گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هفدهم شماره ۵۹ مرداد و شهریور سال ۱۳۸۶ (۱۲۸-۱۲۲)

گزارش یک مورد سندرم ناخن زرد

امیر سلطانی(M.D.)*+ **عباس ارجمند**(M.D.)** **فرشته آقابراری**(M.D.)** **آرش کاظمی**(M.D.)***

چکیده

سندرم ناخن زرد اختلال نادری است که با تغییر شکل و رنگ ناخن‌ها، گرفتاری پرده جنب و ادم لنفاوی مزمن تظاهر می‌یابد. اگرچه ممکن است تمام نشانه‌های فوق در یک بیمار دیده نشود، وجود تغییرات ناخنی، نیاز مطلق تشخیص می‌باشد. دراین مقاله دختر۲۴ ساله‌ای معرفی می‌شود که با علائم تنگی نفس، سرفه و تب مراجعه‌کرد. بیمار سابقه مشکلات تنفسی مشابه را به صورت مکرر از دوران کودکی داشت. در معاینه بالینی تغییرات ساختمانی و رنگ تمام ناخن‌ها مشهود بود. ادم غیر گوده گذار دریک سوم انتهایی اندام‌های فوقانی و تحتانی دو طرف، با ارجحیت در طرف چپ وجود داشت. در عکس سینه و برش نگاری رایانه‌ای (CT) اتساع برونش و تجمع غیرعادی مایع دو طرفه با ارجحیت در سمت راست، در پرتو نگاری سینوس‌ها افزایش ضخامت مخاط، دراکو تجمع غیرعادی مایع در پریکارد در حد خفیف و در سونوگرافی شکم، تجمع مختصر مایع گزارش شد. اندازه گیری هوای دمی و بازدمی (Spirometry) انسداد شدید راه‌های هوایی را نشان داد. بیمار با تشخیص سندرم ناخن زرد تحت معالجه قرار گرفت. همراهی تمامی علائم مشخصه سندرم ناخن زرد در یک بیمار، تنها در۲۷ درصد موارد گزارش شده است. در بیمار معرفی شده علاوه بر وجود علائم کلاسیک، موارد نادری چون تجمع غیرعادی مایع در پریکارد و وجود خود به خودی گاز در پرده جنب (Pneumothorax) نیز دیده شد. یافته جالب در این بیمار وجود ادم مهاجر در اندام‌ها و تغییر شدت آن در طی روزهای مختلف بود. از آ نجایی‌که این سندرم می‌تواند با بروز بیماری‌های داخلی همراهی داشته باشد و یا حتی قبل از تظاهر آن‌ها خود را نشان دهد، افزایش آگاهی از علایم آن می‌تواند در تشخیص زود هنگام و اقدامات درمانی اختلالات همراه، کمک کننده باشد.

واژه های کلیدی : سندرم ناخن زرد، پلورال افیوژن، ادم لنفاوی، آسیت، پریکاردیال افیوژن

مقدمه

سندرم ناخن زرد (YNS)[1] نخستین بار در سال۱۹۶۴ توسط (سامن و وایت) Sawman & White گزارش شد(۱). YNS اختلال نادری محسوب می‌شود و در دوران شیرخوارگی نیز گزارش شده است(۲). تا سال ۲۰۰۴تنها ۲۰۰ مورد از این سندرم‌گزارش شده است(۳). این سندرم بالینی شامل درگیری ناخن‌ها همراه با گرفتاری راه‌های هوایی به صورت تجمع غیر عادی مایع در جنب از نوع شیری (chylous) و یا اگزوداتیو،

1. Yellow nail syndrome

* فوق تخصص ریه، عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** دستیار داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
+ ✉ **مولف مسئول** : ساری- مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره)

تاریخ دریافت : ۸۵/۴/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۵/۸/۶ تاریخ تصویب: ۸۶/۱/۲۹

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]

اتساع برونش، افزایش واکنش پذیری مجاری هوایی و برونشیت مزمن، سینوزیت مزمن و ادم لنفاوی مزمن به خصوص در اندام تحتانی می‌باشد(۴-۶). اگرچه ممکن است تمام نشانه‌های فوق دریک بیمار دیده نشود، وجود تغییرات ناخنی برای تشخیص ضروری می‌باشد(۷،۵). این سندرم ناشناخته(Idiopathic) است ولی همراهی آن با برخی از بیماری‌ها گزارش شده است(۸،۴). در این مقاله یک مورد سندرم ناخن زرد در یک دختر ۲۴ ساله که در سال ۱۳۸۴ در بخش داخلی بیمارستان امام خمینی ساری با یافته‌های ریوی و ادم لنفاوی و تب بستری شده بود، معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار دختر ۲۴ ساله اهل و ساکن شهر ساری بود که با علائم تنگی نفس، سرفه، خلط و تب مراجعه کرد. یک هفته قبل از مراجعه، بیمار دچار تشدید تنگی نفس و احساس درد در ناحیه پرده جنب سمت راست شده بود. سابقه مشکلات تنفسی مشابه (تنگی نفس، سرفه و خلط) را به صورت مکرر از دوران کودکی داشت که با درمان آنتی‌بیوتیکی بهبودی نسبی پیدا می‌کرد. سابقه تغییر شکل ناخن به صورت زرد و ضخیم شدگی را از دوران کودکی و ادم اندام‌ها را از ۶ سال قبل (که حالت مهاجر داشت و به طور متناوب در اندامی، بیش‌تر از اندام دیگر می‌شد) داشت. در معاینه بیمار: فشار خون ۱۳۰/۸۵، درجه حرارت دهانی۳۸/۲ درجه‌سانتی‌گراد، تعداد ضربان قلب ۱۰۴ ضربه در دقیقه و تعداد تنفس ۲۴ عدد در دقیقه بود. در معاینه فیزیکی قفسه سینه افزایش ماتیته سینه راست و کاهش صدای دو طرفه به خصوص درقاعده ریه راست و خس خس(Wheez) بازدمی جلب توجه می‌کرد. درمعاینه اندام‌ها، ادم غیر گوده گذار(++) در یک سوم انتهایی اندام‌های فوقانی و تحتانی دو طرف با ارجحیت در طرف چپ مشهود بود. تمامی ناخن‌ها (دست‌ها و پاها) به رنگ زرد روشن بود. ضخامت برخی از ناخن‌ها افزایش یافته بود، همچنین فقدان لانولا و کوتیکول و جداشدن ناخن از بستر آن(Onycholysis) در بعضی ازناخن‌ها مشاهده شد (تصویرشماره۳ و۲ و۱). نتایج آزمایش های انجام شده به صورت : شمارش گلبول‌های سفید۱۴۰۰۰/ml،(P=%84,L=%14,M=%2) هموگلوبین 13.2gr/dl ، پلاکت 230000/cc ، سرعت رسوب گلبولی 20mm در ساعت اول گزارش شد. آنزیم‌های کبدی، سدیم و پتاسیم خون و آزمایش ادرار طبیعی بودند. در نمونه گازهای خون شریانی: PH=7.3، pco2=89.1mmHg ، Hco3=42.6mmol/L، po2=25mmHg و مقداراشباع اکسیژنی ۴۰/۳ درصد، نتایج اسپیرومتری نیز حاکی از انسداد بسیار شدید در راه‌های هوایی بود. پروتئین تام سرم ۶/۷ gr/dL (مقدار طبیعی ۶/۴ تا ۸/۴ گرم در دسی‌لیتر)، در آسپیراسیون مایع جنب: LDH مایع ۱۴۳ U/L ، پروتئین۲/۵ g/dL ، قند ۸۳ mg/dl، شمارش کلی سلول‌های مایع ۸۹۰ عدد در میلی‌لیتر (۸۵۰ عدد گلبول سفید با P=%۹۳ و۷ L=%), LDH همزمان سرم ۴۴۶ U/L، گلوکز همزمان سرم ۹۸ mg/dl و آزمون مانتو و کشت خلط و مایع جنب از نظر باسیل‌های مقاوم به اسید (Acid fast) و آزمایش قارچ‌شناسی (مستقیم و کشت) از ناخن‌ها منفی بود. در پرتونگاری قفسه سینه تجمع غیرعادی مایع دو طرفه در پرده جنب (تصویر شماره ۴)، در CT ریه اتساع برونش و تجمع غیرعادی دوطرفه مایع با ارجحیت درسمت راست، در پرتونگاری سینوس‌ها افزایش ضخامت دو طرفه مخاط سینوس پیشانی و فک فوقانی، در اکو، تجمع غیرعادی مایع در پریکارد در حد خفیف و در سونوگرافی شکم، تجمع مختصر مایع گزارش شد. در طی بستری بیمار دچار پنوموتوراکس خود به خودی شد که منجر به تعبیه لوله سینه ای (chest tube) برای بیمارگردید(تصویرشماره۶ و۵) و به دلیل شدت نارسایی تنفسی به بخش مراقبت ویژه به (ICU) منتقل و پس از

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]

www.SID.ir

مدتی با بهبودی نسبی مرخص شد. در پی‌گیری‌های انجام شده بعدی، ادم اندام‌ها و تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب کماکان باقی بود. تنگی‌نفس، سرفه و خلط بیمار نیزگاهی تشدید پیدا می‌کردکه بامصرف آنتی‌بیوتیک و متسع کننده‌های برونش و درمان‌های علامتی تخفیف می‌یافت.

تصویر شماره ۱: تغییر شکل و رنگ ناخن ها

تصویر شماره ۲: تغییر شکل ورنگ ناخن ها.

تصویر شماره ۳: تغییر شکل و رنگ ناخن ها

تصویر شماره ٤: وجود مایع و هوا درسینه راست

تصویر شماره ٥: عکس سینه بعد از لوله گذاری

تصویر شماره ٦: CT سینه بعد از لوله گذاری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]

www.SID.ir

بحث

دراین مقاله دختر۲۴ ساله‌ای معرفی شد که با علائم عفونت راجعه راه‌های هوایی، تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب و پریکارد، ادم مهاجر اندام‌ها، تغییرات ساختمانی و رنگ ناخن‌ها و سینوزیت با تشخیص YNS تحت درمان قرار گرفت.

سندرم ناخن زرد اختلال بسیار نادری است که با نشانه‌های رینوسینوزیت، تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب، اتساع برونش، ادم‌لنفاوی و ناخن‌های زرد شناخته می‌شود(۹). تشخیص آن بالینی است(۱۱،۱۰). علائم سه گانه (Triad) بیماری شامل ناخن‌های زرد، ادم لنفاوی و گرفتاری پرده جنب بوده که تنها در۲۷ درصد بیماران یافت می‌شود(۱۳،۱۲). برخی مطالعات تشخیص YNS را براساس وجود دو معیار از سه معیار آن مطرح نمودند (۱۴). میانگین سن شروع بیماری ۴۰ سالگی است (۱۵). در مطالعه نوردکیلد (Nordkild) و همکاران (۱۹۸۶)، در ۸۹ درصد از بیماران ناخن‌های زرد، در ۸۰ درصد ادم لنفاوی و در ۳۶ درصد تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب (۱۵) و در مطالعه هرشکو (Hershko) و همکاران (۱۹۹۷) در ۶۳ درصد تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب وجود داشت(۱۴). در ۵ مورد از ۱۲ بیماری که از مایو کلینیک (Mayo clinic) گزارش کردند اتساع برونش و در ۸ مورد، تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب وجود داشت(۱۶). در این سندرم علت پیدایش اتساع برونش شناخته شده نیست، هرچند به طور شایع همراه با سینوزیت ذکر گشته است(۱۶). در گزارش نوردکیلد (Nordkild) و همکاران (۱۹۸۶) در ۲۹ درصد موارد شروع بیماری با تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب طرف راست همراه بود(۱۵). در گزارش هیلر (Hiller) تظاهر اولیه بیماری به صورت ادم لنفاوی و یا ناخن‌های زرد بود و تجمع غیرعادی ماده در پرده جنب در مراحل بعدی از سیر بیماری ظاهر شد(۱۶) که با بیمار ما مشابهت دارد. تجمع غیرعادی مایع در پریکارد یک یافته نادر در این سندرم می‌باشد(۱۷) که در بیمار ما به صورت خفیف وجود داشت. شرح حال حملات راجعه برونشیت در ۴۰ درصد موارد(۱۴)، سینوزیت مزمن، اتساع برونش، پنومونی‌های راجعه و سل نیز در YNS وجود دارد(۱۵). شایع‌ترین یافته ریوی- جنبی این سندرم تجمع غیرعادی ماده در پرده جنب است(۱۸،۱۲) که در بیمار ما نیز وجود داشت. در YNS تجمع غیرعادی ماده در پرده جنب ممکن است ترانسوداتیو یا اگزوداتیو ثانویه به عفونت، شیلوتوراکس و یا ناشناخته باشد و درصد لنفوسیت‌های مایع جنب نیز افزایش نشان می‌دهد(۱۹). به غیر از آنچه که ذکر گردید بیماری‌های مختلفی در همراهی YNS گزارش شده است، از جمله بیماری‌های بدخیم (ملانوم، سرطان حنجره و ریه و پستان)، ماکروگلوبولینمی والدنشتروم، لنفوم هوچکین، بیماری‌های تیروئید (هاشیماتو، هایپوتیروئیدیسم و تیروتوکسیکوز)، هایپو گاماگلوبولینمی، باد سرخ راجعه، انتروپاتی اتلاف پروتئین، سینوزیت، واکنش پذیری مجاری هوایی، آسیت شیلوس، لنفاژیکتازی، آرتریت روماتوئید، نقص ایمنی، ایدز، سندرم نفروتیک و داروها: استرپتومایسین و به خصوص دی پنی سیلامین(۸،۴).

تغییراتی که در ناخن این بیماران مشاهده می‌شود بدین شرح است: کاهش رشد، تغییر رنگ زرد، افزایش ضخامت، سخت شدن، تشدید تحدب صفحه، فقدان لانولا و کوتیکول، جدا شدن ناخن از بسترآن به صورت جزئی یا کامل، خطوط عرضی، افتادن ناخن‌ها، کاهش شفافیت قاعده، از بین رفتن چین پوستی اطراف، قرمزی و ادم قسمت ابتدایی چین ناخن و عفونت نسج نرم (۲۰و۵). عللی که باعث بروز اختلال در ناخن‌ها می‌شود، مشخص نیست. تغییر در عروق لنفاتیک در بعضی از موارد دخالت دارد. دی کاست(Decoste) و همکارانش

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]

www.SID.ir

(۱۹۹۰) معتقدند که اسکلروز اولیه استرومای ناخن ممکن است باعث انسداد لنفاتیک گردد(۲۱). کاهش جریان لنفاتیک منجر به کاهش رشد ناخن می شود. به غیر از کاهش جریان لنفاتیک، ایسکمی و تغییرات متابولیکی که در DNA سلول به علت اثر سوء ناشی از تجمع رادیکال‌های آزاد در داربست(Matrix) ناخن روی می‌دهد، در نهایت رشد آن را کند و مختل می‌کند(۲۲).

آسیب شناسی YNS نامشخص است. اختلال عروق لنفاتیک در این سندرم نخستین بار توسط سامن و وایت (Samman & White) گزارش شده است(۱). در پرتونگاری عروق لنفاوی کاهش تعداد سلول‌ها یا اتساع و حتی فقدان مجاری لنفاتیک جلب توجه می‌کند. اگرچه انسداد مکانیکی عروق لنفاتیک به عنوان زیربنای آسیب شناسی YNS فرض شده است، بال (Bull) و همکاران(۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کنند که علت اصلی آن اساسا ناشی از اختلال عروق لنفاتیک نمی‌باشد. به نظر می‌رسد اختلال عروق لنفاتیک همراه با YNS یک پدیده ثانویه است و غالبا دارای یک ماهیت عملکردی (Functional) و نه ساختمانی می‌باشد(۲۳). تجمع گسترده مایع در YNS مثل ایجاد ادم محیطی، تجمع غیر عادی مایع در پرده جنب و صفاق نیز موید این نظریه می‌باشد. همچنین احتمال دارد عوامل التهابی با تغییر بر جریان خون و نفوذپذیری عروقی در پیدایش ادم در این سندرم دخالت داشته باشند(۲۴،۲۲). در تحقیقات انجام شده مشخص شد که انتقال (Turn over) آلبومین مایع پرده جنب در YNS کاهش داشته و این امر موید دخالت کاهش جریان لنفاتیک در تجمع غیرعادی مایع در پرده جنب است(۲۵). در YNS ادم لنفاوی بعد از ایجاد، به طور دائم باقی می‌ماند(۲۱و۱۹). نکته قابل توجه در بیمار معرفی شده مهاجربودن ادم اندام‌ها و تغییر شدت آن در طی روزهای مختلف است.

تا کنون درمان قطعی برای YNS یافت نشده و فقط به درمان علامتی بسنده می‌شود. بیماری ممکن است در ۱۰ تا ۳۰ درصد موارد خود به خود به طور نسبی یا کامل بهبود یابد(۲۶و۱). هر چند عود بیماری اغلب رخ می‌دهد، گزارش‌هایی مبنی بر بهبودی همزمان ناخن و یافته‌های ریوی نیز وجود دارد(۲۱و۱۳). درمان شامل تجویز بخور، داروهای حل کننده خلط، آنتی بیوتیک جهت عفونت‌های تنفسی، درناژ تنفسی و فیزیکی عروق لنفاتیک اندام‌ها می‌باشد(۵). درمان موفقیت آمیز به دنبال مصرف همزمان محلول موضعی ویتامین E حاوی DL-آلفا توکوفرول و دی متیل سولفوکساید خوراکی، رژیم کم چربی و روی خوراکی به شکل مکمل(۲۷و۲۶)، ترکیبات ضد قارچی اکتروتاید(۲۸)گزارش شده است.

با توجه به میانگین سنی این سندرم (۴۰ سال) و مقایسه آن با سن بیمار(۲۴ سال) و وجود تریاد کلاسیک بیماری به طور همزمان دراین بیمار به همراه وجود تظاهرات نادری چون لنف ادم مهاجر اندام‌ها، تجمع غیرعادی مایع درپریکارد و پنوموتوراکس خود به خود، علائم بیمار معرفی شده جزو موارد بسیار نادر محسوب می‌گردد. از آن جایی که این سندرم می‌تواند با بروز بیماری‌های داخلی همراهی داشته باشد و یا حتی قبل از تظاهر آنها خود را نشان دهد، آگاه بودن از علائم آن می‌تواند در تشخیص زود هنگام و اقدامات درمانی اختلالات همراه کمک کننده باشد.

فهرست منابع

1. Samman PD, White WF. The yellow nail syndrome. ***Br J Dermatol.*** 1964; 76: 153-57.
2. Paradisis M, Van Asperen P. Yellow nail syndrome in infancy. ***J Pacdiatr Child Health.*** 1997; 33: 454-457.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]
www.SID.ir

3. Wynn P. Vitamin E insignificant in yellow nail. ***Dermatology Times.*** 2004; 25:24.
4. Luyten G, Andre J, Walraevens C. Yellow nail syndrome and onychomycosis. ***Dermatologt*** 1996; 192: 406-408.
5. Stosiek N, Peters KP, Hiller D. Yellow nail syndrome in a patientwith mycosis fungoides. ***J Am Acad Dermatol.*** 1993; 28:792-94.
6. Verdejo C, Marin Hernandez G, Villacastin BP. Yellow nail syndrome: presentation of a case and review of the literature. ***Rev Clin Esp.*** 1992; 191: 152-55.
7. DeCoste SD, Imber MJ, Baden HP. Yellow nail syndrome. ***J Am Acad Dermatol.*** 1990; 22: 608-11.
8. Amoli k. The Yellow nail syndrome relation to streptomycin. ***Acta Medica Iranica.*** 1994; 32: 110-115.
9. Varney VA, Cumberworth V, Sudderic R. Rhinitis, sinusitis and the yellow nail syndrome: a review of symptoms and response to treatment in 17 patients. ***Clin Otolaryngol.*** 1994: 19; 237-240.
10. Camilleri AE. Chronic sinusitis and the yellow nail syndrome. ***J Laryngol Otol.*** 1990; 104; 811-3.
11. Pang SM, Yellow nail syndrome resolution following treatment of pulmonary tuberculosis. ***Int J Dermatol.*** 1993; 32: 605-606.
12. Emerson PA. Yellow nails, lymphedema and pleural effusion. ***Thorax.*** 1966; 21: 247-253.
13. Pavlidakey GP, Hashimoto K, Blum D. Yellow nail syndrome. ***J Am Acad Dermatol.*** 1984; 11: 509-512.
14. Hershko A, Hirshberg B, Nahir M, Friedman G. Yellow nail syndrome. ***Postgrad Med J.*** 1997; 73: 466-468.
15. Nordkild P, Kromann-Andersen H, Struve-Christensen E. Yellow nail syndrome-The triad of yellow nails, lymphedema and pleural effusions. **Acta Med Scand.** 1986; 219:221-227.
16. Hiller E, Rosenow EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. ***Chest*** 1972; 61: 452-457.
17. Morandi U, Golinelli M, Brandi I, Ruggiero G, Stefani A, Lodi R. Yellow nail syndrome associated with chronic recurrent pericardial and pleural effusions. ***Eur J Cardiothorac Surg.*** 1995; 9(1): 42-44.
18. Dilley JJ, Kierland RR, Randall RV, Shick RM. Primary lymphedema associated with yellow nails and pleural effusions. ***J Am Med Assoc.*** 1968; 204: 670-674.
19. Solal- Celigny P, Cormier Y, Fournier M. The yellow nail syndrome: Light and electron microscopic aspects of the pleura. ***Arch pathol lab Med.*** 1993; 107: 183-185.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]

www.SID.ir

20. Tosti A, Baran R, Dawber RPR. The nail in systemic diseases and drug induced changes in Baran R, Dawber RPR (Eds): ***Diseases of the nails and their management.*** 2nd ed. Oxford: Blackwell; 1994: 175-261.
21. De Coste SD, Imber MJ, Baden HP. Yellow nail syndrome. ***J Am Acad Dermatol***. 1990; 22: 608-611.
22. Williams HC, Buffham R, du Viver A. Successful use of topical vit E solution in the treatment of nail changes in yellow nail syndrome. ***Arch Dermatol***. 1991; 127: 1023-1028.
23. Bull RH, Fenton DA, Mortimer PS. Lymphatic function in the yellow nail syndrome. ***Br J Dermatol***. 1996; 134: 307-12.
24. De Alessandro A, Muzi G, Monaco A. Yellow nail syndrome: does protein leakage play a role? ***Eur Repaie J.*** 2000; 17: 149-52.
25. Runyon BA, Forker EL, Sopko JA. Pleural fluid kinetics in a patient with primary lymphedema, pleural effusion and Yellow nails. ***Am Rev Resp Dis.*** 1979; 119: 821-825.
26. Tosti A, Piraccini BM, Jorizzo M. Systemic itraconazole in the yellow nail syndrome. ***Br J Dermatol.*** 2002; 146: 1064-1067.
27. Odom R, James WD, Berger TG. ***Diseases of the skin.*** Philadelphia: W.B. Saunders. 2000: 943-90.
28. Konstantinos M, Spyridon P, Georgios G. Successful octreotide treatment of chylous pleural effusion and lymphedema in the Yellow nail syndrome. ***Annals of Internal Medicine.*** 2004; 141: 246.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-20]

www.SID.ir