

Sarı Tırnak Sendromlu İki Olgu^T

TWO CASES OF YELLOW NAIL SYNDROME

Perihan PARLAT*, Sevgi BAHADIR**, Hasan Sedat YAZICI***,
Deniz AYKANAT***, Köksal ALPAY****

* Uzm. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
** Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
*** Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
**** Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, TRABZON

Özet

Sarı tırnak sendromu; sarı yavaş büyüyen tırnaklar, lenfödem, idyopatik plevral efüzyon, kronik bronşektazi ve kronik sinüzit birlikteliği ile karakterizedir.

Otozomal dominant kalıtımla geçen bu sendromun patogenezinde lenfatik drenaj sisteminin disfonksiyonu sözkonusudur, ancak ayrıntılar tam bilinmemektedir.

Burada 19 ve 33 yaşlarında iki kadın hasta nadir görülen bu sendromun tüm komponentlerini içermeleri ve birinci olguda böbrek agenezisinin olması nedeniyle sunuldu. Ayrıca tanıda oldukça önemli olan bu antite gözden geçirilmiş ve ilgili literatür tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sarı tırnak sendromu

T Klin Dermatoloji 2002, 12:91-95

Summary

The yellow nail syndrome is characterized by yellow, slow-growing nails in association with lymphedema, idiopathic pleural effusion, chronic bronchiectasis and chronic sinusitis.

The pathogenesis of this autosomal-dominantly inherited syndrome consists of a dysfunction of the lymphatic drainage system, but details remain unknown.

Here we present two cases one 19 (has also a renal agenesis) and the other 33 years old females due to inheriting all the components of the syndrome which is rather rare. This entity which is very important in differential diagnosis has been reviewed and discussed with the related literature.

Key Words: Yellow nail syndrome

T Klin J Dermatol 2002, 12:91-95

Sarı tırnak sendromu (STS); yavaş büyüyen, opak, sarı tırnaklara, idyopatik lenfödem, kronik sinüzit, bronşektazi ve plevral efüzyon gibi sinopulmoner semptomların eşlik ettiği, nadir görülen bir tablodur (1-3). İlk kez 1964 yılında Samman ve White tarafından tanımlanmıştır (3-5). Patogenezi tam bilinmemekle birlikte (6) lenfatik damarların konjenital hipoplazisi ve lenfatik drenaj sisteminin yetersizliğinin hastalığı başlattığı düşünülmektedir (3,4,7).

Tırnak bozuklukları sendromun erken ve değişmez bulgusudur (7). Tırnaklarda sarı, yeşilimsi renk değişikliği, büyümede yavaşlama, kalınlaşma, bombeleşme ve kütikula kaybı, onkolizis, kronik paronişi ve transvers çizgilenme görülebilir. Ödem; en sık olarak bacaklarda, daha az sıklıkla yüz veya ellerde görülür (8,9). Sendromun üçüncü komponentini oluşturan solunum sistemi semptom-

ları arasında sıklıkla kronik bronşit, kronik sinüzit, daha az olarak bronşektazi ve seyrek olarak da plevral efüzyonlara rastlanır (1,2,8,9).

Olgu 1

19 yaşında bayan hasta, el ve ayak tırnaklarında renk ve şekil bozukluğu nedeniyle polikliniğimize başvurdu.

Öyküsünden, tırnaklarındaki bu değişikliklerin çocukluğundan beri varolduğu ve tırnaklarının yavaş uzadığı öğrenildi. Aynı dönemlerde öksürük ve balgam şikayetlerinin başladığını, değişik zamanlarda bronşit ve bronşektazi tanılarıyla tedavi gördüğünü, son dört yıldan beri de kronik sinüzit tanısı aldığını ifade ediyordu. Yaklaşık 3-4 yıldan beri sol bacağına gece yattığı zaman azalan, gün içerisinde artış gösteren şişme olduğunu belirtiyor-



Şekil 1. Ayak tırnaklarında daha belirgin olmak üzere bütün tırnaklarda sarı opak görünüm. Sol alt ekstremitede distalde ödem.

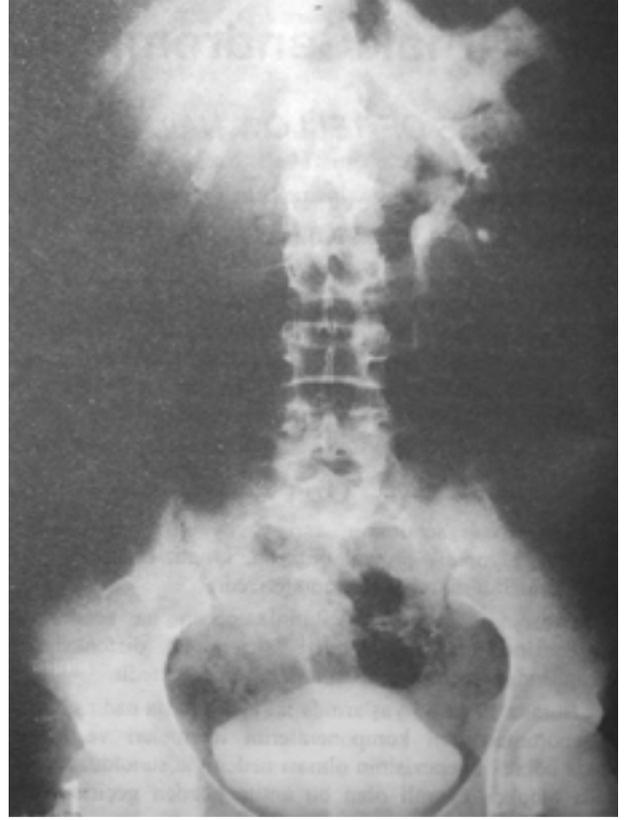
du. Özgeçmişinde sağ böbrek agenezisi olan hastanın soygeçmişini özellik arz etmiyordu.

Dermatolojik muayenesinde, ayak tırnaklarında daha belirgin olmak üzere tüm tırnaklarda opak, sarı görünüm, kütikula kaybı, kalınlaşma, bombeleşme ve sağ el 1,2,3. parmak tırnaklarında lunula kaybı tespit edildi. Ayrıca sol alt ekstremitede 1/3 distalde ve ayak topuğunda ödem mevcuttu (Şekil 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Sinüs grafisinde sol maksiller sinüzit ile uyumlu havalanma azlığı, PA akciğer grafisinde bilateral bazallerde opasite artışı ve yüksek rezolüsyonlu akciğer bilgisayarlı tomografisinde (HRCT) sol akciğer alt lob posteriorda bronşektaziye ait değişiklik mevcuttu. Batın ve pelvik ultrasonografisinde venöz basıya yol açabilecek abdominal veya pelvik kitleye rastlanmadı, sol böbrekte kompansatris hipertrofi mevcuttu ve sağ böbrek görüntülenemedi. İntra venöz pyelografide sol böbrekte kompansatris hipertrofi mevcuttu, pelvi-kalisiyel yapılar ve sol üreter normaldi, sağ böbrek agenezi nedeni ile izlenmedi (Şekil 2). Sol alt ekstremitede venöz doppler incelemesinde akım hızları ve dalga akımları normaldi.

Olgu 2

33 yaşında bayan hasta polikliniğimize tırnaklarında renk, şekil bozukluğu ve yavaş büyüme yakınmalarıyla başvurdu.



Şekil 2. Birinci olgunun intra venöz piyelografisinde sağ böbrek agenezisi görünümü.

Öyküsünden çocukluğundan beri el ve ayak tırnaklarında sararma, yavaş büyüme, yaz aylarında daha çok olmak üzere ayaklarında şişme olduğu, 3-4 yıldan beri var olan baş ağrısı ve geniz akıntısının sinüzit olarak değerlendirildiği, ayrıca bir yıldır zaman zaman öksürük ve balgam şikayetlerinin olduğu öğrenildi.

Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde sol el 5. parmak tırnağı hariç, tüm el parmak tırnaklarında distalde sararma, onikolizis, kütikula kaybı, bombeleşme, her iki ayak parmak tırnaklarında sararma, kalınlaşma ve şekil bozukluğu vardı. Her iki pretibial bölge ve ayak sırtlarında hafif ödem mevcuttu (Şekil 3). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Water's grafisinde sol frontal sinüste havalanma azlığı mevcuttu. PA akciğer grafisi normal olan hastanın HRCT' sinde her iki akciğer bazal posterior düzeylerde bronşektazi ile uyumlu görünüm mevcuttu.



Solunum fonksiyon testleri ve alt ekstremitte venöz

Şekil 3. Sol el 5. tırnak hariç tüm el ve ayak tırnaklarında opaklaşma, sararma. Her iki pretibial bölgede ve ayak dorsalinde ödem.

doppler incelemesi normaldi.

Her iki olgunun tam kan sayımı, tam idrar ve biyokimyasal incelemeleri, tiroid fonksiyon testleri normal, anti HIV antikorları ve VDRL negatif idi. El ve ayak tırnaklarından hazırlanan nativ preparatların direkt mikroskopik incelemesinde mantar elemanlarına rastlanmadı. Sabouraud besiyerinde üreme olmadı.

Mevcut bulgularla olgulara STS tanısı konuldu. Oral çinko 2x1 P.O ve E vitamini (300 mg alfa tokoferol asetat) içeren ampul formu kırılarak, tırnaklara uygulanmaya başlandı. İlgili bölümlerden istenen konsültasyonlar sonucu kronik sinüzit ve bronşektaziye yönelik tedavi önerildi. Birinci olgunun 3 ay sonraki kontrolünde tırnak-

larının proksimalinden başlayan düzelme ve eskiye oranla büyüme hızında artma ve lenfödemde hafif gerileme tespit edildi. İkinci olgu ise kontrole gelmedi.

Tartışma

STS; yavaş büyüyen sarı tırnaklar, kronik lenfödem, tekrarlayan sinopulmoner semptomların kombinasyonu olarak tanımlanır (1). Hastalık genellikle erişkinlerde görülmesine rağmen çocuklarda (9,10) ve bir çalışmada ise yenidoğanda da görülebildiği bildirilmiştir (11). Tanı için spesifik bir test olmadığı gibi (1) bu kriterlerin hepsinin birarada olması da şart değildir (2,12). Gupta tarafından yapılan çalışmada 62 olgunun ancak 17'sinin (%27) bu özelliklerin tamamını taşıdığı bildirilmiştir (12). Bizim iki olgumuz da sendromun bütün özelliklerini bir arada bulundurmaktaydı.

STS'nun sebebi bilinmemektedir (3,6). Değişik çalışmalarda hipoplastik lenfatik damarların sebep olduğu yetersiz lenfatik drenajın sistemik belirtileri başlattığı vurgulanmış, sarı, yavaş büyüyen tırnakların zayıf lenfatik akışın sonucu olduğu ileri sürülmüştür. STS'lu ve lenfödemli birçok olguda lenfanjiyografik incelemede yetersiz lenfatik damarlar gösterilmiş, plevral efüzyonlu olgularda ise plevral sıvı kinetiği yavaş lenfatik akım olarak gösterilmiştir (3). Olguların çoğunda lenfosintigrafi lenfatik damarların anomalisini göstermekle beraber (6) bazı araştırmacılar lenfatik bozukluğun yapısal değişikliklerden çok fonksiyonel olduğunu bildirmişlerdir (13-15).

STS'daki tırnak değişiklikleri; kalınlaşmış sarı tırnaklar, lunula kaybı, lateral eğimde artma, onkolizis, kütikula kaybı, kronik paronişi, transvers çizgilenme ve büyümede yavaşlamayı içerir (3,8,9). Normalde 0,5 mm/hafta olan büyüme hızı, bu hastalarda 0,1-0,25 mm/haftaya inmiştir (8,9). Genellikle yirmi tırnağın hepsi tutulmakla birlikte daha az sayıda tutulum da görülebilir (9). Bizim birinci olgumuzda 20 tırnağın hepsi etkilenmiş, ikinci olguda ise etkilenen tırnak sayısı 19 idi.

Solunum sistemi tutulumu kronik bronşit, bronşektazi, kronik sinüzit (1-3) ve daha seyrek olarak da plevral efüzyon (7,16) şeklindedir. Olgularımızın her ikisinde de kronik sinüzit ve bronşektazi mevcut olup, plevral efüzyon tespit edilmedi.

Sendromun üçüncü özelliği olan ödem, parmak uçlarına sınırlı olabilirse de daha yaygın bir şekilde, ayak bilekleri ve yüzde, hatta göz kapaklarında da (17) görülebilmektedir (8).

STS' nun malign neoplazmlar, immunolojik bozukluklar, romatoid artrit, AIDS, D-penisilamin kullanımı, hipotiroidizm, keratozis obsturans gibi çeşitli durumlarla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (3,6,9,18,19). Cordasco ve arkadaşları ise (16) bu sendromun primer immünolojik bozukluk, malignensi, endokrin anomaliler veya kollajen doku hastalıklarıyla direkt ilişkili olmadığı görüşündedirler. Tüzün ve arkadaşları Hailey-Hailey'li bir olguda STS bildirmişlerdir (20). Böbrek hastalıkları ile birlikteliği nadir olmakla birlikte, Yanez ve arkadaşlarının minimal değişiklik gösteren nefrotik sendromla ilişkili olgu sunumları vardır (21). Bizim birinci olgumuzda sağ böbrek agenezisi mevcuttu. Literatürde STS' nun böbrek agenezisi ile birlikteliğine rastlayamadık. Bu durumun rastlantısal olabileceği gibi, direkt ilişkili olabileceğini de düşünmekteyiz.

Tırnak değişikliklerindeki düzelmenin bazı olgularda sistemik belirtilerin tedavisi ile (3), bazılarında ise kendiliğinden olduğunu belirten çalışmalar vardır (22).

Tedavi denemeleri oral ve topikal E vitamini, oral çinko ve solunum sisteminin kronik enfeksiyon tedavisini içerir (9). Oral çinko uygulamasının tırnak ve lenfödemde etkili olduğunu belirten çalışmalar vardır (4,21). Altı aylık topikal E vitamini tedavisi ile tırnaklarda düzelme bildirilmiştir (23,24). Birinci olgumuzda üç ay süreyle uygulanan topikal E vitamini ve oral çinko tedavisi sonucunda tırnak bulgularında ve lenfödeminde düzelme tespit edilmiştir. İkinci olgu ise kontrole gelmediği için değerlendirilemedi.

KAYNAKLAR

1. Camilleri AE. Chronic sinusitis and the yellow nail syndrome. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 811-3.
2. Miro AM, Vasudevan V, Shah H. Ciliary motility in two patients with yellow nail syndrome and recurrent sinopulmonary infections. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 890-1.
3. Decoste SD, Imber MJ, Baden HP. Yellow nail syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 608-11.
4. Hausmann M, Keller R. Yellow nail syndrome. *Pneumologie* 1994; 48: 30-3.
5. Pavlidakey GP, Hashimoto K, Blum D. Yellow nail syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11: 509-12.
6. Kianzowa M, Saraceni O, Wilhelm JM, Kieffer P. Yellow nail syndrome. Apropos of 2 cases. Review of the literature. *Rev Med Interne* 1994; 15: 666-9.
7. Verdejo C, Marin Hernandez G, Villacastin BP, Renedo G, Largacha MG, Medina ML, Aguirre M. Yellow nail syndrome: presentation of a case and review of the literature. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 152-5.
8. Tüzün Y, Kotoğyan A. Sistemik hastalıklarda tırnak. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroglu S, Onsun N, eds. *Tırnak hastalıkları. Teknografik Matbaacılık İstanbul*, 1993; 124-39.
9. Dawber RPR, Baran R. Disorder of nails. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL, editors. *Textbook of Dermatology*. 5 th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1993; 2497-532.
10. Sacco O, Fregonese B, Marino CE, Mattioli G, Gambini C, Rossi GA. Yellow nail syndrome and bilateral cystic lung disease. *Pediatr Pulmonol* 1998; 26: 429-33.
11. Paradisis M, Van Asperen P. Yellow nail syndrome in infancy. *J Pediatr Child Health* 1997; 33: 454-7.
12. Gupta AK, Davies GM, Haberman HF. Yellow nail syndrome. *Cutis* 1986; 37:371-4.
13. Bull RH, Fenton DA, Mortimer PS: Lymphatic function in the yellow nail syndrome. *Br J Dermatol* 1996; 134: 307-12.
14. Bilen N, Bayramgürler D, Devge C, Başdaş F, Yıldız F, Töre G. Lymphoscintigraphy in yellow nail syndrome. *Int J Dermatol* 1998; 37: 444-6.
15. Kökçam İ, Uyar B. Sarı tırnak sendromu. *T Klin Dermatoloji* 1998;8: 29-33.
16. Cordasco EM, Beder S, Coltro A, Bavbek S, Gurses H, Mehta AC. Clinical features of the yellow nail syndrome. *Cleve Clin J Med* 1990; 57: 472-6.
17. Maisels DO, Korachi AO. Lymphoedema of the eyelids in the yellow nail syndrome. *Br J Plast Surg* 1985; 38: 93-6.
18. Chernosky ME, Finley VK. Yellow nail syndrome in patients with acquired immunodeficiency disease. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13: 731-6.
19. Armitage JM, Lane DJ, Stradling JR, Burton M. Ear involvement in the yellow nail syndrome. *Chest* 1990; 98: 1534-5.

20. Tüzün B, Şimşek ZG, Durukan N, Candan L. Hailey-Hailey ve Samman-White Sendromu Vakası. T Klin Dermatoloji 1998;8: 171-4.
21. Yanez S, Val-Bernal JF, Fernandez- Llaca H. Yellow nails and minimal change nephrotic syndrome. Nephron 1999; 82: 180-2.
22. Venencie PY, Dicken CH. Yellow nail syndrome: report of five cases. J Am Acad Dermatol 1984; 10: 187-92.
23. Arroyo JF, Cohen ML. Improvement of yellow nail syndrome with oral zinc supplementation. Clin Exp Dermatol 1993, 18: 62-4.
24. Williams HC, Buffham R, du Vivier A. Successful use of topical vitamin E solution in the treatment of nail changes in yellow nail syndrome. Arch Dermatol 1991; 127: 1023-8.

Geliş Tarihi: 20.12.2000

Yazışma Adresi: Dr. Perihan PARLAT
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
61080 TRABZON

*26 Eylül- 01.Ekim 2000 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 18. Ulusal Dermatoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.