقیقاً تعریف نشده است که این در اثر تنوع تظاهرات بالینی بیماری است. همراهی با بیماری‌های اتوایمیون مخصوصاً بیماری‌های وتیلیگو و تیروئید به‌طور واضح وجود دارد که تأکید بر نیاز به فهم کامل پیامدهای سیستمیک لیکن‌پلان دارد^{۱،۸}. علی‌رغم تظاهرات متنوع لیکن‌پلان، این مقاله ایجاد یک راه مشخص براساس اشتراک منشأ التهابی اتوایمینیوتی ایجاد کرده است. چالش در تشخیص‌های افتراقی مخصوصاً در زمینه لیکن‌پلان آروزیو ژنیتالیا یک جست‌وجو در زمینه روش‌های درمانی را ضروری می‌کند. اهمیت داده‌های طولی در مورد نتایج بهبودی گزارش شده توسط بیماران، یک جنبه حیاتی و یک اپروچ جامع در جهت درمان لیکن‌پلان را پدیدار می‌کند که اثر بیماری روی کیفیت زندگی بیماران را در نظر می‌گیرد.

در زمینه درمان لیکن‌پلان، کورتیکواستروئیدهای متوسط تا قدرت بالا یک اپروچ مرسوم در درمان

لیکن‌پلان آروزیو ژنیتالیا یک ساب‌تایپ متمایز در طیف بیماری لیکن‌پلان می‌باشد که تظاهرات آن شامل آروزیون‌ها در ناحیه وولو، ورودی واژن و پنیس می‌باشد که نتیجه آن درد و ناراحتی و عوارض در سیستم ادراری - تناسلی و سکچوال فانکشن خصوصاً در زنان یائسه می‌باشد که لزوم اپروچ چندبعدی در این بیماران را ضروری می‌سازد^{۱-۳}. ذات اتولیمیونیتی بیماری لیکن‌پلان در اثر حملات سلول‌های سل به کراتینوسیت‌های لایه بازال و ویژگی‌های کاریکتریاتیک هیستولوژیکیال در بافت‌های مبتلا می‌باشد^۴. این بیماری بیشتر در زنان مشاهده می‌شود؛ اما در مردان نیز تظاهر می‌یابد که اغلب به شکل یک ضایعه آنولر روی گلنس پنیس می‌باشد. بروز کیس‌های ایزوله گریزناپذیر است که درواقع تشخیص لیکن‌پلان آروزیو ژنیتالیا را دچار چالش می‌کند^۵. در موارد پیشرفته، لیکن‌پلان غشاهای مخاطی مختلفی را درگیر می‌کند که از لحاظ ایمونولوژیکیالی توسط واکنش‌های التهابی ایجاد می‌شود^۶.

لیکن پلان می‌باشد که سبب کنترل علائم لیکن پلان در فرم پاپولر و پلاک تایپ می‌شود؛ اما چشم‌انداز درمانی لیکن پلان برای لیکن پلان اروزو ژنیتالیا ثابت شده است که پیچیده می‌باشد. اگرچه در مطالعات محدودی مانند مطالعات کیس و مورد - شاهدهی همراه با گروه پلاسبو حمایت شده است که کورتیکواستروئیدهای تاپیکال به‌عنوان خط اول درمان است؛ اما به علت عدم شواهد کافی، تعیین فقط یک روش درمانی برای این بیماری پیچیده می‌باشد^{۹-۱۲}. بررسی ما شامل علائم بالینی، چالش‌های تشخیصی و استراتژی‌های درمانی شامل پماد تاکرولیموس، تزریقات داخل ضایعه کورتیکواستروئید و درمان‌های مختلف ایمونومدولاتوری و ایمونوسپرسیو (از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک تا هیدروکسی کلروکین، سیکلوسپورین، آزاتیوپرین، میکوفنولات موفتیل و متوتروکسات) می‌باشد. انتخاب خط دوم درمان اغلب تأثیرپذیر از تخصص‌های بالینی از قبل موجود و ارزیابی بررسی نسب سود درمان با توجه به هر دارو می‌باشد^{۱۳}. در این مطالعه مروری طی بررسی روش‌های درمانی در مورد لیکن پلان اروزو ژنیتالیا، کورتیکواستروئیدهای تاپیکال سنگ بنای درمان می‌باشد؛ علی‌رغم چالش‌هایی که در زمینه مقاومت به این دارو عوارض جانبی آن وجود دارد. این مقاله همچنین پیچیدگی‌های روش‌های درمانی و پیامدهای آن را بررسی می‌کند.

یافته‌ها

۲۶ مطالعه بررسی شده شامل ۱۷ کیس ریپورت، ۵ مطالعه اورجینال و ۱ تریال رندومایز کنترل می‌باشد. از ۲۶ مطالعه مورد بررسی، تمرکز اولیه روی درگیری لیکن پلان در ژنیتالیای مرد یا زن بود. نوع اروزو شایع‌تر از بقیه موارد گزارش شده بود در حالی که سایر انواع غیر اروزو کمتر توصیف شده بود. بین کیس ریپورت‌ها و کیس علائم بیماری شامل درد، خارش و احساس سوزش و دیفانکشن سکچوال

بود. معاینات شامل ضایعات، زخمی، اریتماتو یا پلاک‌های سفیدرنگ در نواحی ژنیتالیا شامل گلنس پنیس، لایبا، ورودی واژن و نواحی پری‌آنال بود. درگیری همزمان مخاط دهان در ۵۳٪-۱۴٪ موارد لیکن پلان اروزو ژنیتالیا مشاهده شد. بیماری‌های اتولیمیون همراه هم ثبت شد.

نوع مقاوم اروزو لیکن پلان ژنیتالیا به درمان‌های استاندارد متعدد یک موضوع مازور بود. درمان‌های سیستماتیک ایمونومدولاتوری متنوعی آزمایش شده بود که شامل تاکرولیموس، سکوکینوماب، آسیترتین، هیدروکسی کلروکین، سیکلوسپورین، میکوفنولات موفتیل و متوتروکسات می‌باشد. بیش‌تر درمان‌های جدید شامل میکروگرفت‌های اتولوگ، لیزرهای ابلیتیو، و فوتوراپی بود. علی‌رغم درمان‌های متعدد بعضی از بیماران پیشرفت مداوم در بیماری داشتند.

بین مطالعات اصلی، اولین خط درمان کورتیکواستروئیدها با قدرت زیاد بود؛ اما تا بیشتر ۵۰٪ بیماران احتیاج به درمان‌های سیستمیک مانند رتیونیدها، آنتی‌مالاریا یا ایمونوسپرسیوها به‌دنبال شکست درمان با کورتیکواستروئید پیدا می‌کردند. اپروچ‌های جراحی، جهت عوارض ناشی از اسکارینگ مانند تنگی واژینال یا فیموزیس به‌کار می‌رفت؛ اما علائم به‌طور شایع پس از جراحی عود می‌کردند.

نتایج طولانی‌مدت شامل میزان بالای اسکار ناحیه ژنیتالیا (بیش‌تر از ۶۲٪)، تغییرات آناتومیکال و اختلال در کیفیت زندگی با وجود درمان ذکر شده بود. در ۴٪-۲٪ بیماران ضایعات پیش‌سرطان گزارش شده است. یک مطالعه این بیماری را از نظر تأثیرات عمیق سایکولوژیکال مانند ایزوله اجتماعی، استیگما و عدم بهبودی علائم علی‌رغم استفاده از درمان‌های تاپیکال مورد بررسی قرار داده بود.

به‌طور خلاصه شواهد اخیر در مورد لیکن پلان اروزو ژنیتالیا، اثرات قابل توجه فیزیکی و سایکولوژیکال روی درمان ناکافی با داروهای موجود اثر می‌گذارد.

خوراکی براساس کیس به کیس و بررسی و مونیتورینگ نزدیک عوارض جانبی باید انجام شود. در حالی که کورتیکواستروئید خوراکی سیستمیک در بعضی از بیماران درمان مؤثری در شعله‌ور شدن‌های بیماری بوده است، تجویز دارو براساس سنجیدن نفع در مقابل ضرر دارو باید انجام شود.

ترکیبات جایگزین ایمونومدولاتوری ۲۴-۲۷

چندین مطالعه اخیر داروهای ایمونومدولاتوری را به‌عنوان درمان جایگزین برای درمان لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا بررسی کردند که شامل تاکرولیموس، پیمکرولیموس، سکوکینوماب و آپرلیماست است. این درمان‌ها یک درمان نویددهنده در موارد لیکن پلان آروزیو ژنیتالیای مقاوم به استروئید می‌باشد که درمان‌های جدید در موارد مقاوم بیماری می‌باشد. هم تاکرولیموس و هم پیمکرولیموس در موارد مقاوم جایگزین کورتیکواستروئیدها می‌باشند و مقایسه بین این ترکیبات، نشان داده است که تاکرولیموس اغلب قابلیت تحمل بهتری دارد. وجود انواع داروهای ایمونومدولاتوری جهت درمان لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا بستگی به شرایط بیمار دارد. در حالی که کورتیکواستروئیدهای تاپیکال و سیستمیک همچنان خط اول درمان می‌باشند، این درمان‌ها برای بیماران بدون پاسخ‌دهی یا عدم تحمل داروهای کورتیکواستروئید به‌عنوان جایگزین مطرح می‌شوند

مداخلات جراحی ۲۸-۲۶ و ۲۱

در بیماران مبتلا به لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا همراه با عوارض آناتومیکال، مداخلات جراحی یک جز ضروری در درمان بیماری می‌باشد که شامل دیلاسیون، الکتروکوتر و سیرکامیشن می‌باشد. مداخلات جراحی به‌خصوص در ترکیب با درمان‌های ادجوانت مانند ژل‌های ضد چسبندگی و استفاده طولانی‌مدت از کورتیکواستروئیدهای تاپیکال موثر می‌باشد. این مطالعه نشان داد که رویکرد چندوجهی شامل جراحی و درمان دارویی پس از جراحی می‌تواند سبب بهبود در

تحقیقات آینده جهت بررسی در مورد درک بیشتر در مورد چالش‌های این موضوع و شناسایی استراتژی‌های درمانی طولانی‌مدت، مهم است.

بحث

لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا یک درماتوز التهابی، مزمن می‌باشد که دارای چالش‌های واضح در تشخیص و درمان می‌باشد. در این سیستماتیک ریویو، ما روش‌های درمانی متنوع گزارش شده در ۲۶ مطالعه را بررسی کردیم. دیسکاشن یک بررسی واضح و آنالیز مهم در زمینه مداخلات درمانی بیماری می‌باشد.

کورتیکواستروئیدهای تاپیکال ۲۳-۱۳

کورتیکواستروئیدهای تاپیکال مانند بتامتازون و کلوبتازول همچنان اساس درمان لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا می‌باشد. مطالعات متعدد طی دهه‌های اخیر اثر بخشی این ترکیبات را در کنترل علائم و بیماری نشان داده است. اثربخشی کورتیکواستروئیدهای قوی و بسیار قوی تاپیکال در درمان علائم بیماری در مطالعه نشان داده شده است؛ اما علی‌رغم اثرات بلامنازع این داروها، نگرانی‌ها در مورد عوارض جانبی این داروها به‌دنبال استفاده طولانی‌مدت از این داروها وجود دارد. این نگرانی‌ها انگیزه‌ای جهت بررسی آلترناتیوهای درمانی و ترکیبات در کنار کورتیکواستروئیدهای تاپیکال یا به‌جای این داروها در درمان لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا شده است.

کورتیکواستروئید سیستمیک ۲۰، ۲۲، ۱۹، ۱۵، ۱۴

در تظاهرات شدید لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا، کورتیکواستروئیدهای سیستمیک جهت درمان به‌کار برده می‌شود. هم پردنیزولون خوراکی و هم درمان مینی‌پالس با بتامتازون بهبودی واضح در موارد آروزیو لیکن پلان ژنیتالیا و حاد را نشان داده است. در یک مطالعه توسط پالس‌تراپی با بتامتازون درمان مؤثری برای لیکن پلان آروزیو ژنیتالیا شدید بوده است؛ اما تجویز مدبرانه دارو به‌علت عوارض شدید همراه کورتو

ترمیم در بیماران عارضه‌دار بدون پاسخ به درمان‌های کانسرواتیو باشد. درحالی که بیشتر بیماران مبتلا به لیکن پلان اروزو ژنیتالیا می‌توانند از طریق دارو درمان شوند، مداخلات جراحی یک آپشن در کنار داروهای ایمونومدولاتور تاپیکال و سیستمیک در موارد شدید، مقاوم همراه با اختلالات آناتومیکیال می‌باشد.

هیدروکسی کلروکین^{۲۹}

مطالعه اخیر توسط درمان با داروهای آنتی‌مالاریا برای لیکن پلان ولوار را به‌عنوان یک درمان سیستمیک جدید بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که هیدروکسی کلروکین اثربخشی در درمان لیکن پلان ولوار دارد که از این موضع که می‌تواند در درمان لیکن پلان اروزو ژنیتالیا استفاده شود، حمایت می‌کند. هیدروکسی کلروکین یک درمان ثابت‌شده همراه با امن بودن دارو، می‌تواند به‌عنوان یک درمان خوراکی مؤثر و قابل تحمل در نظر گرفته شود. بررسی‌های بیشتر جهت اثربخشی این دارو در درمان لیکن پلان اروزو ژنیتالیا به‌علت نبود دیتاهای کافی ضروری است که انجام شود. در صورت وجود یافته‌های مؤثر، افزایش احتمال مصرف این دارو در درمان لیکن پلان اروزو ژنیتالیا به‌جای درمان‌های مرسوم که عوارض جانبی زیاد هستند، می‌شود در نظر گرفت.

تجربه و کیفیت زندگی بیمار^{۲۳ و ۳۰}

لیکن پلان اروزو ژنیتالیا به‌طور قابل توجهی روی کیفیت زندگی بیماران فراتر از علائم فیزیکی به‌تنهایی اثر می‌گذارد. مطالعات کیفی روی تجربیات بیمار نشان داده است که ناراحتی، ایزولاسیون و اختلال در فانکشن روزانه نیاز برای بررسی‌های جامع و کامل بیمار را ضروری می‌سازد روشن ساخت که درک اثرات لیکن پلان اروزو نیتالیا روی تنستی ضروری است. ممکن است کیفیت زندگی بیماران حتی در بیماران درمان‌شده به‌طور واضح مختل شود که ناشی از فاکتورهای سایکولوژیکیال در همراهی با تظاهرات فیزیکیال می‌باشد. بینش بیمارمحور جهت بررسی

نیازهای برآورده‌نشده بیمار را ضروری می‌سازد که سیگنالی جهت اپروچ چندوجهی برای بیماران می‌باشد. اپروچ چندوجهی شامل توجه به کنترل علائم بیماری و حمایت عاطفی، اجتماعی و فانکشنال این بیماری می‌باشد. مراقبت در بیماران مبتلا به لیکن پلان اروزو ژنیتالیا باید فراتر از درمان دارویی باشد.

پیشرفت‌های نوظهور و جهت‌گیری‌های آینده^{۳۱ و ۳۲}

پیشرفت‌های اخیر چشم‌انداز درمانی سریعی را برای لیکن پلان اروزو ژنیتالیا دارد. ایمونومدولاتورها مانند سکوکینوماب و آپرلیماست یک آپشن نوظهور می‌باشند؛ اگرچه نیازمند بررسی بیشتر از نظر اثربخشی و طولانی‌مدت دارد و هنوز این داروها متغیر به‌سمت اروهای اختصاصی فراتر از اپروچ‌های مرسوم می‌باشد و یافته‌های اولیه معرفی‌شده نشان‌دهنده تحولات دیگری در این زمینه بوده‌اند. هم مهارکننده‌های اینترلوکین ۱۷ و هم مهارکننده‌های فسفودی استرزر ۴ درمان‌های جدید بوده‌اند و تأکید جهت نیاز به بررسی بیشتر این روش‌های درمانی می‌باشد؛ درحالی نتایج جهت اثربخشی این داروها در درمان لیکن پلان اروزو ژنیتالیا در بسیاری از بیماران ساب‌اپتیمال می‌باشد.

درحالی که مطالعات بررسی‌شده بینش اولیه ارزشمندی را ارائه دادند؛ چندین محدودیت در نتیجه‌گیری و چالش‌های کلیدی همچنان وجود دارد. مطالعات ناهمگن، نمونه‌های کوچک و وجود تنوع در معیارهای اندازه‌گیری مانع از مقایسه مؤثر و اعتباربخشی به یافته‌های به‌دست‌آمده از کلینیکال‌تریال‌های مرتبط با لیکن پلان اروزو ژنیتالیا می‌شود. همچنین تأکید می‌شود که تشخیص کوموربیدیتی‌های همراه بیماری شبیه لیکن اسکروز یک مانع جهت تشخیص درست این بیماری می‌باشد. علاوه بر این، نبود گایدلاین‌های درمانی ثابت یک نگرانی اصلی در این زمینه می‌باشد. به‌طور کلی، موانعی مانند روش‌های متودولوژیکیال ساب‌اپتیمال، وجود شکاف‌هایی در بررسی عوارض و کمبود پروتکل‌های

درمان‌های نویدبخش در بیماران غیرپاسخ‌دهنده به درمان‌های استاندارد وجود دارد.

اثرات مشخص فیزیکی و سایکولوژیکال لیکن پلان اروزیو زنی‌تالیا از طریق بررسی تجربیات بیماران واضحاً نیاز به استراتژی‌های درمانی واضح هم توجه به علائم بیماری و هم کیفیت زندگی بیماران را نشان می‌دهد. تنوع در پاسخ‌های درمانی و میزان بالای اسکار و عوارض نیاز به مطالعه و بررسی بیشتر جهت دستیابی به پروتکل‌های درمانی مؤثر و مناسب ضروری است.

مطالعات آینده روی کلینیکال‌تریال‌های استاندارد با مقیاس بزرگ جهت فهم اثربخشی و درمان‌های نوظهور باید در نظر گرفته شود. همچنین رسیدن به استراتژی‌های درمانی مطلوب ضروری می‌باشد. نشان‌دادن محدودیت‌ها و بررسی آپشن‌های درمانی جدید در پیشرفت در مراقبت بیماران همچنان یک شرایط چالش‌برانگیز می‌باشد.

درمانی استاندارد می‌توان نام برد. حرکت رو به جلو نیاز به تلاش‌های مشارکتی مولتی‌سنتر جهت اجرای تریال‌های استاندارد با مقیاس بالا می‌باشد. جهت کمک به الگوریتم‌های تشخیصی و درمانی اپتیمال برای از بین بردن ناهمگونی و در نظر گرفتن کوموربیدیتی‌های بیماری انجام می‌شود. با وجود پیشرفت‌های موجود، لازم است تحقیقات بیشتر جهت تقویت یافته‌ها از طریق مطالعات با متدهای دقیق همراه با بررسی روش‌های درمانی لیکن پلان اروزیو زنی‌تالیا انجام شود.

درمان مؤثر لیکن پلان اروزیو زنی‌تالیا نیاز به اپروچ چندبعدی و فردی برای بیماران دارد که به خاطر ذات مزمن و پیچیده بیماری می‌باشد. مطالعه ما تأکید بر اهمیت درمان‌های مرسوم کورتیکواستروئید تاپیکال دارد که همچنان سنگ بنای درمان علائم این بیماری می‌باشد؛ اما با وجود روش‌های درمانی جدید شامل ایمونومدول‌اتورها و درمان‌های سیستمیک جایگزین،

References

1. Cheng H, Oakley A, Rowan D, et al. Diagnostic criteria in 72 women with erosive vulvovaginal lichen planus. *Australas J Dermatol* 2016;57:284-87.
2. Helgesen AL, Gjersvik P, Jebsen P, et al. Vaginal involvement in genital erosive lichen planus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:966-70.
3. Mauskar M. Erosive lichen planus. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2017;44:407-20.
4. Kirtschig G, Van Der Meulen AJ, Ion Lipan JW, et al. Successful treatment of erosive vulvovaginal lichen planus with topical tacrolimus. *Br J Dermatol* 2002;147:625-6.
5. Laurberg G, Geiger JM, Hjorth N, et al. Treatment of lichen planus with acitretin. A double-blind, placebo-controlled study in 65 patients. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:434-7.
6. McPherson T, Cooper S. Vulval lichen sclerosus and lichen planus. *Dermatol Ther* 2010;23:523-32.
7. Gueiros LA, Arão T, Souza T, et al. IL17a polymorphism and elevated il17a serum levels are associated with oral lichen planus. *Oral Dis* 2018;24:377-83.
8. Cooper SM, Ali I, Baldo M, et al. The association of lichen sclerosus and erosive lichen planus of the vulva with autoimmune disease: A case-control study. *Arch Dermatol* 2008;144:1432-5.
9. Thongprasom K, Carrozzo M, Furness S, et al. Interventions for treating oral lichen planus. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;Cd001168.
10. van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, et al. 2016 european guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:925-41.
11. Voûte AB, Schulten EA, Langendijk PN, et al. Fluocinonide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:181-5.

12. Simpson RC, Littlewood SM, Cooper SM, et al. Real-life experience of managing vulval erosive lichen planus: A case-based review and u.K. Multicentre case note audit. *Br J Dermatol* 2012;167:85-91.
13. Vaskovskaya G, Mirkhodzhaeva. Simultaneous affection by lichen ruber planus of the buccal and genital mucous membranes. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1974;50:25-30.
14. Edwards LJAod. Vulvar lichen planus. *Arch Dermatol* 1989; 125:1677-80.
15. Bermejo A, Bermejo MD, Román P, et al. Lichen planus with simultaneous involvement of the oral cavity and genitalia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*.1990;69:209-16.
16. Porter W, Dinneen M, Hawkins D, et al. Erosive penile lichen planus responding to circumcision. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:266-68.
17. Mous H, Helmerhorst T, den Hollander J, et al. Vulvovaginal complaints, dyspareunia and oral mucosa abnormalities: Erosive lichen planus. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:881-85.
18. Al-Mutairi N, Joshi A, Zaki A, et al. Acute generalized lichen planus treated with weekly betamethasone 5-mg oral mini-pulse therapy. *J Drug Dermatol* 2005;4:218-20.
19. DS RR, Ramos PR, Marrero GA, et al. Childhood vulvar lichen planus in children. *2005;63:437*.
20. Rotsztej H, Kolasa-Zwierzchowska D, Krawczyk T, et al. The rare case of erosive lichen planus with large lesions in vulvar area and vagina. *Pol Merkur Lekarski* 2007;22:45-47.
21. Hundley AF, Magro C, Bartholomew DJJoLGTD. Vaginal agglutination: Chronic graft-versus-host disease mimics lichen planus. *J Low Genit Tract Dis* 2011;15:71-74.
22. Day T, Moore S, Bohl TG, et al. Comorbid vulvar lichen planus and lichen sclerosus. *J Low Genit Tract Dis* 2017;21:204-08.
23. Boch K, Langan EA, Zillikens D, et al. Retrospective analysis of the clinical characteristics and patient-reported outcomes in vulval lichen planus: Results from a single-center study. *J Dermatol* 2021;48:1913-17.
24. Lonsdale-Eccles AA, Velangi S. Topical pimecrolimus in the treatment of genital lichen planus: A prospective case series. *Br J Dermatol* 2005;153:390-4.
25. Yeo L, Ormerod AD. Oral tacrolimus: A treatment option for recalcitrant erosive lichen planus. *Clin Exp Dermatol* 2016;41:684-5.
26. Day T, Otton G, Jaaback K, et al. Is vulvovaginal lichen planus associated with squamous cell carcinoma? *J Low Genit Tract Dis* 2018;22:159-65.
27. Rezzag-Mahcene C, Cardot-Leccia N, Lacour JP, et al. Successful treatment of recalcitrant genital lichen planus with secukinumab. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35:e321-e23.
28. Poon F, De Cruz R, Hall A. Acitretin in erosive penile lichen planus. *Australas J Dermatol* 2017;58:e87-e90.
29. Vermeer HAB, Rashid H, Esajas MD, et al. The use of hydroxychloroquine as a systemic treatment in erosive lichen planus of the vulva and vagina. *Br J Dermatol* 2021;185:201-03.
30. Sadownik LA, Koert E, Maher C, et al. A qualitative exploration of women's experiences of living with chronic vulvar dermatoses. *J Sex Med* 2020;17:1740-50.
31. Skullerud KH, Gjersvik P, Pripp AH, et al. Apremilast for genital erosive lichen planus in women (the ap-gelp study): Study protocol for a randomised placebo-controlled clinical trial. *Trials* 2021;22:469.
32. Amsellem J, Skayem C, Duong TA, et al. Male genital lichen planus: A retrospective study of 89 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2022;149:28-31.

A review of novel treatments and diagnostic challenges in Erosive Lichen Planus of the genitalia

Farid Mohamadi, MD^{1*}
Khatere Zahedi²

1. Center for Research and Training in Skin Disease and Leprosy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Skin Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Jul 21, 2025
Accepted: Aug 10, 2025
Pages: 123-29

Erosive lichen planus of the genitalia is a chronic inflammatory autoimmune disease primarily affecting the genital mucosa, causing pain, discomfort, and impairing urinary, reproductive, and sexual functions. This condition is more common in postmenopausal women and is often associated with other autoimmune diseases such as vitiligo and thyroid disorders. Standard treatments include topical and systemic corticosteroids, but several challenges persist, especially in cases resistant to conventional therapies. This review discusses novel and alternative treatment options, including immunomodulators and systemic therapies like tacrolimus, secukinumab, and anti-malarial drugs. It also emphasizes the importance of personalized treatment strategies for patients resistant to standard treatments. Additionally, the psychological impacts of the disease on patients' quality of life and the need for a multidimensional approach in managing these patients are highlighted.

Keywords: Erosive Lichen Planus, corticosteroids, autoimmune diseases

Corresponding Author:
Farid Mohamadi, MD

No. 415, Taleghani Ave., Tehran, Iran
Email: lord66farid@gmail.com

Conflict of interest: None to declare

Copyright © 2025 Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

2025, Volume 16, Number 2