

Cutaneous manifestations in patients with chronic renal failure on hemodialysis at Tishreen University Hospital

Dr. Jamal Khaddam*
Dr. Ibrahim Sulaiman**
Mirna Habka***

(Received 21 / 4 / 2022. Accepted 22 / 5 / 2022)

□ ABSTRACT □

This study was conducted to define cutaneous manifestations in patients with end-stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis and their relations to the etiology of chronic renal failure, hemodialysis duration and the age of patients. A total of 116 hemodialysis patients included in the study. A medical history and demographics information were obtained from all the individuals, with a full dermatological examination and specific investigations like skin biopsy of the lesions were carried out, where necessary.

Xerosis cutis was the most common skin lesion, while xerostomia was the most common oral mucosal change. The most common hair change was sparse scalp hair. Absent lunula was the most common nail change. There was a relationship between some of these manifestations and certain etiology of chronic renal failure. There was also a significant association of these manifestations with the age of the patients, but not with hemodialysis duration.

CRF is associated with a complex array of cutaneous manifestations caused either by the disease or by treatment.

Key words: Chronic renal failure, Cutaneous manifestations, Hemodialysis

* Associate Professor, Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.

**Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.

*** Postgraduate student, Department of Dermatology and Venerology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria. mirna.habka@tishreen.edu.sy

التظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي في مشفى تشرين الجامعي

د. جمال خدام*

د. ابراهيم سليمان**

ميرنا حبقه***

(تاريخ الإيداع 21 / 4 / 2022. قُبِلَ للنشر في 22 / 5 / 2022)

□ ملخص □

أجريت هذه الدراسة لتحديد التظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي، وعلاقتها مع كل من أسباب القصور الكلوي المزمن، مدة العلاج بالتحال الدموي وعمر المرضى. ضمت الدراسة 116 مريضاً خاضعين للتحال الدموي، أخذت المعلومات الديموغرافية والقصة السريرية وأجري فحص جلدي كامل واستقصاءات نوعية عند الضرورة مثل الخزعة الجلدية من الآفات.

كان جفاف الجلد التظاهرة الأكثر حدوثاً، بينما كان جفاف المخاطية أشيع التبدلات المخاطية الفموية. أما أشيع أمراض الشعر المسجلة فكان تساقط شعر الفروة، كما كان غياب الهليل أشيع التبدلات الظفرية. لاحظنا وجود علاقة بين بعض هذه التظاهرات وأسباب معينة للقصور الكلوي المزمن. كما وجدنا علاقة بين هذه التظاهرات وعمر المرضى، لكن لم نسجل علاقة مع مدة العلاج بالتحال الدموي. يتوافق القصور الكلوي المزمن مع العديد من التظاهرات الجلدية الناتجة عن المرض أو عن العلاج.

الكلمات المفتاحية: القصور الكلوي المزمن، التظاهرات الجلدية، التحال الدموي

* أستاذ مساعد - قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ - قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

mirna.habka@tishreen.edu.sy

مقدمة:

الداء الكلوي المزمن (CKD) Chronic kidney disease: هو أذية كلوية تستمر لمدة تتجاوز 3 أشهر، تحدث بسبب شذوذات نسيجية أو وظيفية كلوية مع أو بدون انخفاض التصفية الكلوية [1]، وهو يعبر عن عدد من الاضطرابات السريرية التي تتفاقم نتيجة تدهور مترقٍ وغير عكوس في وظيفة الكلية، وغالباً لا يشخص حتى المراحل الأكثر تقدماً [2,3].

وعندما تفشل الكلية في أداء معظم وظائفها ويكون معدل الرشح الكبيبي GFR أقل من 15 مل/دقيقة/1.73 م² نكون قد وصلنا إلى حالة الداء الكلوي النهائي (ESRD) End-stage renal disease، ويكون عندها العلاج المعاوز بالتحال أو زراعة الكلية [4].

التحال الدموي: هو وسيلة علاجية تعمل على تنقية الدم من الفضلات الاستقلابية والسوائل الزائدة، وتعويض عمل الكلى بشكل جزئي. يساعد التحال على ضبط ارتفاع الضغط الدموي، وتنظيم تركيز السوائل والشوارد، وتصحيح اضطراب التوازن الحمضي القلوي في الدم [5].

يعتبر الجلد المرآة الخارجية التي تعكس العديد من الأمراض الجهازية، وخاصة الكلوية منها [6]. حيث أظهرت دراسات عديدة أنّ 50-100% من مرضى القصور الكلوي المزمن لديهم تبدل جلدي واحد على الأقل [7-9]. يمكن للموجودات الجلدية أن تحدث قبل البدء بالتحال الدموي، ولكنّها تتبدل وتتفاقم بعد البدء به بالإضافة لحدوث تبدلات جديدة [10].

من الصعب تحديد إن كانت هذه التبدلات الجلدية بسبب القصور الكلوي المزمن أو بسبب التحال الدموي لوحده، وذلك لوجود العديد من التبدلات المشتركة بينهما.

هناك عوامل عديدة تتدخل في الآلية الإراضية للتظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن، مثل اختلال التوازن الشاردي، زيادة المستقلبات البوريميائية، اعتلال الأعصاب المحيطية، بالإضافة إلى وجود أمراض مرافقة [11].

أهمية البحث وأهدافه:

للتظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي أهمية كبرى، نظراً لشيوعها من جهة ولخطورة البعض منها من جهة أخرى. بعض هذه التظاهرات ينذر بالقصور الكلوي المزمن وبعضها يشكل اختلاطاً له، وبعضها الآخر يحدث نتيجة العلاج بالتحال الدموي لذلك فإنّ دراستها ومعرفة انتشارها تعتبر هامة للطبيب المعالج والمريض معاً.

إنّ الكشف المبكر عن هذه التظاهرات ومعالجتها يوفر فرصاً أفضل للشفاء، ويقلل العبء المادي على المريض، كما ينقص مدة الاستشفاء والتعطيل عن العمل.

يهدف البحث إلى دراسة حدوث التظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي في مستشفى تشرين الجامعي، ومن ثمّ دراسة العلاقة بين هذه التظاهرات وكل من المتغيرات التالية:

- أسباب القصور الكلوي المزمن.
- مدة العلاج بالتحال الدموي.
- عمر المرضى.

طرائق البحث ومواده:

أجريت هذه الدراسة المقطعية على مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي في مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية خلال الفترة الزمنية الممتدة بين شهري تموز 2020 وتموز 2021، ممن تحققت فيهم الشروط المطلوبة للدخول في الدراسة.

ضمّت الدراسة 116 مريضاً من مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي بمعدل جلستين أسبوعياً لمدة لا تقل عن 3 أشهر.

استبعدنا من الدراسة مرضى القصور الكلوي الحاد، مرضى التحال البريتواني والمرضى زارعي الكلى.

تم أخذ قصة سريرية كاملة للمرضى، إجراء فحص شامل للجلد والشعر والأظافر والمخاطية الفموية، وتصوير التظاهرات المشاهدة بشروط الإضاءة والتصوير ذاتها. حين الشك بوجود خمج فطري قمنا بتحري الفطور من الآفة أو أجرينا الزرع بأخذ عينة من الوسوف أو من برادة الصفيحة الظفرية، كما أجرينا بعض الزروع الجرثومية عند الضرورة. أما عند الالتباس في تشخيص بعض الأمراض الجلدية أخذنا خزعة جلدية، وأرسلناها للفحص النسيجي لتأكيد التشخيص.

تم معايرة قيم الكرياتينين واليوريا، شوارد المصل، سكر الدم، مع إجراء تعداد دم كامل.

استخدمنا اختبار Chi-square Or Fisher exact لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكيفية، واعتبرنا P-value هامة إحصائياً عندما تكون ($0.05 >$).

النتائج والمناقشة:**النتائج:**

شملت عينة البحث 116 مريضاً 69 (59.5%) ذكراً و 47 (40.5%) إناثاً وبنسبة 1: 1.4 (إناث: ذكور). تراوحت أعمار المرضى بين 20 إلى 80 عاماً، وبلغ وسطي العمر 54 عاماً. كما تراوحت مدة العلاج بالتحال الدموي بين 3 أشهر إلى 216 شهراً، وبلغ وسطي مدة العلاج 36 شهراً. الجدول (1)

الجدول (1): المعلومات الديموغرافية في مجموعة الدراسة.

المتغيرات	
الجنس	
- ذكور	69 (59.5%)
- إناث	47 (40.5%)
العمر بالسنوات	
20 - 40	32 (27.6%)
41 - 60	41 (35.3%)
61 - 80	43 (37.1%)
مدة العلاج بالتحال الدموي بالأشهر	
4 - 12	31 (26.7%)

24 - 13	15 (12.9%)
36 - 25	19 (16.4%)
48 - 37	13 (11.2%)
60 - 49	13 (11.2%)
60 <	25 (21.6%)

كان ارتفاع التوتر الشرياني سبباً للقصور الكلوي المزمن لدى 41.4% من عينة مرضى الدراسة، وعند 28.4% منهم كان سبب القصور هو الداء السكري، مع العلم أنه تواجد أكثر من سبب عند بعض المرضى (مثل ارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري معاً). الجدول (2)

الجدول (2): توزيع عينة المرضى حسب أسباب القصور الكلوي المزمن.

النسبة	العدد	أسباب القصور الكلوي المزمن
41.4%	48	ارتفاع التوتر الشرياني
28.4%	33	الداء السكري
7.8%	9	التهاب الكبد والكلية المزمن
5.2%	6	داء الكلية عديد الكيسات القاهر
3.4%	4	المسكنات والأدوية
1.7%	2	اعتلال الكلية الانسدادي
0.9%	1	Wegner Disease
22.4%	26	أسباب أخرى

إن أكثر التظاهرات الجلدية المسجلة عند مرضى الدراسة هو جفاف الجلد (82.8%)، تلاه الشحوب (68.1%)، ثم الحكة (50.8%) كما هو موضح في الجدول (3):

الجدول (3) التظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي.

النسبة	العدد	التظاهرات الجلدية
82.8%	96	جفاف جلد
68.1%	79	شحوب
50.9%	59	حكة
37.1%	43	تبدلات تصبغية
19.8%	23	أخماج جلدية

كدمات	16	13.8%
فرفريات	8	6.9%
قرحات	6	5.2%
داء كيرل	4	3.4%
ارتكاسات دوائية	3	2.6%
كلاس	2	1.7%
بورفيريا كاذبة	1	0.9%

أما الاخماج الجلدية فقد توزعت كالتالي: أخماج فطرية 13 حالة (11.2%)، أخماج جرثومية 6 حالات (5.2%) وأخماج فيروسية 4 حالات (3.4%).

كان جفاف المخاطية هو التظاهرة الأكثر مشاهدة حيث سُجل عند 33.6% من المرضى، تلاه السلاق الذي لُحظ عند 13.8% من المرضى. كما كان تساقط شعر الفروة المنتشر (27.6%) أكثر أمراض الشعر المسجلة، تلاه (18.1%) فقدان لمعان الشعر ولم يُلاحظ تساقط شعر الجسم المنتشر إلا عند 6% من المرضى فقط. بينما كان غياب الهليل (38.8%) هو أكثر التظاهرات الظفرية الملحوظة عند المرضى ، تلاه أظافر النصف- نصف (28.4%).

الجدول (4)

الجدول (4) التظاهرات السريرية (المخاطية الفموية، الشعر والأظافر) عند مرضى الدراسة.

النسبة	العدد	التظاهرات المخاطية الفموية
33.6%	39	جفاف المخاطية
13.8%	16	السلاق
12.9%	15	اللسان المتشق
2.6%	3	التقرحات الفموية
2.6%	3	التهاب الشفة الزاوي
النسبة	العدد	أمراض الشعر
27.6%	32	تساقط شعر الفروة المنتشر
18.1%	21	فقدان لمعان الشعر
6%	7	تساقط شعر الجسم المنتشر
النسبة	العدد	التظاهرات السريرية للأظافر
38.8%	45	غياب الهليل
28.4%	33	أظافر النصف- نصف
18.1%	21	أظافر هشة جافة

فطار أظافر	20	17.2%
فرط تقرن تحت ظفري	19	16.4%
خطوط طولانية	18	15.5%
انفكاك أظافر	14	12.1%
نزوف شظوية	14	12.1%
تتقرات	7	6%
خطوط Mees	7	6%
خطوط Muehrcke's	7	6%
خطوط Beau's	7	6%
وبش حقيقي	7	6%
الظفر الكلابي	5	4.3%
تقعر أظافر	2	1.7%

عند دراسة العلاقة بين التظاهرات الجلدية وأشيع أسباب القصور الكلوي المزمن عند مرضى الدراسة لاحظنا وجود علاقة هامة إحصائياً بين الداء السكري وكل من داء كيرل والقرحات. الجدول (5)

الجدول (5) العلاقة بين التظاهرات الجلدية وأشيع أسباب القصور الكلوي المزمن عند مرضى الدراسة.

اعتلال كلية انسدادية	داء كلية عديد الكيسات القاهر	التهاب كبب وكلية ومزمن	الداء السكري	ارتفاع التوتر الشرياني	التظاهرات الجلدية
0(0)	4(5.1)	3(3.8)	25(31.6)	33(41.8)	شحوب
2(2.1)	4(4.2)	7(7.3)	29(30.2)	40(41.7)	جفاف جلد
0(0)	5(8.5)	9(15.2)	14(23.7)	19(32.2)	حكة
2(4.7)	2(4.7)	2(4.7)	12(27.9)	20(46.5)	تبدلات تصبغية
0(0)	0(0)	0(0)	3(7.5)	1(2.5)	داء كيرل
0(0)	0(0)	0(0)	2(2.5)	3(37.5)	فرطريات
0(0)	0(0)	1(6.3)	4(2.5)	7(43.8)	كدمات
0(0)	0(0)	3(13)	10(43.5)	9(39.1)	أخماج جلدية
0(0)	0(0)	0(0)	2(100)	1(50)	كلاس
0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)	بورفيريا كاذبة
0(0)	0(0)	0(0)	2(66.7)	3(100)	ارتكاسات دوائية
0(0)	0(0)	0(0)	4(66.7)	3(50)	قرحات

كما لاحظنا وجود علاقة هامة إحصائياً بين الداء السكري وكل من جفاف المخاطية، السلاق وفطار الأظافر. بينما لم نسجل أية علاقة ذات قيمة هامة إحصائياً بين أمراض الشعر وأسباب القصور الكلوي المزمن عند مرضى الدراسة.

الجدول (6)

الجدول (6) العلاقة بين التظاهرات السريرية (المخاطية الفموية، الشعر والأظافر) وأشيع أسباب القصور الكلوي المزمن.

اعتلال كلية انسدادى	داء كلية عديد الكيسات القاهر	التهاب كبب وكلية ومزمن	الداء السكري	ارتفاع التوتر الشرياني	التظاهرات المخاطية الفموية
1(2.6)	0(0)	4(10.3)	18(46.2)	20(51.3)	جفاف مخاطية
0(0)	2(13.3)	1(6.7)	7(46.2)	7(46.7)	لسان متشقق
0(0)	0(0)	0(0)	3(100)	2(66.7)	تقرحات فموية
0(0)	0(0)	0(0)	2(66.7)	2(66.7)	التهاب شفة زاوي
0(0)	1(6.3)	1(6.3)	8(50)	9(56.3)	سلاق
اعتلال كلية انسدادى	داء كلية عديد الكيسات القاهر	التهاب كبب وكلية ومزمن	الداء السكري	ارتفاع التوتر الشرياني	أمراض الشعر
0(0)	1(3.1)	3(9.4)	7(21.9)	14(43.8)	تساقط شعر الفروة
0(0)	0(0)	1(14.3)	2(28.6)	4(57.1)	تساقط شعر الجسم
0(0)	2(9.5)	2(9.5)	6(28.6)	10(47.6)	فقدان لمعان الشعر
اعتلال كلية انسدادى	داء كلية عديد الكيسات القاهر	التهاب كبب وكلية ومزمن	الداء السكري	ارتفاع التوتر الشرياني	التظاهرات السريرية للأظافر
1(2.2)	3(6.7)	4(8.9)	16(35.6)	20(44.4)	غياب الهليل
0(0)	1(3)	1(3)	8(24.2)	14(42.4)	أظافر النصف- نصف
1(7.1)	0(0)	0(0)	5(35.7)	3(21.4)	انفكاك أظافر
0(0)	3(15.8)	0(0)	6(31.6)	9(47.4)	فرط نقرن تحت ظفري
0(0)	0(0)	0(0)	4(57.1)	0(0)	تتقرات
0(0)	0(0)	0(0)	8(44.4)	11(61.1)	خطوط طولانية
0(0)	2(28.6)	0(0)	3(42.9)	1(14.3)	خطوط Mees
1(14.3)	0(0)	0(0)	3(42.9)	5(71.4)	خطوط Muehrckes
0(0)	0(0)	0(0)	2(28.6)	4(57.1)	خطوط Beaus
0(0)	1(7.1)	1(7.1)	4(28.6)	4(28.6)	نزوف شظوية
0(0)	2(28.6)	0(0)	2(28.6)	2(28.6)	وبش
0(0)	0(0)	2(9.5)	6(28.6)	12(57.1)	أظافر جافة هشة

الظفر الكلابي	3(60)	4(80)	0(0)	0(0)	0(0)
تقعر أظافر	2(100)	0(0)	1(5)	0(0)	0(0)
فطار أظافر	7(35)	10(50)	3(9.4)	0(0)	1(5)

عند دراسة العلاقة بين التظاهرات الجلدية ومدة العلاج بالتحال الدموي لم يُسجل وجود أية علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً مع $p\text{-value} > 0.05$ ، كما هو موضح في الجدول (7):

الجدول (7) العلاقة بين التظاهرات الجلدية ومدة العلاج بالتحال الدموي عند مرضى الدراسة.

التظاهرات الجلدية			بالأشهر	العلاج	مدة		P-value
	4-12	13-24	25-36	37-48	49-60	>60	
شحوب	14(17.7)	13(16.5)	14(17.7)	12(15.2)	9(11.4)	17(21.5)	0.07
جفاف جلد	22(22.9)	11(11.5)	17(17.7)	11(11.5)	12(12.5)	23(24)	0.2
حكة	14(23.7)	7(11.9)	7(11.9)	9(15.2)	9(15.2)	13(22.1)	0.5
تبدلات تصبغية	10(23.3)	5(11.6)	10(23.3)	6(14)	5(11.6)	7(16.3)	0.5
داء كيرل	2(50)	1(25)	0(0)	0(0)	1(25)	0(0)	0.4
فرغريات	3(37.5)	1(12.5)	2(25)	0(0)	0(0)	2(25)	0.7
كدمات	4(25)	4(25)	2(12.5)	2(12.5)	2(12.5)	2(12.5)	0.6
أخماج جلدية	8(34.8)	1(4.3)	3(13)	3(13)	3(13)	5(21.7)	0.7
كلاس	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0.6
بورفيريا كاذبة	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100)	0(0)	0.1
ارتكاسات دوائية	1(33.3)	1(33.3)	0(0)	1(33.3)	0(0)	0(0)	0.5
قرحات	4(66.7)	0(0)	1(16.7)	0(0)	0(0)	1(16.7)	0.2

لم نسجل أيضاً أية علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً بين التظاهرات السريرية (المخاطية الفموية، الشعر والأظافر) ومدة العلاج بالتحال الدموي مع $p\text{-value} > 0.05$. الجدول (8)

الجدول (8) العلاقة بين التظاهرات السريرية (المخاطية الفموية، الشعر والأظافر) ومدة العلاج بالتحال الدموي.

التظاهرات المخاطية الفموية	مدة العلاج بالأشهر						P-value
	4-12	13-24	25-36	37-48	49-60	>60	
جفاف مخاطية	7(17.9)	8(20.5)	6(15.4)	5(12.8)	5(12.8)	8(20.5)	0.4
لسان منشقق	4(26.7)	3(20)	1(6.7)	2(13.3)	3(20)	2(13.3)	0.6
تقرحات فموية	2(66.7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(33.3)	0.6
التهاب شفة زاوي	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	0(0)	0(0)	0(0)	0.7
سلاق	5(31.3)	2(12.5)	1(6.3)	3(18.8)	3(18.8)	2(12.5)	0.5
أمراض الشعر	مدة العلاج بالأشهر						P-value
	4-12	13-24	25-36	37-48	49-60	>60	
تساقط شعر الفروة	7(21.9)	3(9.4)	3(9.4)	5(15.6)	4(12.5)	10(31.3)	0.4
تساقط شعر الجسم	0(0)	1(14.3)	1(14.3)	1(14.3)	3(42.9)	1(14.3)	0.1
فقدان لمعان الشعر	7(33.3)	3(14.3)	3(14.3)	3(14.3)	1(4.8)	4(19)	0.8
التظاهرات السريرية للأظافر	مدة العلاج بالأشهر						P-value
	4-12	13-24	25-36	37-48	49-60	>60	
غياب الهليل	11(24.4)	7(15.6)	6(13.3)	4(8.9)	4(8.9)	13(28.9)	0.7
أظافر النصف - نصف	6(18.2)	4(12.1)	7(21.2)	5(15.2)	3(9.1)	8(24.2)	0.6
انفكاك أظافر	5(35.7)	2(14.3)	2(14.3)	0(0)	1(7.1)	4(28.6)	0.7
فرط تقرن تحت ظفري	4(21.1)	2(10.5)	3(15.8)	4(21.1)	1(5.3)	5(26.3)	0.6
تتقرات	5(71.4)	0(0)	0(0)	0(0)	1(14.3)	1(14.3)	0.1
خطوط طولانية	8(44.4)	4(22.2)	1(5.6)	1(5.6)	2(11.1)	2(11.1)	0.2
خطوط Mees	2(28.6)	1(14.3)	1(14.3)	2(28.6)	1(14.3)	0(0)	0.5
خطوط Muehrckes	3(42.9)	2(28.6)	0(0)	1(14.3)	0(0)	1(14.3)	0.4
خطوط Beaus	0(0)	0(0)	3(42.9)	1(14.3)	0(0)	3(42.9)	0.1
نزوف شظوية	3(21.4)	0(0)	4(28.6)	1(7.1)	1(7.1)	5(35.7)	0.3
ويش	2(28.6)	2(28.6)	0(0)	2(28.6)	0(0)	1(14.3)	0.3
أظافر جافة هشة	7(33.3)	1(4.8)	5(23.8)	2(9.5)	2(9.5)	4(19)	0.7
الظفر الكلابي	2(40)	1(20)	1(20)	0(0)	0(0)	1(20)	0.8
تقعر أظافر	1(50)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50)	0.8
فطار أظافر	4(20)	2(10)	5(25)	2(10)	3(15)	4(20)	0.8

عند دراسة العلاقة بين التظاهرات الجلدية وعمر مرضى الدراسة وجدنا علاقة ذات دلالة إحصائية بين التقدم بالعمر وكل من جفاف الجلد، الشحوب، الكدمات والحكة، وأن معظم التظاهرات الجلدية كانت في الفئات العمرية الأكبر. الجدول (9)

الجدول(9) العلاقة بين التظاهرات الجلدية وعمر المرضى.

التظاهرات الجلدية	بالسنوات	المرضى	عمر	P-value
	20-40	41-60	61-80	
شحوب	12(15.2)	31(39.2)	36(45.6)	0.0001
جفاف جلد	28(29.2)	35(36.5)	33(34.4)	0.03
حكة	12(20.3)	26(44.1)	21(35.6)	0.02
تبدلات تصبغية	12(27.9)	13(30.2)	18(41.9)	0.6
داء كيرل	0(0)	2(50)	2(50)	0.6
فرفريات	0(0)	2(25)	6(75)	0.05
كدمات	0(0)	2(12.5)	14(87.5)	0.001
أخماج جلدية	7(30.4)	9(39.1)	7(30.4)	0.7
كلاس	0(0)	2(100)	0(0)	0.1
بورفيريا كاذبة	0(0)	0(0)	1(100)	0.4
ارتكاسات دوائية	0(0)	1(33.3)	2(66.7)	0.9
قرحات	2(33.3)	2(33.3)	2(33.3)	0.6

كما لاحظنا وجود علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً بين التقدم بالعمر وكل من السلاق، تساقط شعر الجسم المنتشر، فرط التقرن تحت الظفر والخطوط الطولية في الأظافر، وأن معظم التظاهرات السريرية (المخاطية الفموية، الشعر والأظافر) لحظت أيضاً في الفئات العمرية الأكبر كما هو موضح في الجدول (10):

الجدول(10) العلاقة بين التظاهرات السريرية (المخاطية الفموية، الشعر والأظافر) وعمر المرضى.

التظاهرات المخاطية	بالسنوات	المرضى	عمر	P-value
	20-40	41-60	61-80	
جفاف مخاطية	9(23.1)	14(35.9)	16(41)	0.7
لسان منتشق	0(0)	7(46.7)	8(53.3)	0.05
تقرحات فموية	0(0)	1(33.3)	2(66.7)	0.4
التهاب شفة زاوي	1(33.3)	0(0)	2(66.7)	0.3
سلاق	0(0)	7(43.8)	9(56.3)	0.02

أمراض الشعر	بالسنوات	المرضى	عمر	P-value
	20-40	41-60	61-80	
تساقط شعر الفروة المنتشر	10(31.3)	13(40.6)	9(28.1)	0.4
تساقط شعر الجسم المنتشر	1(14.3)	5(71.4)	1(14.3)	0.01
فقدان لمعان الشعر	6(28.6)	7(33.3)	8(38.1)	0.9
التظاهرات السريرية للأظافر	بالسنوات	المرضى	عمر	P-value
	20-40	41-60	61-80	
غياب الهليل	11(24.4)	13(28.9)	21(46.7)	0.2
أظافر النصف- نصف	7(21.2)	14(42.4)	12(36.4)	0.5
انفكاك أظافر	2(145.3)	3(21.4)	9(64.3)	0.07
فرط تقرن تحت ظفري	2(10.5)	13(68.4)	4(21.1)	0.004
تتقرات	2(28.6)	1(14.3)	4(57.1)	0.4
خطوط طولانية	0(0)	8(44.4)	10(55.6)	0.01
خطوط Mees	3(42.9)	4(57.1)	0(0)	0.1
خطوط Muehrckes	2(28.6)	1(14.3)	4(57.1)	0.4
خطوط Beaus	2(28.6)	2(28.6)	3(42.9)	0.9
نزوف شظوية	3(21.4)	6(42.9)	5(35.7)	0.7
ويش	2(28.6)	4(57.1)	1(14.3)	0.3
أظافر جافة هشّة	4(19)	7(33.3)	10(47.6)	0.4
الظفر الكلابي	1(20)	4(80)	0(0)	0.08
تقعر أظافر	0(0)	2(100)	0(0)	0.1
فطار أظافر	3(15)	7(35)	10(50)	0.2

المناقشة:

مناقشة النتائج ومقارنتها مع النتائج العالمية الأخرى:

- أجري هذا البحث لدراسة التظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي في مستشفى تشرين الجامعي.
- شملت عينة البحث 116 مريضاً (69 ذكوراً - 47 إناثاً)، ممن استوفوا معايير الدراسة.
- تراوحت أعمار مرضى عينة البحث بين 20-80 عاماً، وبلغ وسطي العمر 54 عاماً.
- تراوحت مدة العلاج بالتحال الدموي بين 3 أشهر إلى 216 شهراً، وبلغ وسطي مدة العلاج 36 شهراً.
- تراق ما قبل القصور الكلوي المزمن بارتفاع التوتر الشرياني بنسبة 41.4%، والداء السكري بنسبة 28.4% وهذا يتوافق مع دراسات كل من (Zeinab et al) عام 2019 [95]، (Roshina et al) عام 2016 [96]، (Maha et al) عام 2010 [97] و (Zohreh et al) عام 2008 [98]، حيث كان ارتفاع التوتر الشرياني

أشيع أسباب القصور الكلوي المزمن في كل من الدراسات السابقة تلاه الداء السكري. ولم تتوافق نتائجنا مع نتائج دراسة (Madhur et al) عام 2019 [99] التي كان الداء السكري فيها هو الأشيع (35.48%) تلاه ارتفاع التوتر الشرياني (29.03%).

- عند دراسة التظاهرات الجلدية عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي وجدنا أنَّ جفاف الجلد هو التظاهرة الأكثر حدوثاً بنسبة 82.8%، تلاه شحوب الجلد بنسبة 68.1% ثم الحكة بنسبة 50.8%، وهذا يتوافق مع دراسة (Madhur et al) حيث كان جفاف الجلد هو التظاهرة الأشيع بنسبة 54.8% وشحوب الجلد بنسبة 21.5% ثم الحكة بنسبة 19.35%، كما يتوافق مع دراسة (Roshina et al) الذين سجلوا جفاف الجلد بنسبة 58%، لكنّه يختلف مع دراسة (Zeinab et al) الذين وجدوا أنَّ شحوب الجلد هو الأشيع بنسبة 87% تلاه جفاف الجلد بنسبة 71%. أما في دراسة (Maha et al) فقد كانت الحكة هي التظاهرة الأشيع بنسبة 55%، تلاها جفاف الجلد بنسبة 54%، شحوب الجلد بنسبة 45%، كما سجلوا حدوث تأق كلسي بنسبة 2% والصقيع اليوريمي بنسبة 1% بينما لم يسجل حدوثهما في دراستنا وكذلك في دراسة (Madhur et al).

- وجدنا أنَّ جفاف المخاطية هو التظاهرة الأكثر حدوثاً بنسبة 33.6% تلاه السلاق بنسبة 13.8% ثم اللسان المتشقق بنسبة 12.9%، وهذا يتوافق مع دراسة (Roshina et al)، حيث كان جفاف المخاطية هو الأشيع بنسبة 10%، ويختلف مع دراسة (Maha et al) فقد كانت ضخامة اللسان هي الأشيع بنسبة 42%، تلاها جفاف المخاطية بنسبة 35% والتهاب الشفة الزاوي بنسبة 15%. وقد سُجل في دراسة (Zohreh et al) اللسان المتشقق الذي كان الأشيع ملاحظة بنسبة 5.9%، تلاه التهاب الشفة الزاوي والتقرحات الفموية بنسبة 1% لكل منهما، في حين لم يُلاحظ وجود ضخامة لسان عند أي من المرضى وبشكل مماثل لدراستنا، ربما يكون السبب في ذلك أنَّ مستوى يوريا الدم كان أقل عند معظم مرضانا، استبعادنا للمرضى خلال أول ثلاثة أشهر من بدء العلاج بالتحال الدموي بالإضافة إلى عدم تسجيلنا للداء النشواني كمسبب للقصور الكلوي المزمن.

- عند دراسة أمراض الشعر وجدنا أنَّ تساقط شعر الفروة المنتشر التظاهرة الأكثر حدوثاً عند مرضى الدراسة (27.6%)، تلاه فقدان لمعان الشعر بنسبة 18.1% ثم تساقط شعر الجسم المنتشر بنسبة 6%. وهذا يتوافق مع دراسة (Zohreh et al)، حيث كان تساقط شعر الفروة المنتشر هو الأشيع بنسبة 9.9% ثم تساقط شعر الجسم المنتشر بنسبة 8.9%، بينما يختلف مع دراسة (Roshina et al) التي وجدت أنَّ تساقط شعر الجسم المنتشر هو الأشيع بنسبة 20%، تلاه فقدان لمعان الشعر بنسبة 14% ثم تساقط شعر الفروة المنتشر بنسبة 12%.

- عند دراسة التظاهرات السريرية للأظافر وجدنا أنَّ غياب الهليل هو التظاهرة الأكثر حدوثاً عند مرضى الدراسة وبنسبة 38.8% من مجموع المرضى، تلاه أظافر النصف- نصف بنسبة 28.4%. وهذا ينسجم مع دراسة (Zohreh et al) الذين وجدوا أنَّ غياب الهليل كان الأشيع وبنسبة 16.8%، ثم أظافر النصف- نصف بنسبة 6.9%. بينما يختلف مع دراسة (Roshina et al) الذين وجدوا أنَّ أظافر النصف- نصف هي الأشيع بنسبة 26% تلاها الأظافر المقعرة بنسبة 16%، وفي دراسة (Zeinab et al) فقد كانت أظافر النصف- نصف هي الأشيع بنسبة 50%، تلتها النزوف الشظوية بنسبة 20% ثم الأظافر المقعرة بنسبة 10%.

- عند دراسة العلاقة بين التظاهرات السريرية وأشيع أسباب القصور الكلوي المزمن عند مرضى الدراسة وجدنا علاقة بين الداء السكري وكل من داء كيرل، القرحات، جفاف المخاطية، السلاق وفطار الأظافر. وهذا يتوافق مع دراسة (Madhur et al) الذين وجدوا علاقة بين الداء السكري وكل من داء كيرل والسلاق، وكذلك دراسة (P.)

- Udayakumar et al) الذين سجلوا علاقة طردية بين الداء السكري وكل من داء كيرل وفطار الأظافر. بينما يختلف مع دراسة (Maha et al) الذين لم يلاحظوا أية علاقة بين التظاهرات وأسباب القصور الكلوي المزمن، في حين في دراسة (Roshina et al) تم دراسة هذه العلاقة مع الداء السكري فقط ولم يجدوا أية علاقة.
- عند دراسة العلاقة بين التظاهرات السريرية ومدة العلاج بالتحال الدموي وجدنا أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً مع $p\text{-value} > 0.05$. وهذا يتوافق مع دراستي (Roshina et al) و (Zohreh et al)، ويختلف مع دراسة (Zeinab et al) الذين وجدوا علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً تؤكد أن هذه التظاهرات تزداد مع ازدياد فترة العلاج بالتحال الدموي، في حين لم يتم دراسة هذه العلاقة من قبل (Maha et al).
 - عند دراسة العلاقة بين التظاهرات السريرية وعمر المرضى وجدنا علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً بين التقدم بالعمر وكل من جفاف الجلد، الشحوب، الحكة، الكدمات، السلاق، تساقط شعر الجسم المنتشر، فرط التقشر تحت الظفر والخطوط الطولية في الأظافر، وأن معظم التظاهرات السريرية كانت في الفئات العمرية الأكبر. وهذا يتوافق مع كل من دراسات (Zeinab et al)، (Roshina et al) و (Zohreh et al)، في حين لم تدرس (Maha et al) هذه العلاقة.
 - حسب نتائج هذه الدراسة والدراسات الأخرى المشابهة تبين أن هذه التظاهرات تتنوع وتختلف حسب الظروف المناخية للمنطقة، الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للمرضى، دقة التشخيص وشروط الإضاءة التي تم بها الفحص، كما قد تمنع الإجراءات العلاجية والوقائية حدوث بعض هذه التظاهرات.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

- ترافق ما قبل القصور الكلوي المزمن عند مرضى دراستنا بارتفاع التوتر الشرياني بنسبة 41.4%، والداء السكري بنسبة 28.4%، مع العلم أنه تواجد أكثر من سبب عند بعض المرضى (مثل ارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري معاً).
- سجلنا حدوث العديد من التظاهرات الجلدية والمخاطية والتبدلات السريرية للشعر والأظافر عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي، حيث كان أشيع التظاهرات الجلدية هو جفاف الجلد بنسبة 82.8%، تلاه شحوب الجلد بنسبة 68.1% ثم الحكة بنسبة 50.8%، بينما كان جفاف المخاطية أكثر التظاهرات المخاطية حدوثاً بنسبة 33.6% تلاه السلاق بنسبة 13.8% ثم اللسان المتشقق بنسبة 12.9%. كما وجدنا أن تساقط شعر الفروة هو أشيع أمراض الشعر المسجلة عند مرضى الدراسة بنسبة (27.6%)، تلاه فقدان لمعان الشعر بنسبة 18.1% ثم تساقط شعر الجسم بنسبة 6%. بينما كان غياب الليل هو أكثر التبدلات الظفرية حدوثاً عند مرضى الدراسة بنسبة 38.8% تلاه أظافر النصف- نصف بنسبة 28.4%.
- وجدنا علاقة بين الداء السكري وكل من داء كيرل، القرحة، جفاف المخاطية، السلاق وفطار الأظافر.
- لم نجد علاقة هامة إحصائياً بين التظاهرات السريرية ومدة العلاج بالتحال الدموي الذي يطيل حياة المرضى ويحسن نوعية حياتهم.

- وجدنا علاقة ذات دلالة هامة إحصائياً بين التقدم بالعمر وكل من جفاف الجلد، الشحوب، الحكة، الكدمات، السلاق، تساقط شعر الجسم المنتشر، فرط التقرن تحت الظفر والخطوط الطولانية في الأظافر، وأن معظم التظاهرات السريرية كانت في الفئات العمرية الأكبر.

التوصيات:

- نقترح إجراء دراسات تشمل عدد مرضى أكبر والمقارنة بين التظاهرات السريرية قبل البدء بالتحال الدموي وبعده.
- الأخذ بعين الاعتبار كل التظاهرات المذكورة عند مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي، وتتقيف المرضى حول طرق العناية بالجلد والأمراض الجلدية التي يمكن تجنبها أو علاجها، وضرورة مراجعة طبيب الأمراض الجلدية عند ظهور أية تغيرات في الجلد وملحقاته.

Reference

1. Theodor W post, Burton D Rose. *Overview of the management of chronic kidney disease in adults*, 2013.
2. Bonomini M, Del Vecchio L, Sirolli V, Locatelli F. *New Treatment Approaches for the Anemia of CKD*. Am J Kidney Dis. 2016;67(1):133-142.
3. Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. *Assessing Kidney Function — Measured and Estimated Glomerular Filtration rate*. N Engl J Med 2006; 354:2473-2483.
4. Jonathan Himmelfarb. *Hemodialysis*. N Engl J Med 2010;363:1833-1845.
5. Rebecca J Schmidt, Jean L Holley. *Overview of the hemodialysis apparatus 2012*.
6. Amatya B, Agrawal S, Dhali T, Sharma S, Pandey SS. *Pattern of skin and nail changes in chronic renal failure in Nepal: a hospital-based study*. J Dermatol 2008; 35: 140 - 5.
7. Hajheydari Z, Makhloogh A. *Cutaneous and mucosal manifestations in patients on maintenance hemodialysis*. Iran J Kidney Dis 2008;2: 86-90.
8. Madiha Sanai, et al. *Dermatologic manifestations in patients of renal disease on hemodialysis*. Journal of Pakistan Association of Dermatology 20(3), 163-168, 2016.
9. Shashikant Malkud, Veeresh Dyavannanavar, Sirisha Varala. *Cutaneous manifestations in patients with chronic kidney disease on hemodialysis*. Journal of Pakistan Association of Dermatology 30 (3), 490-496, 2020.
10. Eman M. Sanad, Neveen E. Sorour, Wael M. Saudi, Afaf M. Elmasry. *Prevalence of cutaneous manifestations in chronic renal failure patients on regular hemodialysis: a hospital-based study*. Egyptian Journal of Dermatology and Venereology 2014, 34:27–35
11. Goldman, L, Schafer AI: *Chronic Kidney Disease*. In: Goldman's Cecil Medicine, Expert Consult Premium Edition, 24th Ed., Philadelphia, Elsevier Saunders, 2012.
12. Zeinab Raiesifar , Noorollah Tahery , Razieh Shirzadegan , Shahram Baraz , Pouriya Darabiyan and Afsaneh Raiesifar . *Assessment of Skin Manifestations in End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis in Shahid Beheshti Hospital of Abadan and Vali-e-Asr Hospital of Khorramshahr*. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2019; 8(1):e83381.
13. Roshina Anjum, Mohammad Saleem, Uzma Ihsan, Salman Tahir Shafi, Tahir Shafi. *Dermatological Manifestations in Patients on Hemodialysis: Experience at Sharif Medical City Hospital*. Journal of Sharif Medical and Dental College Lahore, Pakistan 2016; Vol 02(02):46-49.

14. Maha M. Sultan, M.D., Hayam H. Mansour, M.D., Iman M. Wahby, M.D. and Ali S. Houdery, M.D. *Cutaneous Manifestations in Egyptian Patients with Chronic Renal Failure on Regular Hemodialysis*. J Egypt Women Dermatol Soc. Vol. 7, No. 1, 2010.
15. Zohreh Hajheydari, Atieh Makhloogh. *Cutaneous and Mucosal Manifestations in Patients on Maintenance Hemodialysis*. Iranian Journal of Kidney Diseases | Volume 2 | Number 2 | April 2008.
16. Madhur Bharat Kelkar, Rahul Kote, Anil S. Gugle, Manoj Pawar and Shrikant Kumawat. *An Observational Study of Dermatological Manifestations in Patients of Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis*. MVP Journal of Medical Sciences, Vol 6(2), 120–125, July-December 2019
17. Udayakumar P, Balasubramanian S, Ramalingam KS, Lakshmi C, Srinivas CR, Mathew AC. *Cutaneous manifestations in patients with chronic renal failure on hemodialysis*. Indian J Dermatol Venereol and Lepr. 2006; 72:119–25. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.25636> PMid:16707817.