مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (36) العدد (4) 2014
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (36) No. (4) 2014

دراسة العلاقة بين الزنمات واستقلاب السكر والشحوم عند مراجعي مشفى الأسد الجامعي

الدكتور جمال خدّام*
الدكتور عبد الله الخيّر**
أيهم النقري***

(تاريخ الإيداع 7 / 8 / 2014. قُبِل للنشر في 14 / 8 /2014)

□ ملخّص □

الزنمات الجلدية عبارة عن أورام جلدية سليمة شائعة تحدث عادةً على العنق والثنيات الرئيسة عند البالغين. الهدف تحري ومقارنة معدل انتشار الداء السكري، واضطراب شحوم الدم والكوليسترول وقيم الـ LDL والـ HDL عند مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد.

أجريت دراسة مقارنة (حالة – شاهد) عند أفراد بعمر بين(25 – 70) سنة، ومقارنة 107 حالات عندهم زنمات، بنفس العمر ونفس الجنس مع مجموعة شاهد مكونة من 97 فرداً بدون زنمات. تم انتقاء الحالات والشواهد من المرضى مراجعي العيادة الجلدية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية.

خضع كل المرضى لمعيار القيم المخبرية لسكر الدم على الريق والشحوم الثلاثية والكوليسترول والـ LDL والـ HDL.

النتائج: وجد لدى مرضى الزنمات تواتّر أعلى لحدوث الداء السكري وارتفاع في شحوم الدم والكوليسترول وقيم الـ LDL مقارنةً بمجموعة الشاهد ($p\leq0.0001$).وانخفاض قيم الـ HDL عند مرضى الزنمات مقارنةً بمجموعة الشاهد ($p\leq0.001$).كما وجد ارتباط إيجابي بين وجود الزنمات وارتفاع مشعر كتلة الجسم مقارنةً بمجموعة الشاهد ($P\leq0.0001$).

بالاعتماد على نتائج دراستنا تبين أن الزنمات الجلدية قد تكون علامة سريرية مفيدة يمكن أن تنبه الأطباء السريريين لضرورة تحري اضطراب شحوم الدم والداء السكري نمط 2 وحدوث الداء القلبي الوعائي عند مرضى الزنمات، وتوجيه مريض الزنمات لتعديل نمط حياته، من حيث تجنب عوامل الخطورة الآنفة الذكر وإجراء الفحوص المخبرية والسريرية بصورة دورية.

الكلمات المفتاحية: الزنمات الجلدية ، الداء السكري ، الشحوم الثلاثية ، الكوليسترول ، الداء القلبي الوعائي.

* مدرس – قسم الأمراض الجلدية والزهرية – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
** أستاذ مساعد – قسم الأمراض الجلدية والزهرية – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
*** طالب دراسات عليا – قسم الأمراض الجلدية والزهرية – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (36) العدد (4) 2014
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (36) No. (4) 2014

Association skin tags and carbohydrate and lipids metabolism in outpatients at AL-Assad Hospital

Dr. Jamal Khaddam*
Dr. Abdallah Alkhyer**
Ayham Alnukari***

(Received 7 / 8 / 2014. Accepted 14 / 8 / 2014)

□ ABSTRACT □

Skin tags are common benign skin tumors usually occurring on the neck and major flexors of older people. Objective: To investigate and compare the prevalence of diabetes and disorders of triglycerides, cholesterol, LDL, and HDL levels in patients with skin tags and a control group. A case-control study was conducted in individuals between (25-70) years old, comparing cases (n=107) and age-, sex-matched controls (n=97) without skin tag. Cases and controls were recruited from patients consecutively seen at the outpatient dermatology clinic at Al-Assad University Hospital in Lattakia. All patients underwent standard laboratory tests of fasting blood sugar , triglycerides , cholesterol , LDL , and HDL levels.

Results: Patients with skin tags had higher frequency of diabetes and higher levels of triglycerides , cholesterol , and LDL than the control group ($P \leq 0.0001$) and lower levels of HDL in patients with skin tags than the control group ($P \leq 0.001$). A positive correlation was found between the existing of skin tags and high BMI comparing with the control group ($P \leq 0.0001$).

According to our results, skin tags might be a useful clinical sign that could alert clinicians to screen patients with skin tags for abnormal lipids, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease, and guide patients with skin tags to modify their life style, avoiding risk factors and making clinical laboratory check-up periodically .

Keywords: skin tags, diabetes mellitus, triglycerides, cholesterol, cardiovascular disease.

* **Assistant Professor, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria**
** **Associate Professor, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria**
*** **Postgraduate Student, Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria**

مقدمة:

الزنمات الجلدية Skin tags هي أورام جلدية حليمية معنقة و لاطئة، صغيرة بحجم رأس الدبوس أو أكبر إذ يصل قطرها إلى أكثر من 1 سم، يتراوح لونها من اللحمي إلى البني الغامق. شائعة الحدوث في الإبطين، العنق وعلى الأجفان، و أقل شيوعاً على الجذع و الناحية الإربية، إذ تتدلى معنقة على سويقات دقيقة. تكون عادةً لا عرضية، لكن يمكن أن تصبح أحياناً ملتهبة، ممضّة، و حتى غنغرينية عندما تتعرض للرض أو الانفتال. قد تكون مفردة أو متعددة ويتراوح حجمها ما بين حطاطات تقيس 1–2 ملم على الأجفان الى بوليبات كبيرة تقيس 1–2 سم على الجذع.[2,1]

الزنمات شائعة جداً، ويزداد معدل حدوثها مع تقدم العمر، إذ يبدأ ظهورها عادةً في العقد الثاني من العمر، مع تواتر متزايد و ثابت حتى العقد الخامس من العمر، وبعد هذا العمر لا يحدث ظهور جديد عادة.

تحدث بشكل متساوٍ عند الجنسين وتشاهد زنمة واحدة على الأقل عند 50% من الأفراد [2]، وقد تصل هذه النسبة إلى 60% عند الأشخاص بعمر 69 سنة.[1]

أكثر المصابين (حوالي 71%) ليس لديهم أكثر من 3 زنمات في كل ناحية. كما أن أكثر المناطق إصابةً بالزنمات الإبطان (48%)، والعنق (35%).[3]

من العوامل المؤهبة لظهور الزنمات: البدانة، الحمل، سن الإياس، والاضطرابات الغدية الصماوية كضخامة النهايات، إذ تؤدي لحدوث هذه الآفات الظهارية السليمة مفرطة التنسّج و يمكن أن تكون مرتبطة بنشاط الأنسولين المشابه لهرمون النمو، كما تحدث في سياق الشواك الأسود و المتلازمة الاستقلابية. تُشخّص الزنمات الجلدية عادةً سريرياً، و في حال الالتباس تُجرى الخزعة الجلدية لإجراء الدراسة النسيجية.[4]

ما لم تتعرض الزنمات للرض أو الاحتشاء، فإن الهدف العلاجي للزنمات هو تجميلي و ليس همّاً سريرياً. يمكن إزالتها بسهولة بالقص البسيط، أو التجفيف الكهربائي، أو الجراحة القرية بالبرودة. و يمكن تطبيق كلوريد الألمنيوم بتركيز 20% عند الحاجة للإرقاء. أو قص الآفات الصغيرة عند القاعدة بتخدير خفيف أو دون تخدير، إذ يكون الإزعاج لحظياً و أفضل من وخزة التخدير الموضعي. ويفضل الاستئصال بالقص بعد التخدير الموضعي للآفات الأكبر حجماً.[5]

بحثت العديد من الدراسات الوبائية في العقود الماضية في العلاقة بين الزنمات الجلدية و عوامل الخطر القلبية الوعائية وعلى رأسها الداء السكري وارتفاع شحوم الدم . ومن بين هذه الدراسات الدراسة المنشورة في المجلة الدولية لطب الجلد – العدد 46 – تاريخ 2007/11/11 والتي أجريت في قسم الأمراض الجلدية في مشفى جامعة الرسول الأكرم – ايران – طهران ، أظهرت النتائج خطراً متزايداً لحدوث الداء السكري عند مرضى الزنمات المتعددة[1]. وفي دراسة أخرى منشورة في مجلة [J ClinPathol. 2002] العدد 53 تاريخ 2000/11/11 من قبل مارتن كروك – مشفى ليويشام الجامعي – لندن، تبين وجود علاقة بين الزنمات وارتفاع شحوم الدم، وبذلك تعد كعلامة سريرية مفيدة يمكن أن تنبه الأطباء السريريين لاجراء تحري اضطراب شحوم الدم وتحري الداء السكري نمط II والتفكير بالداء القلبي الوعائي.[6]

أهمية البحث وأهدافه :

دراسة عوامل الخطر القلبية الوعائية (الداء السكري، ارتفاع شحوم الدم والكولسترول)عند البالغين المصابين بالزنمات ومقارنتها بمجموعة الشاهد من مراجعي قسم الجلدية لأسباب أخرى غير الزنمات.

توجد العديد من الأسباب التي تشجِّع على القيام بهذه الدراسة:

– الدراسات المتعددة المجراة حول اعتبار الزنمات الجلدية كعلامة منبئة بالداء السكري.

– الجدل القائم حول العلاقة بين الزنمات الجلدية و عوامل الخطر القلبي الوعائي المتمثلة بالمتلازمة الاستقلابية.

– الدراسات التي تشير إلى وجود علاقة بين الزنمات الجلدية وأنموذج الشحوم العصيدي.

هذا وقد تم تقييم :

– السوابق العائلية لارتفاع شحوم الدم.

– السوابق العائلية للداء السكري.

– بعض عوامل الخطر القلبية الوعائية الأخرى.

وكان الهدف تعيين مدى انتشار عوامل الخطر القلبي الوعائي (الداء السكري وارتفاع شحوم الدم والكولسترول) عند مرضى الزنمات في محافظة اللاذقية. وانطلاقاً من ذلك، الدعوة لإجراء ما يلزم من فحوصات دورية والالتزام بنظام حياتي ملائم، وحتى البدء بمعالجة وقائية .

طرائق البحث ومواده:

تمت الدراسة في قسم الأمراض الجلدية والزهرية في مشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية، وذلك على المرضى المراجعين للمشفى خلال الفترة الزمنية ما بين 2011/07/01 و 2012/07/01، ممن تتحقق فيهم الشروط المطلوبة للدخول في الدراسة، و هي دراسة من نمط عينة– شاهد .

نُظمت استمارة خاصة لكل من مجموعة المرضى و مجموعة الشاهد تشمل البيانات الضرورية حول العوامل المطلوب دراستها. وتم تجميع 107 مرضى زنمات جلدية ممن تنطبق عليهم معايير الدراسة، وبنفس الطريقة تم انتقاء مجموعة الشّاهد عشوائياً والمكونّة من 97 مريضاً من مراجعي القسم الذين لم تسجل لديهم أي زنمات جلدية بنفس الفئات العمرية لمجموعة المرضى.

كما تم إحصاء مرضى الزنمات وتحديداً عدد هذه الزنمات وأماكن توضعها، وجود قصة عائلية، زمن البدء وعوامل الخطر الكامنة الأخرى. إذتضمنت كل استمارة معلومات مفصلة عن العمر، زمن البدء، عدد الزنمات وأماكن توضعها، عمر بدء الإصابة، القصة العائلية، والعوامل الاستقلابية المخبرية (سكر الدم، الشحوم الثلاثية، LDL،HDL، كوليسترول)

تم التشخيص بناءً على العلامات السريرية و القصّة المرضيّة المفصلة، بالإضافة إلى دراسة وجود معايير المتلازمة الاستقلابية عند المجموعتين و ذلك بدراسة قيم الشحوم الثلاثية، الكولسترول، سكر الدم، محيط الخصر، ثم أخذ متوسط هذه القيم.

سُحبت عينات دموية من المرضى لإجراء التحاليل المخبرية المطلوبة أصولاً.

قُدِّمَ العلاج المناسب لكل مريض حسب حالته.

تمَّ تنبيه المريض لضرورة التواصل الدائم مع القسم لمتابعة التقييم والنتائج وتقديم المشورة اللازمة له. كما تمَّ تجميع المعلومات المتعلقة بالمعالجات الخافضة لسكر الدم والشحوم و الكولسترول، تحري وجود قصة عائلية أو شخصية لمرض قلبي، العادات المتعلقة بالتدخين و دراسة النسب المئوية لكل منها عند المرضى والشاهد. ثم قياس متوسط الطول والوزن للمجموعتين و حساب مشعر كتلة الجسم الـ BMI.

وأخيراً تم جمع البيانات وتحليلها اعتماداً على طرائق الإحصاء الوصفي للتعبير عن البيانات، وقد لجأنا أيضاً إلى استخدام المخططات البيانية التي تحوّل الأرقام من بيانات نظرية إلى معطيات مادية ملموسة.

الدراسة العملية:

التحليل الإحصائي:

في التحليل الإحصائي اتُخذت الإجراءات الآتية :

1. وصف المرضى المشاركين في هذه الدراسة الموزعين عشوائياً في مجموعتي الدراسة (مجموعة المرضى ومجموعة الشاهد).
2. مقارنة تركيز السكر والشحوم في المصل والعوامل الأخرى بين مجموعتي الدراسة.
3. دراسة خصائص مرضى الزنمات.
4. دراسة العوامل المتعلقة بعدد الزنمات.

كما استُخدمت الاختبارات الإحصائية التالية:

- اختبار كاي مربع Chi square test لمقارنة نسبتين مئويتين.
- اختبار تي–ستيودنت T–test لمقارنة متوسطين حسابيين.
- معامل الارتباط لـ "سبيرمان" Spearman لدراسة العلاقة بين عدد الزنمات وكل من العمر، ومشعر البدانة، وتركيز السكر والشحوم في المصل (تتراوح قيمته بين –1 (علاقة عكسية تامة) و+1 (علاقة طردية تامة)).
- الفروق عند عتبة الدلالة (p value ≤ 0.05) عدت مهمة إحصائياً.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

شملت الدراسة 204 مشاركين توزعوا على مجموعتين: الأولى مجموعة المرضى التي شملت 107 مرضى والثانية مجموعة الشاهد وضمت 97 شاهداً. يظهر الجدول رقم 1 مقارنة توزع الجنس والعمر بين مجموعة المرضى ومجموعة الشاهد:

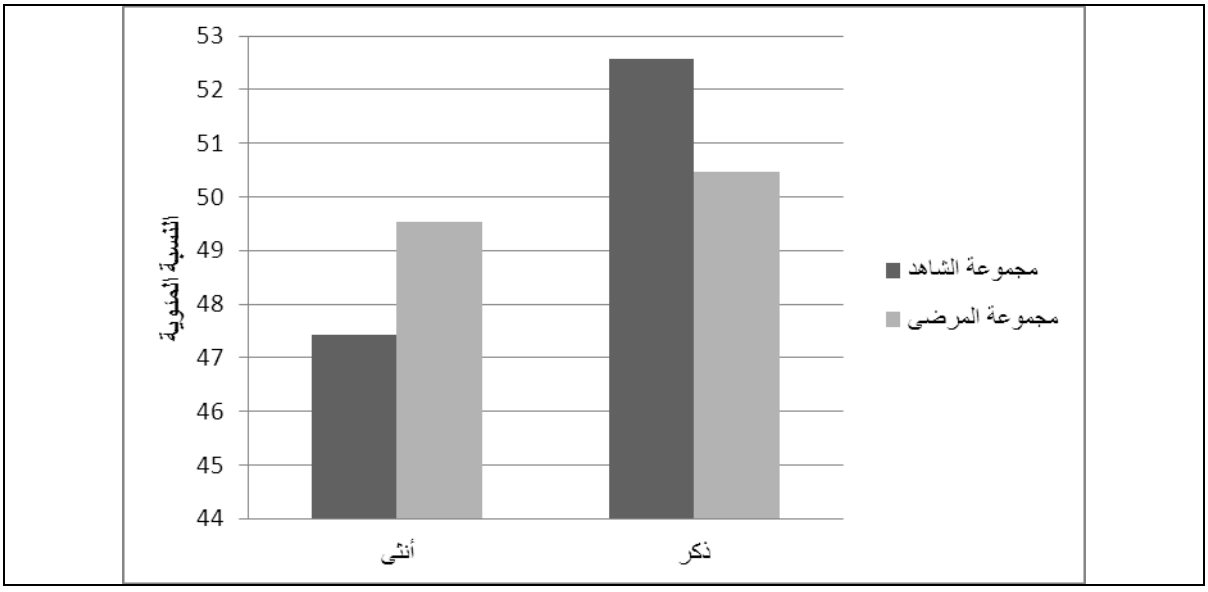
الجدول رقم 1: مقارنة توزع الجنس والعمر بين مجموعة المرضى ومجموعة الشاهد

			المجموعة			
			شاهد		المجموع	p value
الجنس	أنثى	العدد	46	53	99	0.76
		النسبة المئوية	47.42	49.53	48.53	
	ذكر	العدد	51	54	105	
		النسبة المئوية	52.58	50.47	51.47	
		المجموع	97	107	204	

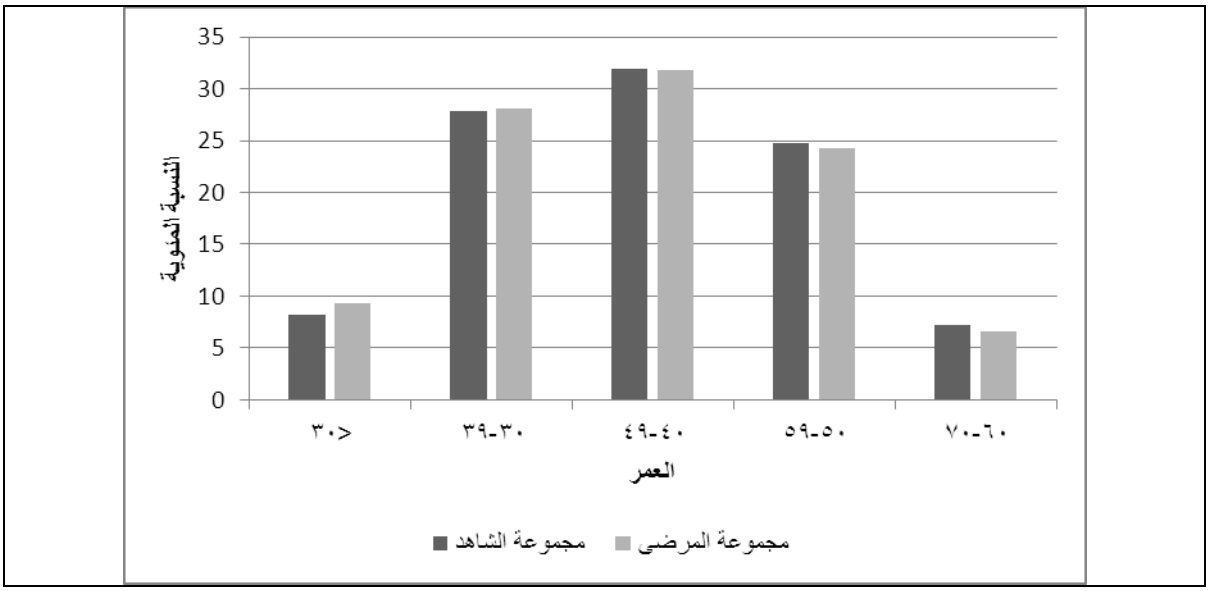
العمر	سنة	المتوسط	44.08	43.72		0.81
		الانحراف المعياري	10.51	10.52		
العمر	<30	العدد	8	10	18	0.99
		النسبة المئوية	8.25	9.35	8.82	
	30-39	العدد	27	30	57	
		النسبة المئوية	27.84	28.04	27.94	
	40-49	العدد	31	34	65	
		النسبة المئوية	31.96	31.78	31.86	
	50-59	العدد	24	26	50	
		النسبة المئوية	24.74	24.3	24.51	
	60-70	العدد	7	7	14	
		النسبة المئوية	7.22	6.54	6.86	

لم نلاحظ وجود فروق مهمة من الناحية الإحصائية في توزع جنس المشاركين في مجموعتي الدراسة؛ فقد بلغت نسبة الإناث في المجموعة الشاهد 47.4% مقابل 49.5% في مجموعة المرضى ($p > 0.05$)، (الشكل رقم 1).

وكذلك لم نلاحظ وجود فروق مهمة من الناحية الإحصائية في توزع أعمار المشاركين بين مجموعة الشاهد (متوسط العمر 44.1 سنة) ومجموعة المرضى (متوسط العمر 43.7 سنة)، (الشكل رقم 2).



الشكل رقم 1: مقارنة توزع الجنس بين مجموعة المرضى ومجموعة الشاهد



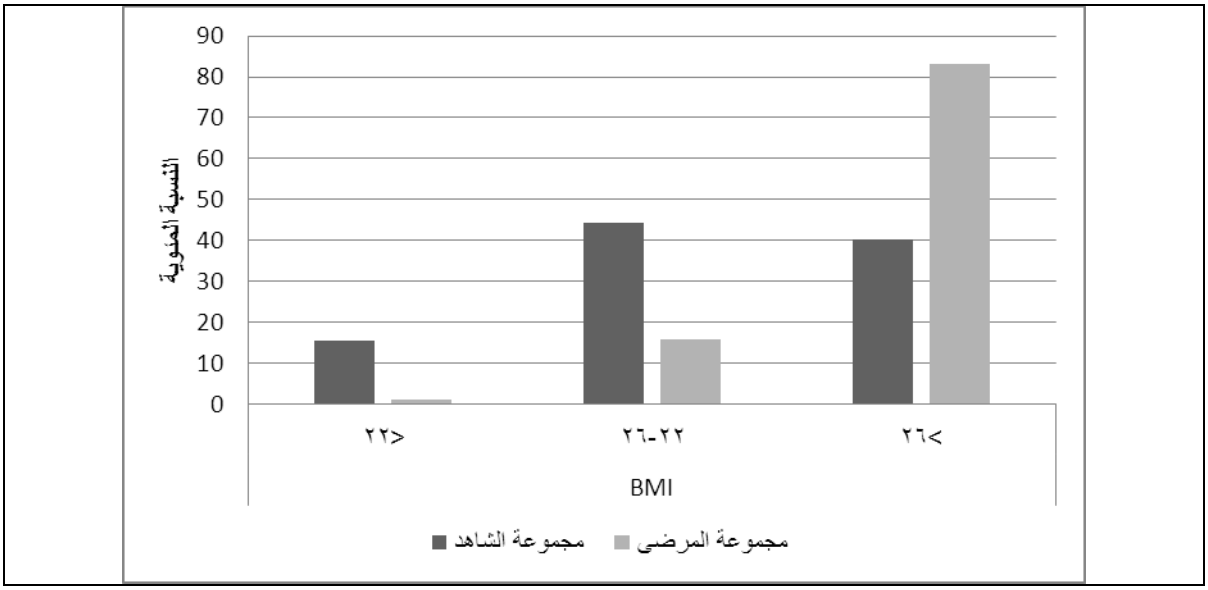
الشكل رقم 2: مقارنة توزع العمر بين مجموعة المرضى ومجموعة الشاهد

يظهر الجدول رقم 2 العلاقة بين البدانة ووجود الزنمات. لاحظنا وجود علاقة مهمة إحصائياً بين وجود الزنمات ومشعر كتلة الجسم. فقد كان متوسط مشعر الجسم عند مرضى الزنمات أعلى منه عند مجموعة الشاهد (29.47 مقابل 26.08) وكان هذا الفرق مهماً من الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$).

وبشكل موافق، بلغت نسبة البدينين (BMI>26) 83.18% عند مرضى الزنمات مقابل 40.21% فقط عند مجموعة الشاهد وكان هذا الفرق مهماًأيضاً من الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$). (الشكل رقم 3).

الجدول رقم 2: العلاقة بين البدانة ووجود الزنمات

			المجموعة			
p value	المجموع	حالة	شاهد			
0.0001		29.47	26.08	المتوسط	kg/m2	BMI
		3.27	3.67	الانحراف المعياري		
0.0001	16	1	15	العدد	<22	BMI
	7.84	0.93	15.46	النسبة المئوية		
	60	17	43	العدد	22–26	
	29.41	15.89	44.33	النسبة المئوية		
	128	89	39	العدد	>26	
	62.75	83.18	40.21	النسبة المئوية		



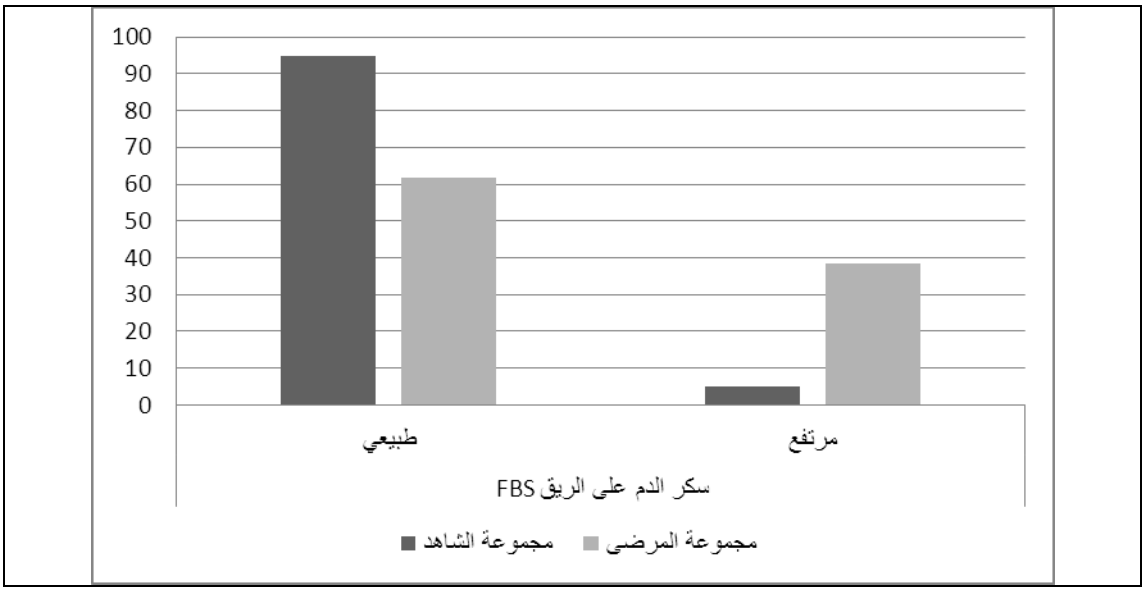
الشكل رقم 3: مقارنة توزع البدانة بين مجموعة مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد

الجدول رقم 3: العلاقة بين تركيز السكر في المصل ووجود الزنمات

			المجموعة			
p value	المجموع	حالة	شاهد			
0.0001		124.45	98.88	المتوسط	التركيز	FBSسكر الدم على الريق
		38.17	24.26	الانحراف المعياري		
0.0001	158	66	92	العدد	طبيعي	FBSسكر الدم على الريق
	77.45	61.68	94.85	النسبة المئوية		
	46	41	5	العدد	مرتفع	
	22.55	**38.32**	**5.15**	النسبة المئوية		

ويظهر الجدول رقم 3 العلاقة بين تركيز السكر في المصل ووجود الزنمات. إذ لاحظنا وجود علاقة مهمة إحصائياً بين وجود الزنمات و ارتفاع تركيز السكر في المصل. فقد كان متوسط تركيز السكر في المصل عند مرضى الزنمات أعلى منه عند مجموعة الشاهد (124.45 مقابل 98.88) وكان هذا الفرق مهماً من الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$).

وبشكل موافق، بلغت نسبة ارتفاع السكر 38.32% عند مرضى الزنمات مقابل 5.15% فقط عند مجموعة الشاهد وكان هذا الفرق مهماًمن الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$). (الشكل رقم 4).



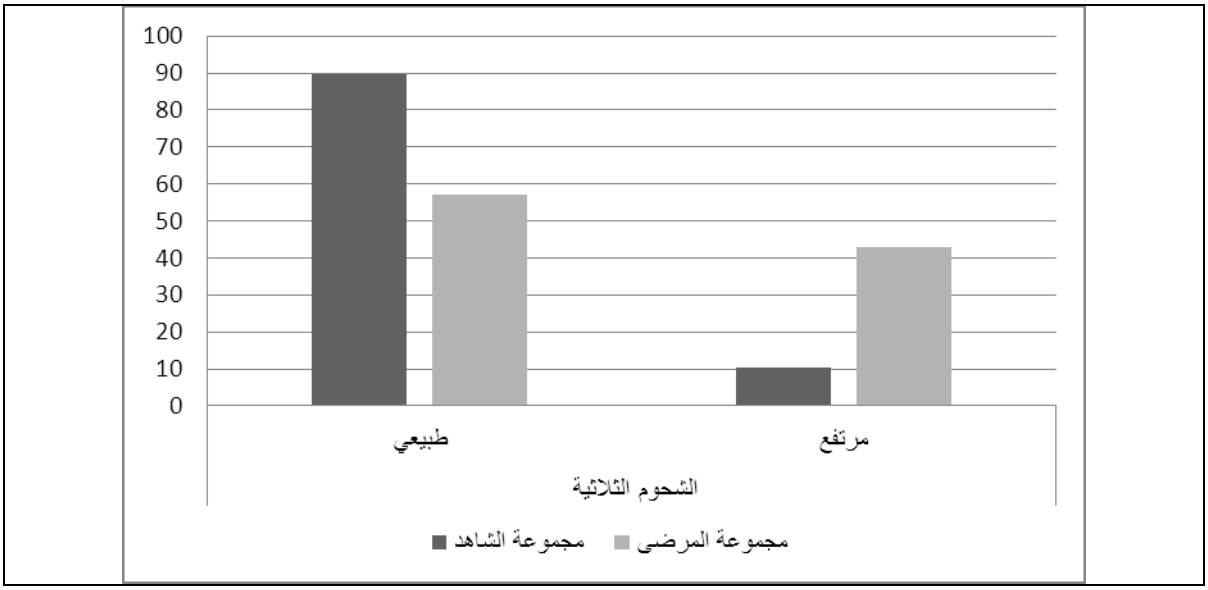
الشكل رقم 4: مقارنة توزع مستوى سكر المصل بين مجموعة مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد

ويبين الجدول رقم 4 العلاقة بين تركيز الشحوم الثلاثية في المصل ووجود الزنمات. إذ لاحظنا وجود علاقة مهمة إحصائياً بين وجود الزنمات و تركيز الشحوم الثلاثية في المصل. إذ كان متوسط تركيز الشحوم الثلاثية في المصل عند مرضى الزنمات أعلى منه عند مجموعة الشاهد (174.39مقابل 144.44) وكان هذا الفرق مهماً من الناحية الإحصائية ($p \leq 0.05$).

وبشكل موافق، بلغت نسبة ارتفاع الشحوم الثلاثية 42.99% عند مرضى الزنمات مقابل 10.31% فقط عند مجموعة الشاهد وكان هذا الفرق مهماً إحصائياً أيضاً ($p \leq 0.0001$). (الشكل رقم 5).

الجدول رقم 4: العلاقة بين تركيز الشحوم الثلاثية في المصل ووجود الزنمات

			المجموعة			
p value	المجموع	حالة	شاهد			
0.0035		174.39	144.44	المتوسط	التركيز	الشحوم الثلاثية
		89.04	47.29	الانحراف المعياري		
0.0001	148	61	87	العدد	طبيعي	الشحوم الثلاثية
	72.55	57.01	89.69	النسبة المئوية		
	56	46	10	العدد	مرتفع	
	27.45	**42.99**	**10.31**	النسبة المئوية		



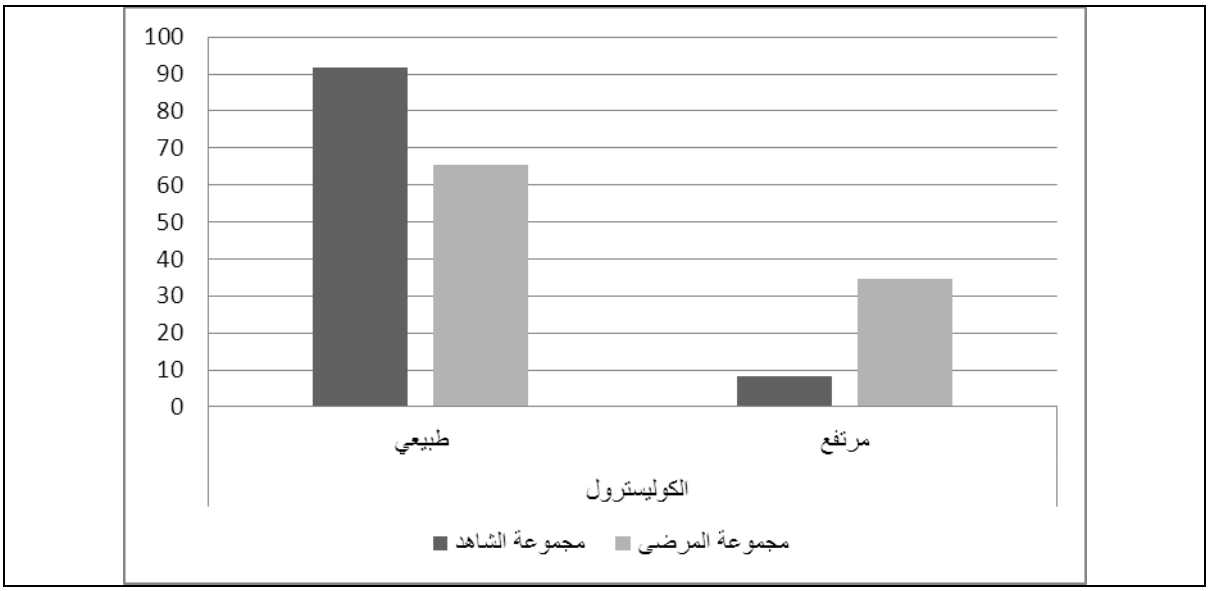
الشكل رقم 5: مقارنة توزع مستوى الشحوم الثلاثية بين مجموعة مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد

الجدول رقم 5: العلاقة بين تركيز الكوليسترول في المصل ووجود الزنمات

			المجموعة			
p value	المجموع	حالة	شاهد			
0.0001		187.92	154.15	المتوسط	التركيز	الكوليسترول
		58.49	36.08	الانحراف المعياري		
0.0001	159	70	89	العدد	طبيعي	الكوليسترول
	77.94	65.42	91.75	النسبة المئوية		
	45	37	8	العدد	مرتفع	
	22.06	**34.58**	**8.25**	النسبة المئوية		

كما يبين الجدول رقم 5 العلاقة بين تركيز الكوليسترول في المصل ووجود الزنمات. فقد لاحظنا وجود علاقة مهمة إحصائياً بين وجود الزنمات و تركيز الكوليسترول في المصل، إذ كان متوسط تركيز الكوليسترول في المصل عند مرضى الزنمات أعلى منه عند مجموعة الشاهد (188 تقريبا مقابل 154) وكان هذا الفرق مهماًأيضاً من الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$).

وبشكل موافق، بلغت نسبة ارتفاع الكوليسترول في المصل 35% تقريبا عند مرضى الزنمات مقابل 8% فقط عند مجموعة الشاهد وكان هذا الفرق مهماًمن الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$). (الشكل رقم 6).



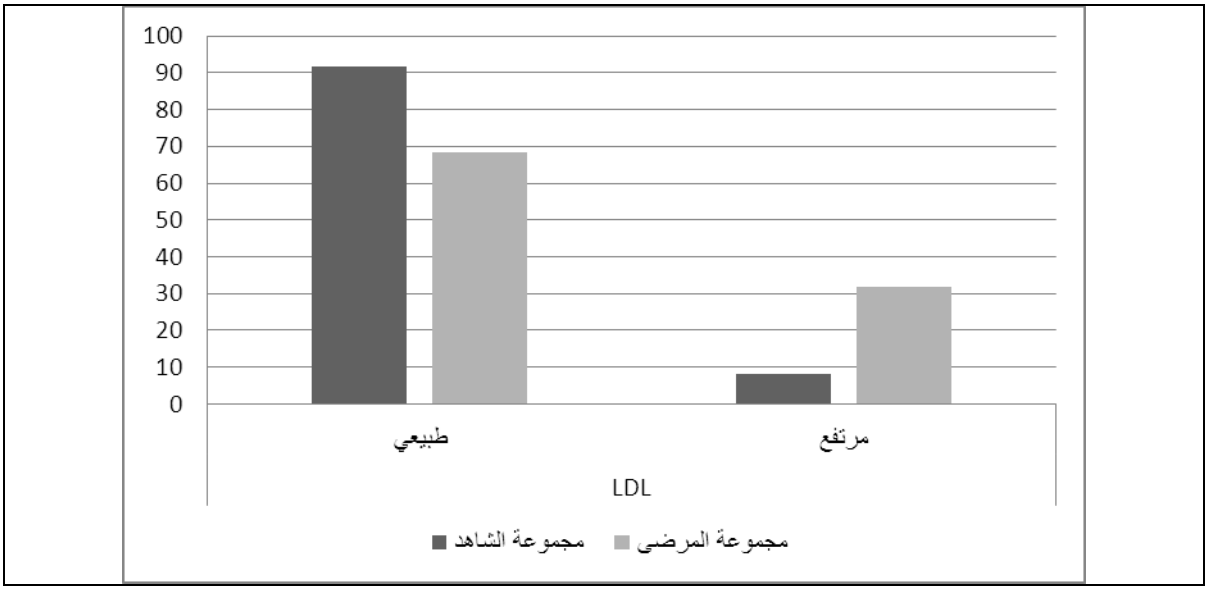
الشكل رقم 6: مقارنة توزع مستوى الكوليسترول بين مجموعة مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد

ويظهر الجدول رقم 6 العلاقة بين تركيز LDL في المصل ووجود الزنمات. ومن خلاله نلاحظ وجود علاقة مهمة إحصائياً بين وجود الزنمات و تركيز LDL في المصل، إذ كان متوسط تركيز LDL في المصل عند مرضى الزنمات أعلى منه عند مجموعة الشاهد (122 مقابل 111 تقريبا) وكان هذا الفرق أيضاً مهماًمن الناحية الإحصائية ($p \leq 0.0001$).

وبشكل موافق، بلغت نسبة ارتفاع LDL في المصل 32% تقريبا عند مرضى الزنمات مقابل 8% فقط عند مجموعة الشاهد وكان هذا الفرق أيضاً مهماًإحصائياً($p \leq 0.0001$). (الشكل رقم 7).

الجدول رقم 6: العلاقة بين تركيز LDL في المصل ووجود الزنمات

			المجموعة			
p value	المجموع	حالة	شاهد			
0.0001		122.31	110.81	المتوسط	التركيز	LDL
		20.17	18.49	الانحراف المعياري		
0.0001	162	73	89	العدد	طبيعي	LDL
	79.41	68.22	91.75	النسبة المئوية		
	42	34	8	العدد	مرتفع	
	20.59	31.78	8.25	النسبة المئوية		



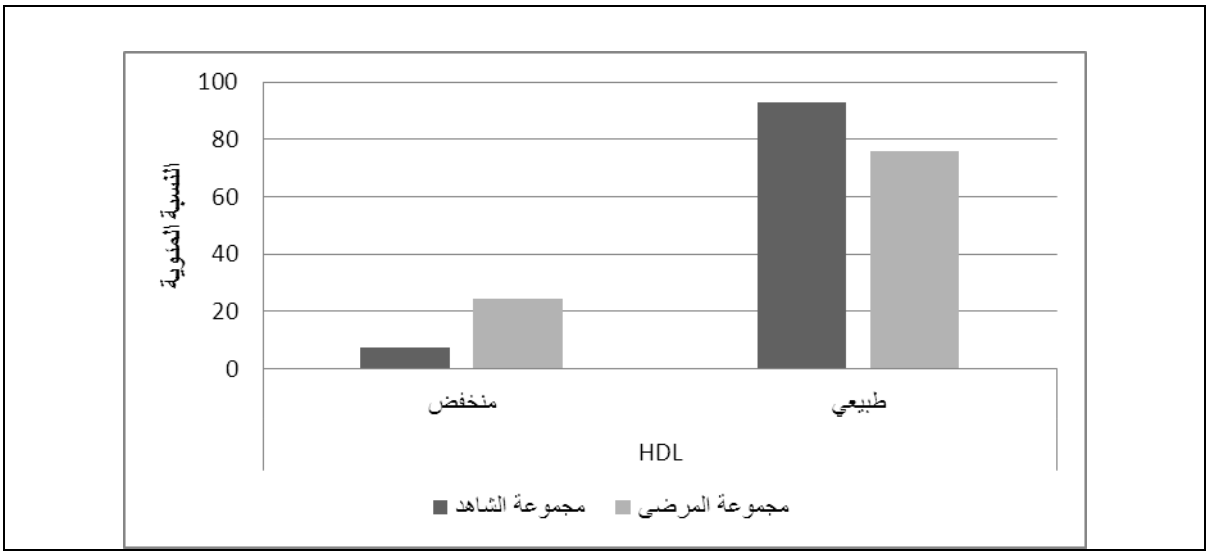
الشكل رقم 7: مقارنة توزع مستوى LDL بين مجموعة مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد

أما الجدول رقم 7، فيظهر العلاقة بين تركيز HDL في المصل ووجود الزنمات. إذ لاحظنا وجود علاقة مهمة إحصائياً بين وجود الزنمات و تركيز HDL في المصل. وعلى عكس العلاقات السابقة، كان متوسط تركيز HDL في المصل عند مرضى الزنمات أقل منه عند مجموعة الشاهد (42 تقريبا مقابل 44) وكان هذا الفرق أيضا مهماًمن الناحية الإحصائية ($p \leq 0.05$).

وبشكل موافق، بلغت نسبة انخفاضHDL في المصل 24.3% تقريبا عند مرضى الزنمات مقابل 7.22% عند مجموعة الشاهد وكان هذا الفرق مهماًمن الناحية الإحصائية ($p = 0.001$)، (الشكل رقم 8).

الجدول رقم 7: العلاقة بين تركيز HDL في المصل ووجود الزنمات

			المجموعة			
p value	المجموع	حالة	شاهد			
0.023		41.81	44.03	المتوسط	التركيز	HDL
		7.67	5.96	الانحراف المعياري		
0.001	33	26	7	العدد	منخفض	HDL
	16.18	24.3	7.22	النسبة المئوية		
	171	81	90	العدد	طبيعي	
	83.82	75.7	92.78	النسبة المئوية		

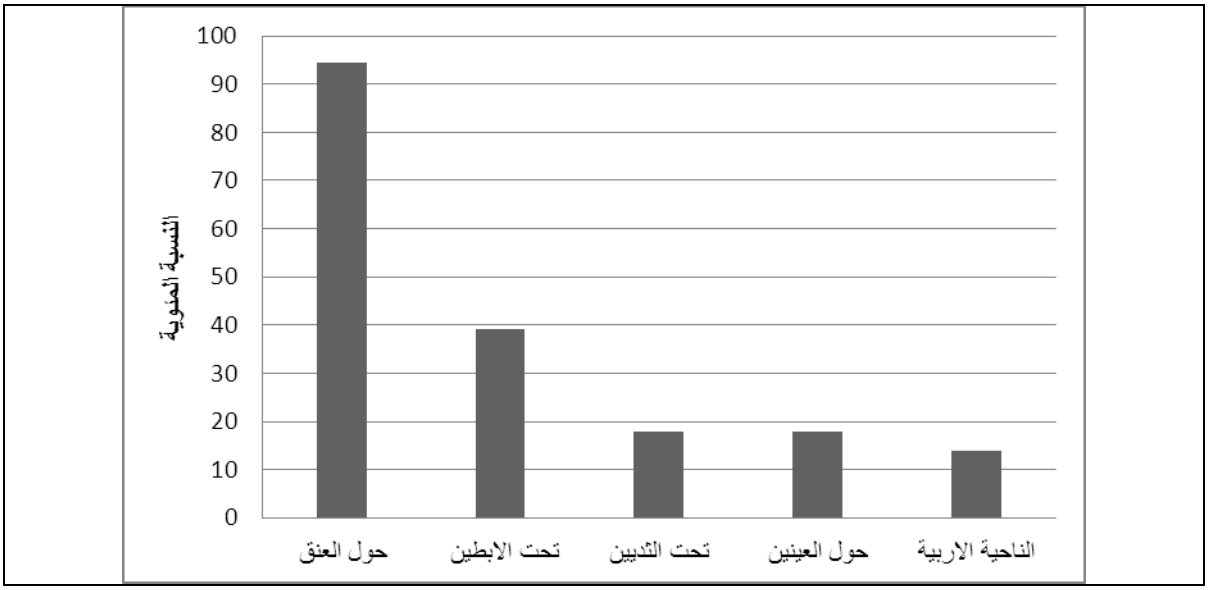


الشكل رقم 8: مقارنة توزع مستوى HDL بين مجموعة مرضى الزنمات ومجموعة الشاهد

يوضح الجدول رقم 8 أماكن توضع الزنمات. فأكثر الزنمات الجلدية تتوضع حول العنق (بنسبة 94%)، ثم تحت الإبطين (بنسبة 39%)، ثم حول العينيين وتحت الثديين (بنسبة 18% لكل منهما) وأخيراً في الناحية الإربية بنسبة 14%، (الشكل رقم 9).

الجدول رقم 8: أماكن توضع الزنمات

	عدد الحالات	النسبة المئوية
حول العنق	101	94
حول العينين	19	18
تحت الابطين	42	39
تحت الثديين	19	18
الناحية الاربية	15	14



الشكل رقم 9: أماكن توضع الزنمات

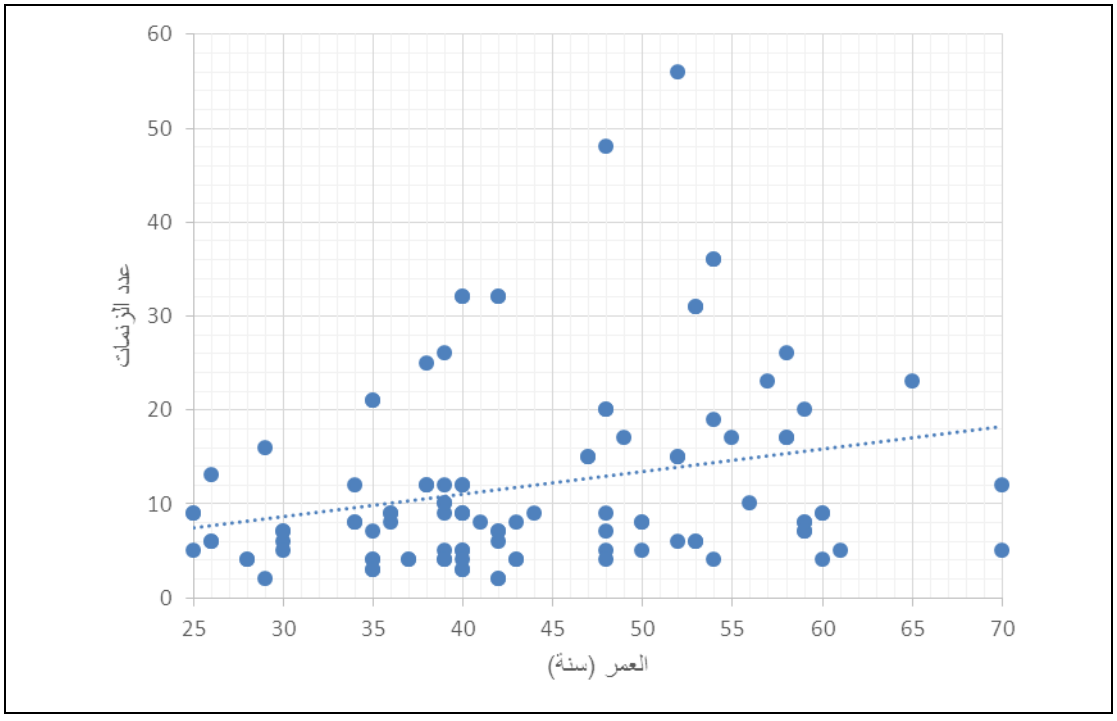
أخيراً، تمت دراسة العوامل المتعلقة بعدد الزنمات (الجدول رقم 10). ولاحظنا ما يلي:

- وجود علاقة طردية مهمة إحصائياً بين العمر وعدد الزنمات. فكلما زاد العمر ازداد عدد الزنمات (معامل الارتباط يساوي 0.25 ودرجة المعنوية p تساوي 0.0089)، (الشكل رقم 11).
- وجود علاقة طردية مهمة إحصائيا بين تركيز الكوليسترول في المصل وعدد الزنمات، إذ ازداد تركيز الكوليسترول في المصل مع ازدياد عدد الزنمات (معامل الارتباط يساوي 0.24 ودرجة المعنوية p تساوي 0.01)، (الشكل رقم 12).
- وجود علاقة عكسية على حدود الأهمية الإحصائية بين تركيز HDL في المصل وعدد الزنمات. فكلما انخفض تركيز HDL في المصل ازداد عدد الزنمات (معامل الارتباط يساوي −0.18 ودرجة المعنوية p تساوي 0.06)، (الشكل رقم 13).
- عدم وجود علاقات مهمة إحصائياً بين عدد الزنمات والعوامل الأخرى (BMI، سكر الدم على الريق، الشحوم الثلاثية،LDL).

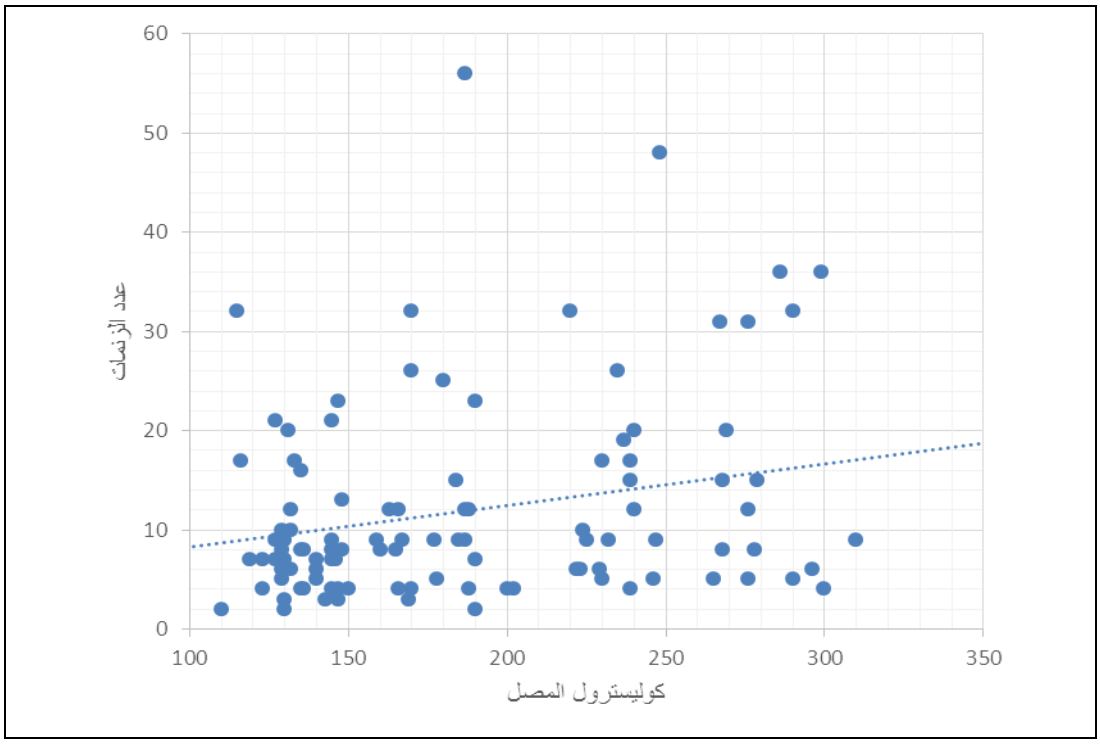
الجدول رقم 10: العوامل المتعلقة بعدد الزنمات

		عدد الزنمات
العمر	معامل الارتباط	**0.25**
	درجة المعنوية	**0.0089**
BMI	معامل الارتباط	0.03
	درجة المعنوية	0.7376
FBSسكر الدم على الريق	معامل الارتباط	90.0

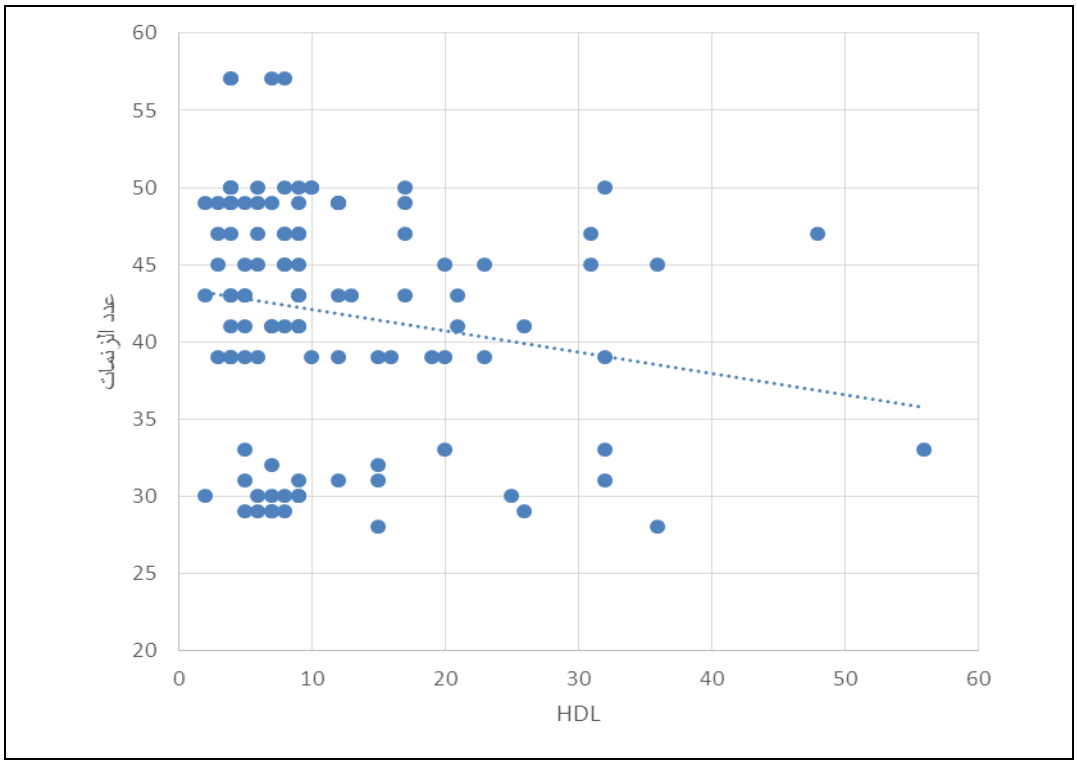
0.3779	درجة المعنوية	
0.09	معامل الارتباط	الشحوم الثلاثية
0.3381	درجة المعنوية	
0.24	معامل الارتباط	الكوليسترول
0.0114	درجة المعنوية	
10.	معامل الارتباط	LDL
0.3235	درجة المعنوية	
−0.18	معامل الارتباط	HDL
0.0635	درجة المعنوية	



الشكل رقم 11: العلاقة بين العمر وعدد الزنمات



الشكل رقم 12: العلاقة بين تركيز كوليسترول المصل وعدد الزنمات



الشكل رقم 13: العلاقة بين تركيز HDL وعدد الزنمات

المناقشة والمقارنة:

أظهرت نتائج دراستنا أن مرضى الزنمات يبدون تواتراً أعلى لحدوث الداء السكري وارتفاع شحوم الدم والكوليسترول وقيم الـ LDL ($p \leq 0,0001$).وانخفاضاً في قيم الـ HDL مقارنةً بمجموعة الشاهد ($p \leq 0,001$). كما وجد ارتباط إيجابي بين وجود الزنمات وارتفاع مشعر كتلة الجسم مقارنةً بمجموعة الشاهد ($P \leq 0,0001$).

قمنا بمقارنة دراستنا بدراسة أجريت في قسم الأمراض الجلدية في مشفى جامعة الرسول الأكرم في طهران قام بتلك الدراسة Rasi.A وزملاؤه وكانت نتائج دراستنا متوافقة مع نتائج هذه الدراسة من حيث وجود الداء السكري، إذ بلغت نسبة الداء السكري في الدراسة آنفة الذكر 23,07% في حين بلغت في دراستنا 38,32% وتظهر نتائج الدراستين خطراً متزايداً لحدوث الداء السكري عند مرضى الزنمات.[7]

وبالمقارنة مع دراسة أخرى منشورة في مجلة J dermatol لـ Thappa DM بلغت نسبة الداء السكري لدى مرضى الدراسة 62,8% في حين كانت في دراستنا 38,32%.[8]

وبمقارنة دراستنا مع دراسة أخرى منشورة في مجلة طب الجلد J ClinPathol قام بها مارتن كروك في مشفى ليويشام الجامعي في لندن، إذبلغت نسبة ارتفاع الشحوم الثلاثية في المصل 100% بينما كانت في دراستنا 42,99%. وأظهرت نقصاً في مستوى البروتين عالي الكثافة HDL بنسبة 100% أيضاً في حين بلغت النسبة في دراستنا 24,3%، وقد أظهرت الدراستان علاقة ارتباط إيجابي بين وجود الزنمات وأنموذج الشحوم العصيدي.[9]

الاستنتاجات والتوصيات:

بالاعتماد على نتائج دراستنا تبين أن الزنمات الجلدية قد تكون علامة سريرية مفيدة يمكن أن تنبه الأطباء السريريين لضرورة تحري اضطراب شحوم الدم والداء السكري نمط 2 المؤهبين لحدوث الداء القلبي الوعائي عند مرضى الزنمات، و توجيه مريض الزنمات لتعديل نمط حياته، وتجنب عوامل الخطورة الآنفة الذكر، وإجراء الفحوص المخبرية والسريرية بصورة دورية.

المراجع:

1. Demir S, et al: *Acrochordon and impaired carbohydrate metabolism*. Acta Diabetol 2002;39:57.

2. Banik R, Lubach D. *Skin tags: localization and frequencies according to sex and age*. Dermatologica.2007;174:180-3.

3.Habif*: Clinical Dermatology*, 4th ed.Copyright © 2004 Mosby, Inc.p456

4. Kahana M, Grossman E, Feinstein A, et al. *Skin tags: a cutaneous marker for diabetes mellitus.* Acta Derm Venereol. 2008;67:175-7.

5. Goodheart HP. *Surgical pearl: a rapid technique for destroying small skin tags and filiform warts.* Dermatol Online J 2003;9:34.

6. David,E,E, Bernett,J.Jr, Rosalle.E, Michael,D.I, Jeffrey,M, O,Fred.M, *Atlas and Synopsis of LEVER'S Histopathology of the skin.* 2th ed,2007.p157

7. Rasi, A., Soltani-Arabshahi, R., Shahbazi, N . *Skin tag as a cutaneous marker for impaired carbohydrate metabolism: A case-control study* (2007) *International Journal of Dermatology*, 46 (11), pp. 1155-1159. doi: 10.1111/j.1365-4632.2007.03287.x http://www.sciencedirect.com>

8. Thappa DM. *Skin tags as markers of diabetes mellitus: an epidemiological study in India.J Dermatol. 2005 Oct;22(10):729-31. PMID:8586750 [PubMed - indexed for MEDLINE]*< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

9. Crook, M.A. *Skin tags and the atherogenic lipid profile* (2000) *Journal of Clinical Pathology*, 53 (11), pp. 873-874. doi: 10.1136/jcp.53.11.873<http://www.sciencedirect.com>