

گزارش کوتاه

تظاهرات پوستی و مخاطی بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه تحت همودیالیز در مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان (۱۳۸۸)

دکتر رامین تاجبخش*^۱، دکتر محمد دهقان^۲، دکتر رامین آذرهوش^۳، دکتر سمیه سدنی^۴، مریم کبوتری^۵، مصطفی قربانی^۶، سهیلا صمدزاده^۷
۱- استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۲- استادیار گروه درماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۳- دانشیار گروه آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۴- پزشک عمومی، کارشناس پژوهشی واحد حمایت از توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۵- دانشجوی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۶- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۷- کارشناس پژوهشی واحد حمایت از توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران همودیالیزی از شیوع بالایی برخوردار هستند. این مطالعه به منظور تعیین تظاهرات پوستی و مخاطی بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه تحت همودیالیز مزمن در مرکز دیالیز مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۱۰۰ بیمار (۵۱ مرد و ۴۹ زن) از مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان به صورت تصادفی از بین ۱۲۰ بیمار تحت همودیالیز در سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. بیماران مورد مطالعه توسط متخصص پوست از نظر ضایعات پوستی، مخاطی، ناخن و مو معاینه شدند و یافته‌ها برای هر بیمار در پرسشنامه ثبت گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS-13 و آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، تی، یومن‌ویتنی، کای‌اسکوئر و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران $49 \pm 12/3$ سال بود. شایع‌ترین علت نارسایی کلیه، دیابت بود. شایع‌ترین یافته خشکی پوست ($78/3\%$ درصد) بود و پس از آن به ترتیب خارش ($39/1\%$ درصد)، لنتیگو ($34/8\%$ درصد)، تغییر رنگ پوستی ($32/6\%$ درصد)، لکونیشیا (32% درصد) و نازک شدن بستر ناخن (24% درصد) تعیین گردید. لنتیگو در زنان ($42/85\%$ درصد) بیشتر از مردان ($21/5\%$ درصد) بود ($P < 0/042$). ارتباط سن با خشکی پوستی ($P < 0/01$)، پوسته‌ریزی ($P < 0/042$)، لنتیگو ($P < 0/01$)، فولیکولیت ($P < 0/01$)، هیپوپیگمانتاسیون گوتیت ایدئوپانیک ($P < 0/01$)، لکونیشیا ($P < 0/01$) و ناخن نیم‌نیم ($P < 0/01$) معنی‌دار بود. بین زمان دیالیز و تغییر رنگ پوست ($P < 0/032$) و لکونیشیا ($P < 0/041$) ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. رابطه بین کلایینگ و ضریب کلسیم فسفر از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/027$). سطح فریتین سرم با خارش پوستی ($P < 0/048$) و قارچ پوستی (تینه‌آ و رسیکالر) ($P < 0/047$) رابطه آماری معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران تحت همودیالیز شایع است و لنتیگو در مقایسه با سایر مطالعات از شیوع بیشتری برخوردار است.

کلید واژه‌ها: همودیالیز، نارسایی مزمن کلیه، تظاهرات پوستی و مخاطی

* نویسنده مسؤول: دکتر رامین تاجبخش، پست الکترونیکی: tajbakhsh@goums.ac.ir

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر، واحد حمایت از توسعه تحقیقات بالینی، تلفن و نمابر ۰۱۷۱-۲۲۴۱۲۸۰

وصول مقاله: ۸۸/۷/۲۱، اصلاح نهایی: ۸۹/۳/۱۷، پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۱۵

مقدمه

تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران کلیوی از شیوع بالایی برخوردار است و در نتیجه عوامل متعددی از جمله اورمی، اختلالات متابولیک، دیالیز و اثر داروهای ایمنونوساپرسیو می‌باشد. در نتیجه تظاهرات پوستی متعدد از عفونت‌های پوستی تا بدخیمی‌ها در این بیماران دیده می‌شود (۱). تقریباً در تمامی افراد با نارسایی پیشرفته کلیوی حداقل یکی از ضایعات پوستی دیده می‌شود و شایع‌ترین ضایعه پوستی در این افراد تغییر رنگ پوست گزارش شده است (۲ و ۳). ضایعات پوستی جدید هم با افزایش طول عمر بیماران در نتیجه همودیالیز فرصت ظهور پیدا می‌کنند. گاهی تغییرات پوستی به عنوان اولین علامت مهم بیماران نارسایی مزمن کلیوی می‌باشد (۴). دیالیز طولانی مدت با تغییرات پوستی و مخاطی همراه است (۵ و ۶). از میان تظاهرات پوستی در بعضی از مطالعات خارش به عنوان شایع‌ترین عارضه پوستی ذکر شده است که علت آن ناشناخته است و عواملی مانند هیپرپاراتیروئیدی ثانویه، اختلالات یون‌های دو ظرفیتی، آلرژی، آنمی فقر آهن، نوروپاتی و پرولیفراسیون ماست سل‌ها جزو عوامل ایجاد کننده آن مطرح شده است (۷). ضایعات پوستی در بیماران نارسایی انتهایی کلیوی به دو دسته اختصاصی و غیراختصاصی تقسیم‌بندی می‌شود (۸). مطالعات در نواحی مختلف ایران تظاهرات مختلف پوستی را در بیماران همودیالیزی نشان داده است و بسته به نژاد، وضعیت تغذیه، وضعیت جغرافیایی، وضعیت اقتصادی و دقت در معاینه افراد متفاوت است (۹). این مطالعه به منظور تعیین تظاهرات پوستی و مخاطی بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه تحت همودیالیز در مرکز دیالیز مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی ۱۰۰ بیمار از مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان به صورت تصادفی منظم از بین ۱۲۰ بیمار همودیالیزی طی سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. از همه بیماران رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش اخذ شد.

تمام بیماران توسط یک متخصص پوست در محیطی با نور کافی و وسایل مورد نیاز معاینه پوست و مخاط روتین از جمله

نوردستی، ذره‌بین و غیره مورد معاینه دقیق قرار گرفتند. نتایج معاینات در پرسشنامه‌های از قبل تعیین شده ثبت گردید. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس و اطلاعات مربوط به علت نارسایی کلیه و طول مدت دیالیز از پرونده بیماران اخذ شد. همچنین اطلاعات مربوط به آزمایشات بیماران از متوسط سه آزمایش اخیر بیماران به دست آمد. ضریب Ca^{2+} بیشتر از ۵۵ و سطح سرمی فریتین بیشتر از 800 ng/ml بالا تلقی شد (۱۰).

داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS-13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی (سن، زمان و مدت دیالیز) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای متغیرهای کمی از آزمون‌های تی (بررسی ارتباط سن با علائم پوستی مخاطی) و یومن ویتنی (ارتباط مدت زمان دیالیز با علائم پوستی مخاطی) و برای متغیرهای کیفی (جنسیت، ضریب کلیسم-فسفر و سطح فریتین) از آزمون کای اسکوئر و تست دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از تعداد ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۵۱ نفر (۵۱ درصد) مرد و ۴۹ نفر (۴۹ درصد) زن بودند. متوسط سن بیماران $49 \pm 12/3$ سال بود. متوسط طول مدت دیالیز 40 ± 13 ماه بود. شایع‌ترین علت ایجاد نارسایی کلیه (۴۵ درصد) در این افراد دیابت بود و پس از آن فشارخون (۲۸ نفر) گلو مرونفریت (۱۳ نفر)، کلیه پلی کیستیک (۴ نفر)، رفلاکس نفروپاتی (۴ نفر) و نارسایی کلیه با علت نامعلوم (۶ نفر) بودند (جدول یک).

شایع‌ترین تظاهر پوستی در این افراد خشکی پوست (۷۸/۳ درصد) بود و پس از آن خارش (۳۹/۱ درصد)، لنتیگو (۳۴/۸ درصد)، تغییر رنگ پوستی (۳۲/۶ درصد)، لکونیشی (۳۲ درصد) و نازک شدن سر ناخن‌ها (۲۴ درصد) جزو عوارض شایع بودند (جدول یک).

رابطه بین لنتیگو و جنسیت از لحاظ آماری معنی دار بود ($P < 0/042$)؛ به طوری که ۲۱ زن در مقابل ۱۱ مرد دچار لنتیگو بودند.

ارتباط سن با خشکی پوست ($P < 0/01$)، پوسته‌ریزی ($P < 0/04$)، لنتیگو ($P < 0/01$)، فولیکولیت ($P < 0/01$)،

جدول ۲: ارتباط سن و تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران با نارسایی پیشرفته و انتهایی کلیوی

p-value	انحراف معیار ± میانگین سن	متغیر
۰/۳۵۱	۴۸/۸۶ ± ۱۴/۷۰	دارد
	۵۲/۵۱ ± ۱۸/۷۰	ندارد
۰/۷۹۲	۵۰/۷۲ ± ۱۷/۸۵	دارد
	۵۱/۷۱ ± ۱۷/۴۲	ندارد
<۰/۰۱	۵۴/۲۷ ± ۱۶/۳۰	دارد
	۴۰/۷۰ ± ۱۷/۹۵	ندارد
۰/۰۴۰	۵۸/۶۳ ± ۱۴/۸۸	دارد
	۴۹/۴۲ ± ۱۷/۷۲	ندارد
۰/۰۹۴	۳۷/۰۰ ± ۱۱/۳۷	دارد
	۵۱/۹۷ ± ۱۷/۴۹	ندارد
۰/۰۹۴	۶۸/۰۰ ± ۹/۸۴	دارد
	۵۰/۷۶ ± ۱۷/۴۶	ندارد
-	۵۲/۰ ± ۰	دارد
	۵۱/۳۱ ± ۱۷/۶۰	ندارد
<۰/۰۱	۶۱/۵۳ ± ۱۴/۴۹	دارد
	۴۵/۸۸ ± ۱۶/۶۰	ندارد
<۰/۰۱	۷۳/۷۵ ± ۱۰/۲۱	دارد
	۵۰/۳۰ ± ۱۷/۱۰	ندارد
۰/۰۷۴	۶۳/۶۶ ± ۱۵/۷۶	دارد
	۵۰/۴۶ ± ۱۷/۳۷	ندارد
۰/۰۷۸	۳۶/۲۵ ± ۱۲/۵۰	دارد
	۵۲/۰۱ ± ۱۷/۴۴	ندارد
۰/۸۶۸	۴۹/۶۶ ± ۲۶/۹۵	دارد
	۵۱/۳۸ ± ۱۷/۳۲	ندارد
<۰/۰۱	۶۲/۵۰ ± ۱۴/۰۷	دارد
	۴۸/۲۲ ± ۱۷/۱۶	ندارد
۰/۷۹۷	۴۹/۵۰ ± ۱۱/۷۳	دارد
	۵۱/۸۳ ± ۱۷/۸۸	ندارد
۰/۴۸۱	۶۰/۵۰ ± ۱۶/۲۶	دارد
	۵۱/۵۶ ± ۱۷/۶۹	ندارد
۰/۴۸۱	۶۰/۵۰ ± ۶/۳۶	دارد
	۵۱/۵۶ ± ۱۷/۷۶	ندارد
۰/۰۱۳	۵۸/۰۶ ± ۱۴/۸۸	دارد
	۴۸/۷۶ ± ۱۸/۱۴	ندارد
۰/۲۷۹	۵۸/۲۵ ± ۱۲/۰۴	دارد
	۵۱/۱۷ ± ۱۷/۹۸	ندارد
۰/۸۹۳	۵۲/۱۶ ± ۱۷/۳۹	دارد
	۵۱/۶۰ ± ۱۷/۸۲	ندارد
<۰/۰۱	۷۳/۸۷ ± ۱۱/۳۴	دارد
	۴۹/۸۱ ± ۱۶/۷۸	ندارد
۰/۲۴۱	۶۰/۸۰ ± ۱۴/۲۵	دارد
	۵۱/۲۶ ± ۱۷/۷۳	ندارد
۰/۲۷۲	۴۰/۶۶ ± ۵/۱۳	دارد
	۵۲/۰۸ ± ۱۷/۷۸	ندارد
۰/۱۳۸	۶۱/۲۸ ± ۱۱/۵۷	دارد
	۵۱/۰۲ ± ۱۷/۸۵	ندارد
۰/۱۶۳	۶۹/۰ ± ۸/۴۸	دارد
	۵۱/۳۸ ± ۱۷/۶۲	ندارد
۰/۳۴۱	۶۱/۳۳ ± ۱۲/۰	دارد
	۵۱/۴۴ ± ۱۷/۷۴	ندارد
۰/۲۰۸	۵۹/۸۵ ± ۱۳/۲۰	دارد
	۵۱/۱۲ ± ۱۷/۸۳	ندارد
۰/۶۷۶	۵۸/۵۰ ± ۹/۱۹	دارد
	۵۳/۰ ± ۱۷/۸۰	ندارد

هیپوپیگمانتاسیون قطره‌ای ایدیوپاتیک ($P < 0/01$)، لکونیشیا ($P < 0/01$) و ناخن نیم‌نیم ($P < 0/01$) از لحاظ آماری معنی‌دار بود. در مورد طول مدت دیالیز نتایج آزمون من‌ویتنی نشان داد که بین زمان دیالیز با تغییر رنگ پوست ($P < 0/031$) و لکونیشیا ($P < 0/041$) رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. از لحاظ ارتباط سطح ضریب $Ca \times P$ با ضایعات پوستی تنها کلاینینگ انگشتان ($P < 0/027$) با ضریب کلسیم در فسفر در ارتباط بود. سطح فریتین سرم با خارش ($P < 0/048$) دارای رابطه آماری معنی‌داری بود. همچنین سطح فریتین سرم با ضایعه قارچی پوستی (تینه آ و رسیکالر) ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($P < 0/047$). ارتباط بین سن و تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران با نارسایی پیشرفته در جدول ۲ آورده شده است. ۹۵ درصد افراد دچار حداقل یک ضایعه پوستی مخاطی بودند.

جدول ۱: شیوع تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران با نارسایی پیشرفته و انتهایی کلیوی

متغیر	دارد	ندارد	Missing
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تغییر رنگ پوست	۳۰ (۳۲/۶)	۶۲ (۶۷/۴)	۸
خارش	۳۶ (۳۹/۱)	۵۶ (۶۰/۹)	۸
خشکی پوست	۷۲ (۷۸/۳)	۲۰ (۲۱/۷)	۸
پوسته ریزی	۱۹ (۲۰/۷)	۷۳ (۷۹/۳)	۸
جوش	۴ (۴/۳)	۸۸ (۹۵/۷)	۸
برس	۳ (۳/۳)	۸۹ (۹۶/۷)	۸
تاوول	۱ (۱/۱)	۹۱ (۹۸/۹)	۸
لتیگو	۳۲ (۳۴/۸)	۶۰ (۶۵/۲)	۸
فولیکولیت	۴ (۴/۳)	۸۸ (۹۵/۷)	۸
زرد زخم	۱ (۱/۱)	۹۱ (۹۸/۹)	۸
اکیموز	۶ (۶/۵)	۸۶ (۹۳/۵)	۸
پیگمانتاسیون پوستی بعد التهاب	۲ (۲/۲)	۹۰ (۹۷/۸)	۸
تینا و رسیکالر	۴ (۴/۳)	۸۸ (۹۵/۷)	۸
زگیل	۱۹ (۲۰/۷)	۳ (۳/۳)	۸
رنگ پریدگی پوستی قطره‌ای	۲۰ (۲۱/۷)	۷۲ (۷۸/۳)	۸
زبان اسکروتال	۴ (۴)	۹۶ (۹۶)	۰
گلوستیت	۲ (۲)	۹۸ (۹۸)	۰
آفت	۰ (۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۰
کاندیدای دهانی	۲ (۲)	۹۸ (۹۸)	۰
پیگمانتاسیون مخاطی	۲ (۲)	۹۸ (۹۸)	۰
لکونیشیا	۳۲ (۳۲)	۶۸ (۶۸)	۰
فرورفتگی ناخن	۸ (۸)	۹۲ (۹۲)	۰
نازک شدن بستر ناخن	۲۴ (۲۴)	۷۶ (۷۶)	۰
ناخن نیم نیم	۸ (۸)	۹۲ (۹۲)	۰
کاپلونیشی	۵ (۵)	۹۵ (۹۵)	۰
کلاینینگ	۳ (۳)	۹۷ (۹۷)	۰
هیپرکراتوز بستر ناخن	۷ (۷)	۹۳ (۹۳)	۰
تینای ناخن	۲ (۲)	۹۸ (۹۸)	۰
پر مویی	۳ (۳)	۹۷ (۹۷)	۰
ریختن ابرو	۷ (۷)	۹۳ (۹۳)	۰

بحث

در مطالعه حاضر ۹۵ درصد افراد دچار حداقل یک ضایعه پوستی مخاطی بودند و شایع ترین آن خشکی پوست، خارش، تغییر رنگ پوستی و لنتیگو بود. همچنین سطح فریتین سرم با خارش و قارچ پوستی ارتباط آماری معنی داری نشان داد و بین ضریب کلسیم-فسفر با کلاینگ نیز رابطه آماری معنی داری یافت شد.

در مطالعه حاضر خشکی پوست (۷۸/۳ درصد) شایع ترین یافته بود. در بعضی از مطالعات خشکی پوستی از ۶۵ درصد تا ۷۹ درصد گزارش شده است (۳ و ۴ و ۸). در مطالعه حاجی حیدری و همکاران (۹) شیوع خشکی پوست به میزان ۲۳ درصد گزارش شد و علت این اختلاف را به شرایط آب و هوایی نسبت دادند.

خارش پوستی با شیوع ۳۹/۱ درصد تظاهر شایع پوستی دیگر در مطالعه ما بود. در مطالعات مختلف شیوع خارش از ۱۹ درصد تا ۹۰ درصد ذکر شده است (۴-۲ و ۸ و ۱۱ و ۱۲). شدت خارش متغیر بود و اغلب بیماران خارش شدید و مکرری داشتند که باعث اختلال در خواب و فعالیت های روزانه آنها گشته بود. در مطالعه Szepietowski و همکاران یک سوم بیماران قبل از شروع همودیالیز و دو سوم آنان بعد از شروع همودیالیز دچار خارش شده بودند (۱۱).

در مطالعه حاجی حیدری و مخلوق شروع خارش در نیمی از افراد بعد از شروع همودیالیز رخ داده بود (۹). در مطالعه ما به دلیل کامل نبودن شرح حال بیماران، بررسی ارتباط خارش با زمان شروع دیالیز و طول مدت دیالیز مقدور نبود؛ ولی میان سطح فریتین سرم و خارش بیماران رابطه معنی داری یافت شد. در مطالعه ما لنتیگو (۳۴/۸ درصد) تظاهر شایع پوستی دیگری بود. این یافته در مطالعه حاجی حیدری و مخلوق (۹) یک درصد گزارش گردید. این ضایعه در مطالعه ما با افزایش سن رابطه معنی داری داشت.

در سایر مطالعات تعداد تظاهرات پوستی و مخاطی با افزایش سن افزایش نشان داده است (۱ و ۳ و ۹).

تغییر رنگ پوستی (۳۲/۶ درصد) یافته شایع بعدی در مطالعه بود. در مطالعه Udayakuma و همکاران هیپریگماتاسیون در ۴۳ درصد افراد ذکر گردید (۴). در

مطالعه حاجی حیدری و مخلوق تغییر رنگ پوستی به میزان ۶۶/۳۳ درصد گزارش شد (۹). در مطالعه Pico و همکاران تغییر رنگ پوستی شایع ترین یافته بود (۲). این تغییر رنگ پوستی به صورت رنگ پریدگی، زرد شدن رنگ پوست و هیپریگماتاسیون گزارش شده است. هیپریگماتاسیون با افزایش مدت دیالیز بیشتر می گردد (۳)؛ ولی Pico و همکارانش نشان دادند که هیپریگماتاسیون با افزایش مدت زمان دیالیز کاهش می یابد (۲). در مطالعه ما افزایش طول مدت زمان دیالیز با هیپریگماتاسیون رابطه مستقیمی داشت. اگرچه شایع ترین یافته پوستی در نارسایی مزمن کلیوی هیپریگماتاسیون گزارش شده است؛ ولی موارد هیپریگماتاسیون هم در این افراد گزارش شده است (۱۳).

در مطالعه ما ۳ مورد دچار vitiligo بودند و تعداد ۲۰ نفر از افراد مورد مطالعه دچار هیپریگماتاسیون قطره ای ایدیوپاتیک بودند که با افزایش سن رابطه معنی داری داشت. همچنین ۲ نفر دچار post inflammatory hypo pigmentation بودند.

در مطالعه ما تظاهر شایع دیگر لکونشیا (۳۲ درصد) بود. در سایر مطالعات میزان شیوع آن از ۲۳ درصد تا ۳۱ درصد گزارش شده است (۲ و ۳ و ۸). در مطالعه حاجی حیدری و مخلوق میزان شیوع لکونشیا ۱۶/۸ درصد ذکر شد (۹). در این مطالعه رابطه بین لکونشیا و سن رابطه معنی داری بود. تظاهر دیگر نازک شدن بستر ناخن (۲۴ درصد) در مطالعه ما بود. ضایعات قارچی در مطالعات مختلف از صفر تا ۷۰ درصد گزارش شده است (۲ و ۳ و ۹). در مطالعه ما ضایعات قارچی پوستی (تینه آ و رسیکالر) در ۴/۳ درصد افراد دیده شد و ارتباط آن با سطح فریتین سرم رابطه معنی داری بود. ضایعه قارچی ناخن در ۲ درصد افراد گزارش شد.

ضایعات پوستی و مخاطی در بیماران با ESRD که تحت همودیالیز هستند؛ شایع است و شیوع تظاهرات پوستی در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است. این تفاوت ها می تواند ناشی از فرد معاینه کننده، عوامل محیطی و اختلافات آزمایشگاهی در زمان مطالعه باشد. در مطالعه اخیر لنتیگو با شیوع بالا در مقایسه با سایر مطالعات دیده شد. همچنین سطح فریتین سرم با خارش و قارچ پوستی رابطه معنی دار داشت و همچنین بین ضریب کلسیم-فسفر با کلاینگ رابطه معنی دار

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی (شماره مصوب ۱۵۴۲) معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. بدین وسیله از کارکنان محترم بخش دیالیز مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان به خصوص خانم خلیلی که همکاری صمیمانه‌ای داشتند؛ سپاسگزاری می‌گردد.

وجود داشت.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تظاهرات پوستی و مخاطی در بیماران تحت همودیالیز شایع است و لنتیگو در مقایسه با سایر مطالعات از شیوع بیشتری برخوردار است.

References

1. Banerjee S. Cutaneous manifestations in renal failure patients: a case series. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007 Mar-Apr; 73(2):106-8.
2. Picó MR, Lugo-Somolinos A, Sánchez JL, Burgos-Calderón R. Cutaneous alterations in patients with chronic renal failure. *Int J Dermatol.* 1992 Dec;31(12):860-3.
4. 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 Leprol.* 2006 Mar-Apr;72(2):119-25.
5. Masmoudi A, Ben Hmida M, Mseddi M, Meziou TJ, Walha N, Hachicha J, et al. [Cutaneous manifestations of chronic hemodialysis. Prospective study of 363 cases]. *Presse Med.* 2006 Mar; 35(3 Pt 1):399-406. [Article in French]
6. Headley CM, Wall B. ESRD-associated cutaneous manifestations in a hemodialysis population. *Nephrol Nurs J.* 2002 Dec; 29(6):531-9.
7. Narita I, Iguchi S, Omori K, Gejyo F. Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol.* 2008 Mar-Apr; 21(2):161-5.
3. Naderi N, Mahdavi Mazdeh M, Firooz A, Heydari Seradj M. Prevalence of cutaneous manifestations in end stage renal disease patients under hemodialysis in Imam Khomeini hospital, Tehran in 2003. *Iran J Dermatol.* 2006;8(6):489-95.
8. Yaghoubi R, Sina N, Latifi M. Skin manifestations of patients with chronic renal failure on long term hemodialysis. *Iranian Journal of Dermatology.* 2002 Spring; 5(3):29-34.
9. Hajheydari Z, Makhloogh A. Cutaneous and mucosal manifestations in patients on maintenance hemodialysis: a study of 101 patients in Sari, Iran. *Iran J Kidney Dis.* 2008 Apr;2(2):86-90.
10. Wish JB. Assessing iron status: beyond serum ferritin and transferrin saturation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2006 Sep;1 Suppl 1:S4-8.
11. Szepietowski JC, Sikora M, Kusztal M, Salomon J, Magott M, Szepietowski T. Uremic pruritus: a clinical study of maintenance hemodialysis patients. *J Dermatol.* 2002 Oct; 29(10):621-7.
12. Zucker I, Yosipovitch G, David M, Gaftor U, Boner G. Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing hemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Nov;49(5):842-6.
13. Hmida MB, Turki H, Hachicha J, Reygagne P, Rabier D, Zahaf A, et al. Hypopigmentation in hemodialysis. Acquired hair and skin fairness in a uremic patient undergoing maintenance hemodialysis: case report and review of the literature. *Dermatology.* 1996;192(2):148-52.

Short Communication

Mucocutaneous manifestation in end stage renal disease patients under hemodialysis in 5th Azar hospital in Gorgan, Iran (2009)

Tajbakhsh R (MD)*¹, Dehghan M (MD)², Azarhoush R (MD)³
Sadani S (MD)⁴, Kaboutari M⁵, Qorbani M (MSc)⁶, Samadzadeh S (BA)⁷

¹Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ²Assistant Professor, Department of Dermatology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ³Assistant Professor, Department of Pathology, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ⁴General Physician, Clinical Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ⁵Student of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ⁶PhD Student of Epidemiology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ⁷Clinical Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Mucocutaneous manifestations are common in hemodialysis patients. The aim of this study was evaluate the prevalence of cutaneous and mucosal manifestations in end stage renal disease (ESRD) patients who are on the maintenance hemodialysis.

Materials and Methods: This cross sectional study was performed on 100 (51 males, 49 females) hemodialysis patients in 5 Azar hospital in Gorgan, North of Iran during 2009. Patients selected on randomly based an all of them completely examined by a dermatologist for any changes in skin, hair, nail and mucous membrane. If necessary biopsy perform and refer to a pathologist. Data analysed with SPSS-13, mann-whitney, t-test, Chi-Square and Fisher tests.

Results: The average age was 49±12.3 years. The most common causes of ESRD was diabetes mellitus. The most common skin lesion was xerosis (78.3%), after that pruritis (39.1%) lentigo (34.8%) skin discoloration (32.6%) leukonychia (32%) thinning of nail bed (24%) were common lesions. Lentigo was more common in female than male 42.85% vs 21.50% (p=0.042). Xerosis (p<0.01), scaling (p=0.042), lentigo (p<0.01), folliculitis (p<0.01), idiopathic guttate hypopigmentation (p<0.01) leukonychia (p<0.01) and half and half nail (p<0.01) have meaningful correlation with age. There was also meaningful correlation between dialysis duration and skin discoloration (p<0.031) and leukonychia (p<0.041). Clubbing and ca-p product also have meaningful correlation (p<0.027). Pruritis (p<0.048) and skin fungal infection (p<0.047) (tinea versicolor) also have meaningful correlation with serum ferritin level.

Conclusion: Mucocutaneous manifestation were common in end stage renal disease patients.

Keywords: Hemodialysis, End stage renal diseases (ESRD), Mucocutaneous manifestation

* **Corresponding Author:** Tajbakhsh R (MD), E-mail: tajbakhsh@goums.ac.ir

Received 13 October 2009

Revised 7 June 2010

Accepted 6 July 2010