





Sarı Tırnak Sendromu

Yellow Nail Syndrome

 Aysun ŞİKAR AKTÜRK^a,
 Seda KARABATAK^a,
 Serap ARGUN BARIŞ^b,
 Kamil Turan BERKİ^c

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları AD,
^bGöğüs Hastalıkları AD,
^cKalp ve Damar Cerrahisi AD,
 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
 Kocaeli, TÜRKİYE

Received: 10.02.2018
 Received in revised form: 15.04.2018
 Accepted: 16.04.2018
 Available online: 12.04.2019

Correspondence:
 Aysun ŞİKAR AKTÜRK
 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
 Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Kocaeli,
 TÜRKİYE/TURKEY
 aysun9442@hotmail.com

Bu çalışma, IV. Ege Dermatoloji Günleri
 (7-10 Mayıs 2016, Muğla)'nda poster olarak
 sunulmuştur.

ÖZET Sarı tırnak sendromu; yavaş büyüyen sarı mat renkli distrofik tırnaklar, lenfödem ve pulmoner semptomların birlikte görüldüğü nadir görülen bir hastalıktır. Tırnak değişiklikleri; yavaş uzama, sarı-yeşil renk değişikliği, yatay ve dikey aşırı çizgilenme, onikolizis şeklinde sıralanabilmektedir. Patogenezinde lenfatik drenajda bozukluk sorumlu tutulsa da tam olarak nedeni bilinmemektedir. Tırnak bozukluğu, lenfödem ve pulmoner semptomlardan ikisinin birlikte bulunması tanı koymak için yeterlidir. Hastaların sadece üçte birinde üç bulgunun birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada, tırnak bozukluklarının yanı sıra sol bacadaki primer lenfödem ve akciğer tomografisinde sol akciğer alt lobda daha belirgin olmak üzere bilateral akciğer parankiminde bronşitik değişiklikler izlenen üç bulgunun da birlikte görüldüğü sarı tırnak sendromu tanısı konulan 37 yaşındaki bir erkek olgunun sunulması amaçlanmıştır. Lenfödemin yanı sıra tırnaklarda şekil bozukluğu ve pulmoner semptomların birlikte görüldüğü hastalarda sarı tırnak sendromunu düşünmek gerektiğini vurgulamak için olgumuz sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sarı tırnak sendromu; lenfödem; bronşit; tırnak distrofisi

ABSTRACT Yellow nail syndrome is a rare disease associated with dull yellow-colored dystrophic nails, which grow slowly, lymph edema and pulmonary symptoms. Nail changes can be slow growth, yellow- green color changes, vertical and horizontal nail streaks and onycholysis. Although lymphatic drainage disorder is considered as the cause of pathogenesis, its actual reason is not known. Two of those findings such as nail defects, lymph edema and pulmonary are sufficient for diagnosis. Only one third of the patients have these three findings. In this case-study, a 37-years-old male patient is presented who has all three findings such as nail defects together with primer lymph edema on the left leg and bronchitis changes in bilateral lung parenchyma which is more significant in the lower lobe of the left lung according to lung tomography. The case is presented to emphasize that yellow nail syndrome should be considered for the patients who have nail deformation and pulmonary symptoms in addition to lymph edema.

Keywords: Yellow nail syndrome; lymphedema; bronchitis; nail dystrophy

Sarı tırnak sendromu (STS); nadir görülen, çoğunlukla otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır. Hastalığın klasik üç bulgusu; sarı renkli tırnaklar, lenfödem ve plevral efüzyondur.¹ Bu sendrom ilk kez 1964 yılında Samman ve White tarafından; tırnaklarda yavaş büyüme-sarı renk değişikliği ve periferik ödem kliniğiyle tanımlanmıştır.² Daha sonra Emerson tarafından da plevral efüzyon eklenerek hastalığın klasik triadı oluşturulmuştur.³ STS tanısı genellikle puberte sonrası konulmakla birlikte, nadiren çocukluk çağında da tanımlanmaktadır.⁴ Etiyolojisi bilinmeyen bu sendromun patofizyolojisinde en çok bozulmuş lenfatik drenaj sorumlu tu-

tulmuştur. Nefrotik sendrom, kazanılmış immün yetmezlik, tirodit, hipogamaglobulinemi, romatoid artrit, nonHodgkin lenfoma, meme karsinomu, protein kaybettiren enteropati gibi hastalıklarla beraber görülebileceği bildirilmiştir.⁵

Bu çalışmada, nadir görülmesi ve üç sistem tutulumunun birlikte bulunması nedeni ile bir STS olgusunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşındaki erkek olgu; tırnaklarda bozulma, aralıklı öksürük ve sol bacakta şişlik nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden doğuştan beri tırnak bozukluğunun bulunduğu ve son yıllarda sol bacağına giderek artan şişlik yakınmasının olduğu öğrenildi. Erken yaşlarda bronşit öyküsü de olan olgunun soy geçmişinde bir özellik yoktu. Sistemik muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. Dermatolojik muayenesinde sol bacakta ayakta başlayıp uyluğa doğru ilerleyen belirgin ödem saptandı (Resim 1). Tüm el ve ayak tırnaklarında kalınlaşma, sarı renk değişikliği ve distrofik değişiklikler izlendi (Resim 2). Rutin laboratuvar incelemelerinde patolojik bulgu izlenmeyen olgunun, tırnaktan alınan mantar kültüründe üreme olmadı. Çekilen akciğer grafisinde bronkovasküler izlerde artış saptandı (Resim 3). Akciğer tomografisinde sol akciğer alt lobda daha belirgin olmak üzere, bilateral akciğer parankiminde bronşitik değişiklikler izlendi. Göğüs hastalıkları bölümü tarafından değerlendirilen olguda, mevcut klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde kronik bronşit düşünüldü. Alt ekstremitelerden lenfosintigrafi görüntülemesinde geç görüntülerde lenfödemle uyumlu olarak solda lenfatik akımın olmadığı görüldü. Bu klinik bulgularla STS tanısı konularak; varis çorabı ve lenfödeme yönelik lenfatik drenaj için pnömotik kompresyon cihazıyla uygulama önerildi. Hastamızdan sözlü onam alındı.

TARTIŞMA

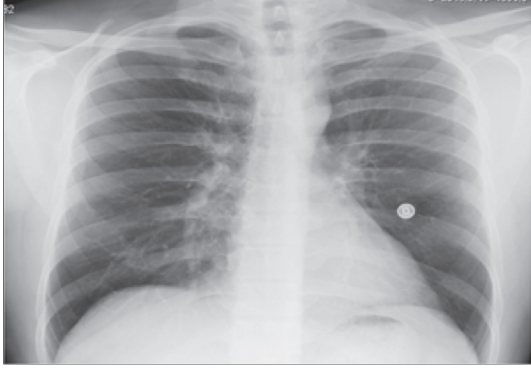
STS; yavaş büyüyen, sarı mat renkli distrofik tırnaklar, lenfödem ve pulmoner semptomların birlikte görüldüğü nadir görülen bir hastalıktır. Tırnak değişiklikleri; yavaş uzama, sarı-yeşil renk değişik-



RESİM 1: Sol bacakta ayakta başlayıp uyluğa doğru ilerleyen belirgin ödem.



RESİM 2: Tüm el ve ayak tırnaklarında kalınlaşma, sarı renk değişikliği, distrofik değişiklikler, sol bacakta ödem.



RESİM 3: Akciğer grafisinde bronkovasküler izlerde artış.

liği, yatay ve dikey aşırı sırtlanma, onikolizis şeklinde olabilmektedir. Patogenezde lenfatik drenajda bozukluk sorumlu tutulsa da tam olarak nedeni bilinmemektedir. Tırnak bozukluğu, lenfödem ve pulmoner semptomlardan ikisinin birlikte bulunması tanı için yeterlidir. Hastaların sadece üçte birinde üç bulgunun birlikte görüldüğü bildirilmiştir.⁶

Tırnaklarda ilk olarak ortaya çıkan değişiklik, tırnakların büyümesinin durması ya da çok az büyümesidir. Tırnak plakları son derece sert olup, kütikül çoğu kez kaybolmuştur.⁷ Mantar enfeksiyonları, liken planus, ilaç kullanımına sekonder olarak görülen tırnak incelmeleri ve sarı renk değişikliğinde, yanlışlıkla STS tanısı konulabilmektedir. Hipoplastik lenfatik damarlar sebebiyle azalmış lenfatik drenaj STS'de görülen çeşitli tırnak değişikliklerinin altında yatan neden olarak düşünülmektedir. Ayrıca, azalmış mikrovasküler permeabilite de patogenezi sorumlu olarak düşünülmektedir. STS olan hastalarda yapılan tırnak biyopsilerinde gösterilen matriks altındaki stromada skleroz ve vasküler ektazi bu patogenezi desteklemektedir.⁸

Erişkin STS'li hastalar tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar nedeni ile göğüs hastalıkları uzmanlarına başvurabilmektedirler. Akut veya kronik sinüzit STS hastalarında çok sık (%14-83) görülmektedir. Mukopürülan burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve geniz akıntısı gibi semptomlar eşlik etmektedir.⁹ Hastaların çoğunda görülen solunum yolu patolojileri STS'nin en tehlikeli komponentidir. Akciğer tutulumu, hastaların %56-71'inde görülmektedir. Solunum yollarının farklı bölümlerinin

tutulması ile kronik bronşit, bronşiektazi, plevral efüzyon ve akciğer kanseri gibi farklı klinik tablolar görülebilmektedir.^{9,10} Kronik öksürük hastaların %56'sında görülüp, STS'nin en sık pulmoner bulgusudur.¹¹ Plevral efüzyon hastaların %14-46'sında, bronşiektazi ise %44'ünde görülmektedir.^{12,13} STS hastalarındaki plevral efüzyonları değerlendiren bir derlemede; plevral sıvının hastaların %68,3'ünde bilateral, %95'inde eksüda vasıflı ve lenfosit hâkimiyetinde olduğu bildirilmiştir.¹⁴ STS ile ilişkili bronşiektazi hastalarında idiyopatik bronşiektazi hastalarında olduğu gibi *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae* ve *Pseudomonas aeruginosa* gibi bakteriler en sık patojenlerdir. Hastaların %22'sinde rekürrens pnömoniler görülebilmektedir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (BT), genişlemiş bronşları ve bronş duvar kalınlaşmalarını göstererek, bronşiektazinin tanısında önemli yere sahiptir.¹⁵ Olgumuzda öksürük semptomu ve BT'de kronik bronşitik değişiklikleri mevcuttu.

Hastalığın spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastaların %30'unda tırnak değişikliklerinin kendiliğinden düzelebileceği bildirilmiştir. İntralezyonel triamsinolon enjeksiyonu, oral antifungaller, oral çinko, klaritromisin, topikal ya da oral vitamin E gibi birçok tedavi denenmiştir.¹⁵ Ayres ve ark., alfa-tokoferol asetat şeklindeki E vitamininin oral yolla günde 800 IU kullanılmasıyla tırnakların 6,5 ayda normale döndüğünü bildirmişlerdir. Ancak, iyileşme olan hastalarda bulgular tekrarlayabilmektedir.¹⁵ Çalışmamızda, olgumuza lenfödeme yönelik öneriler dışında bir tedavi başlanmamıştır.

Solunum sistemi tutulumu olan hastalarda da spesifik bir tedavi bulunmamaktadır. Akut sinüzit varlığında antibiyotik tedavisi, kronik sinüzit varlığında antibiyotik, topikal intranasal steroidler, salin irrigasyonu, topikal ya da oral dekonjestan kullanımı önerilmektedir.⁹ Bronşiektazi eşlik eden hastalarda fizyoterapi eğitimi (postüral drenaj, göğüs fizyoterapisi ve flutter kullanımı), hastaların kronik balgam çıkarma semptomlarını kontrol etmeye yardımcı olmaktadır. Bronşiektazi alevlenmelerinde antibiyotik kullanımı önemlidir. Grip ve

pnömokok aşılı kuvvetle önerilmektedir.¹³ Olgumuzda kronik bronşit semptomları mevcut olup; uygun hidrasyon, postüral drenaj eğitimi ve aşılarda konusunda bilgi verilmiştir.

Lenfödemin yanı sıra tırnaklarda şekil bozukluğu ve pulmoner semptomların birlikte görüldüğü hastalarda STS'yi düşünmek gerektiğini vurgulamak için olgumuz sunulmuştur.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Aysun Şikar Aktürk; **Tasarım:** Aysun Şikar Aktürk; **Denetleme/Danışmanlık:** Aysun Şikar Aktürk; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Aysun Şikar Aktürk, Serap Argun Barış, Kamil Turan Berki; **Analiz ve/veya Yorum:** Aysun Şikar Aktürk; **Kaynak Taraması:** Aysun Şikar Aktürk, Seda Karabatak; **Makalenin Yazımı:** Aysun Şikar Aktürk, Seda Karabatak; **Eleştirel İnceleme:** Kamil Turan Berki, Serap Argun Barış; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Aysun Şikar Aktürk, Seda Karabatak; **Malzemeler:** Aysun Şikar Aktürk.

KAYNAKLAR

- Aydın E, Akman K, Akkuzu G, Akkuzu B, Özlüoğlu LN. [Yellow nail syndrome]. KBB-Forum. 2007;6(2):73-5.
- Samman PD, White WF. The "yellow nail" syndrome. Br J Dermatol. 1964;76:153-7. [Crossref]
- Emerson PA. Yellow nails, lymphedema, and pleural effusions. Thorax. 1966;21(2):247-53. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Iqbal M, Rossoff LJ, Marzouk KA, Steinberg HN. Yellow nail syndrome: resolution of yellow nails after successful treatment of breast cancer. Chest. 2000;117(5):1516-8. [Crossref] [PubMed]
- Hiller E, Rosenow EC 3rd, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. Chest. 1972;61(5):452-8. [Crossref] [PubMed]
- Hatice UÖ, Aşşe SK, Ömer Ç. [Yellow nail syndrome association lymphedema]. Dermatol. 2011;2(1):231-2.
- Kökçam İ, Uyar B. [Yellow nail syndrome]. Türkiye Klinikleri J Dermatol. 1998;8(1):29-33.
- DeCoste SD, Imber MJ, Baden HP. Yellow nail syndrome. J Am Acad Dermatol. 1990;22(4):608-11. [Crossref]
- Vignes S, Baran R. Yellow nail syndrome: a review. Orphanet J Rare Dis. 2017;12(1):42. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Carnassale G, Margaritora S, Vita ML, Parisi AM, Congedo MT, Cusumano G, et al. Lung cancer in association with yellow nail syndrome. J Clin Oncol. 2011;29(7):e156-8. [Crossref] [PubMed]
- Maldonado F, Tazelaar HD, Wang CW, Ryu JH. Yellow nail syndrome: analysis of 41 consecutive patients. Chest. 2008;134(2):375-81. [Crossref] [PubMed]
- Piraccini BM, Urcioli B, Starace M, Tosti A, Balestri R. Yellow nail syndrome: clinical experience in a series of 21 patients. J Dtsch Dermatol Ges. 2014;12(2):131-7. [Crossref] [PubMed]
- Woodfield G, Nisbet M, Jacob J, Mok W, Loebinger MR, Hansell DM, et al. Bronchiectasis in yellow nail syndrome. Respirology. 2017;22(1):101-7. [Crossref] [PubMed]
- Valdés L, Huggins JT, Gude F, Ferreiro L, Alvarez-Dobaño JM, Golpe A, et al. Characteristics of patients with yellow nail syndrome and pleural effusion. Respirology. 2014;19(7):985-92. [Crossref] [PubMed]
- Ayres S Jr, Mihan R. Yellow nail syndrome: response to vitamin E. Arch Dermatol. 1973;108(2):267-8. [Crossref]