

Sarı Tırnak Sendromu

YELLOW NAIL SYNDROME

İbrahim KÖKÇAM*ⁱ, Belkıs UYAR**

* Yrd.Doç.Dr.,Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Dr.,Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, ELAZIĞ

Ö z e t

İlk kez 1964 'ile Stuuuuou re White tara/unlan tanımlanan sarı tırnak sendromu, sarımsı, disirofik tırnaklar, lenfödem ve plevral efüzyonduau ibarettir Tırnaklar ti/ik olarak hem irunsvers hem de longiuidiuul istikamete aşırı derecede kıvrılmıştır. Haftada 0.2 nun den daha az olacak şekilde çok yavaş büyürler. Sıklıkla onikoliz oluşur, hınula ye kütükiler kaybolur. Lenfödem, plevrul efüzyon, kronik pulmoner infeksiyon ve kronik sinüzit çoğunlukla tırnak değişikliklerinden daha önce görülür. Burada nadir görülmesi nedeni ile 20yaşında sarı tırnak sendromlu bir erkek hasla sunuldu. Literatür gözden geçirildi.

Anahtar Kelime: Sarı tırnak sendromu

T Klin Dermatoloji 1998, 8:29-33

Sarı tırnak sendromu (STS); yavaş büyüyen opak sarı tırnaklar, lenfödem ve pulmoner semptomların eşlik ettiği nadir görülen bir tablodur. Hastalığın sebebi bilinmemektedir.

Tablo ilk kez 1911 yılında "Ungues flavi" adıyla tanımlanmış, sendrom olarak ayrıntılı tanımlanması 1964 yılında Samman ve White tarafından yapılmıştır (1). Genellikle orta yaşta insanlarda görülürse de çocuklarda da görülebilir (2). Sendroma aşırı kıvrılma gösteren fakat yavaş büyüyen opak-sarı tırnaklar ile birlikte lenfödem, kronik bronşit, plevral efüzyon, kronik sinüzit gibi hastalıklar da eşlik edebilir. Hastalar önce tırnaklarının büyümesinin durduğunu ya da çok az büyüdüğünü fark eder. Birkaç ay sonra tırnakların

Geliş Tarihi: 26. i 1.1996

Yazışma Adresi: Dr.İbrahimi KÖKÇAM

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dermatoloji AD, ELAZIĞ

T Klin. I Dermulol 199H, Y

S u m m a r y

The yellow nail syndrome first described in 1964 by Summon and White consists of yellowish, dystrophic nails, lymphedema and pleural effusion. The nails are typically over-curved both transversely and longitudinally, grow very slowly (less than 0.2mm per week), are often subject to onycholysis and lose both lunulae and cuticles. Lymphedema, pleural effusions, chronic respiratory infections and chronic sinusitis usually precede the nail changes. Here we present a 20 years old man with yellow nail syndrome as it is rarely seen. The relevant literature was reviewed.

Key Word: Yellow nail syndrome

T Klin J Dermatol 1998, 8:29-33

sarı veya yeşilimsi bir renk aldığını tanımlarlar. Tırnaklar genellikle normal kalınlıkta veya normalden hafifçe daha kalındır. Tırnak plakları son derece serttir. Kütikül çoğu kez kaybolmuştur. Bir veya birden fazla tırnakta belirgin bir bombeleşme görülür. Bazı olgularda tırnağın büyüme oranının değiştiğini gösteren bombeleşme ve enlemesine çizgilenmeye rastlanır. Tırnağın büyüme oranı çok yavaştır. El tırnakları, normalde haftada en az 0.5 mm büyür. Halbuki sarı tırnak sendromlu olgularda tırnaklar haftada 0.1-0.25 mm kadar uzar. Bazı aylar tırnaklarda ölçülebilir büyümenin bulunmadığı gözlenir (3-6).

Sendromun ikinci bir bulgusu ödemdir. Ödem parmak uçlarına sınırlı olabileceği gibi yaygın da olabilir. Ayrıca ayak bilekleri, topuk ve yüzde de ödem gelişebilir. Lenfanjiografide primer ödem bulguları tespit edilebilir (3).

STS'lu olgularda sık rastlanan diğer bir bulgu ise pulmoner semptomlardır. Bunlar kronik bronşit, bronşiektazi ve plevral efüzyonlardır (7).

Olg u

20 yaşında İstanbul doğumlu asker, tüm el ve ayak tırnaklarında renk değişikliği ve tırnakların uzamasında yavaşlama şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu.

Hikayesinde şikayetlerinin 6 ay önce her iki el baş parmak tırnaklarında karararma ve tırnakların uzamasında yavaşlama şeklinde başladığı ve daha sonra bu değişikliklerin diğer tırnaklara da geçtiği öğrenildi. Kararan tırnaklar 15-20 gün içinde düşmüş yeni çıkan tırnaklar sarı- gri renkte, bombe ve yavaş uzuyorlarmış. İki ay önce sağ ayak bileğinde şişlik olduğu, bunun 5 gün içinde kaybolduğu, polikliniğimize müracaatından 2-3 gün önce yine aynı yerde şişlik olduğu öğrenildi. Hastanın ailesinde benzer şikayeti olan yoktu.

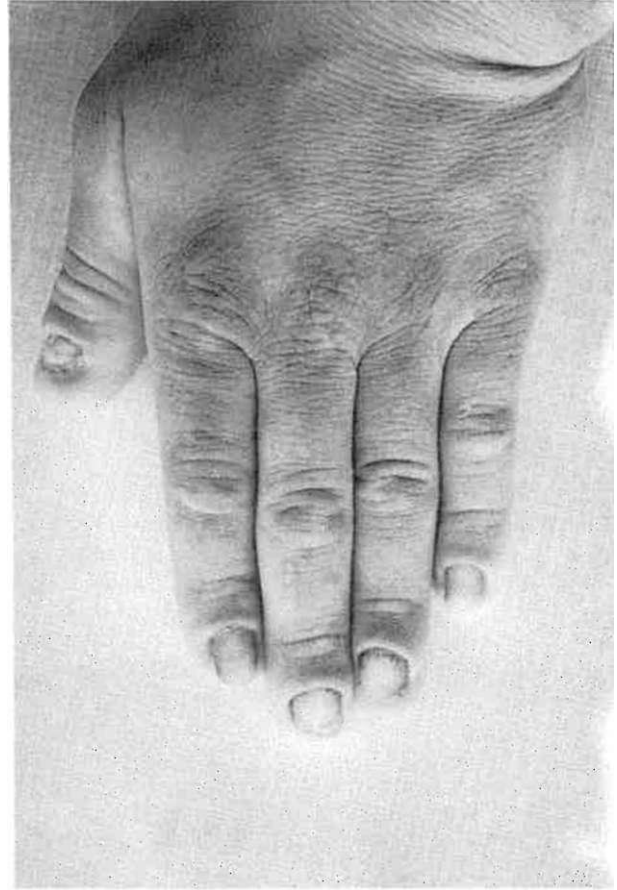
Özgeçmiş; bir yıl önce sarılık geçirmiş.

Soygeçmişinde herhangi bir özellik tespit edilmedi.

Dermatolojik muayenede, tüm el ve ayak parmaklarının son falankslarında hafif eriteni ve belirgin ödem vardı (Şekil 1). Sağ el 5. ve sol el 1. parmak tırnakları yoktu. Diğer tüm el ve ayak parmak tırnaklarında subungual hiperkeratoz, sarı-yeşil renk değişikliği, parsiyel onikoliz, transvers çizgilerde belirginleşme ve bombeleşme mevcuttu. Tüm tırnaklarda kütikül kaybı vardı. Sağ el 1. parmak tırnağı raket tırnak görünümü ile sol el 2. parmak tırnak plağının orta kısmında ve 3. parmak tırnak plağının distalinde horizontal beyaz renk değişikliği vardı. Tırnakların serbest kenarları



Şekil 1. tüm el ve ayak parmak tırnaklarında sarı- yeşilimsi renk değişikliği.



Şekil 2. Tüm tırnakların çevresinde ödem ve kütikül kaybı.



Şekil 3. Sol el 1. parmak ve sağ el 5. parmak tırnaklarında tanı onikolizis. diğer tırnaklarda sarı-yeşil renk değişikliği

yeşilimsi görünümdeydi. Hasta küçük objeleri tutmakta güçlük çekiyordu. Her iki ayak 1. parmak tırnakları laterale, 3. 4. ve 5. parmak tırnakları mediale doğru kıvrılmışlardı (Şekil 2-3). Sağ ayak bileğinde ödem mevcuttu.

Diğer sistemlerin fizik muayenesinde bir patoloji tespit edilmedi.

Laboratuvar: Biyokimyasal tetkiklerde; SGPT 75 U/L, (N :5-30), LDH: 540 U/L (N:220-440) nın dışında bir patoloji yoktur. Water's grafisinde; sol maksiller sinüs kapalı, sağda havalanmada azalma vardı. Tırnaklardan yapılan çok sayıda nativ preparatta manlar elemanlarına rastlanmadı. Kültürde üreme olmadı. CBC, sedimentasyon hızı, tam idrar, troid fonksiyon testleri ve akciğer grafisinde bir patoloji yoktu.

Hastaya günde 900 IU E vitamini (D- alphatocopherol) başlandı. Sinüzitinin tedavisi için antibiyotik, anlihistanik ve anticonilamatuar ilaçlar verildi.

Hastanın tırnaklardaki değişikliklerin takibi amacıyla iki ayda bir kontrole gelmesi istendi.

Tartışma

Sarı tırnak sendromu; klasik olarak sarı tırnaklar, lenfödem ve solunum sistemi problemleriyle bir triad oluşturur(6). Fakat bu triadın 3 komponentini her zaman bir arada görmek mümkün olmayabilir. Gupta(8) tarafından yapılan araştırmada 62 vakanın sadece 17'sinin (%27) bu üç özelliğe sahip olduğu rapor edilmiştir. Bizim vakamızda sarı tırnaklar, maksiller sinüzit ve sağ ayak bileğinde ödem varlığı ile triadın üç özelliği de mevcuttu.

STS nun nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Fakat Guin ve Elleman'ın (9) STS'lu hastaların larinks kanserinin tedavisinden sonra tablonun hızla düzelmesi, Hiller ve ark. (10) sarı tırnak sendromundan ölen 5 hastasından üçünde malign bir neoplazma tespit etmeleri, Gupta ve ark. (8) infiltratif duktal göğüs karsinomu ve dev hücreli interstisyel pnömonitisi olan bir STS'lu olguda, göğüs kanseri nedeniyle kemoterapi ve cerrahi tedavi uygulandıktan sonra tırnaklarda düzelenin görülmesi, tablonun maligniteyle yakından ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca safra kesesi adenokarsinomalı ve mikozis fungoidesli birer STS'lu olgu bildirilmiştir (11,12). Lubach ve Marhescu kronik poliartritli bir hastada D-penisilamin tedavisi sırasında sarı tırnak sendromu geliştiğini ve ilacın kesilmesinden 7 ay sonra tablonun düzeldiğini

bildirmişlerdir (13). Benzer tırnak değişiklikleri hipotroidizm, nefrotik sendrom, romatoid artrit, myokardial hastalıklar, hipoalbuminemi, tüberküloz, silitiz ve AIDS'li olgularda da gözlemlendiği bildirilmiştir (8,14,15)

Hastaların çoğunda akciğerlerle ilgili çeşitli hastalıklar tesbit edilmiştir. Bunlar sıklık sırasına göre; kronik bronşit, bronşiektazi, plevral efüzyon ve akciğer kanserleridir. Perikardial ve plevral efüzyonla birlikteliği de bildirilmiştir (7). Varney ve ark (16), on yedi STS'lu hastadan 14'ün dc (%83) ciddi rinosinüzit tespit etmişlerdir. Bunlardan 4'ünde rinosinüzit bulguları tırnak değişikliklerinden önce, 6'smda tırnak değişiklikleri ile birlikte ve geri kalanında tırnak değişikliklerinden sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir. Biz olgumuzda akciğerlere ait herhangi bir patoloji tespit edemedik. Water's grafisinde sinüzit tespit ettik.

STS'lu olgularda rastlanan diğer bir bulgu onikolizdir. Onikoliz parsiyel ve tam onikoliz şeklinde olabilir. Onikoliz bir veya birden fazla tırnakta oluşabilir, tam onikoliz gelişirse tırnaklar düşer. Nadiren çok yavaş yeni tırnak oluşur. Vakaların çoğunda el ve ayak tırnakları birlikte tutulur (17).

STS' lu olgularda tırnak plağıdaki değişikliklere ek olarak çoğu kez o bölgede bir miktar ödem vardır. Ödem parmak uçlarına sınırlı olabilirse de daha yaygın bir şekilde de görülebilir. Ayak bilekleri ve yüzde ödem oluşabilir (3). Bizim olgumuzda sağ el 5 ve sol el 1. parmak tırnaklarında total onikoliz, tüm el ve ayak parmaklarının son falankslarında hafif eriteni, belirgin ödem vardı. Ayrıca hasta ayak bileklerinde tekrarlayan ödem anamnezi vermektedir.

Lenfanjiogramı ile primer lenfödemdekine benzer değişiklikler tespit edilebilir. Bazı vakalarda atrezi veya varikozite görülebilir. Bazı hastalarda lenanjiografiyle lenf yollarının normal olduğu, bununla birlikte klinik olarak şiddetli bir ödem saptanabilir. Bu durum anomalinin anatomik olabileceği kadar fonksiyonel de olabileceğini veya sadece küçük lenf damarlarında olabileceğini düşündürür (3). Olgunun yapılan laboratuvar tetkiklerinde sağ ayak bileğindeki ödemin nedenini izah edebilecek bir patoloji saptanamadı.

Lenfatik anomalilerin bu değişikliklerin meydana gelmesinde kısmen rol oynamalarının mümkün olabileceği ileri sürülmüştür. Bu olgularda gastrointestinal sistem gibi diğer iç organlardaki lenfatiklerin anomalilerine daha az sıklıkta rastlanmaktadır (3,4).

Ben Ychuda ve ark. tedaviye dirençli sağ plevral efüzyonu, bacak ödemi ve STS' u olan bir hastada, konjunktiva ve tırnak yatağı kapillerlerinde vazomasyonda artma ve damar çapında azalma olduğunu bildirmişlerdir. Bundan dolayı bu hastalığın sadece lenfatik sisteme sınırlı olmayıp, aynı zamanda kapillerleri de tuttuğu fikrini ileri sürmüşlerdir (18).

Histolojik olarak, tırnak yatağı ve matrikste subıngual stromanın yerini çok sayıda ektazik ve endotel hücreleriyle kaplı damarlar alır. Bu yoğun stroma tutulan parmaklarda lenfatik fonksiyon bozukluğuna yol açar (17).

Matriks altındaki stromada skleroz ve vasküler ektaziye ait histopatolojik bulgular, bu değişikliklerin san tırnak sendromunun oluşmasında primer rollerinin bulunabileceğini düşündürmektedir. Dermal skleroz sonucunda lenfatik tıkanmanın ortaya çıkması, skleroderma, morfea, eozinofilik fasiit gibi bazı sklerozan dermatozlarda gelişen biillöz lezyonların bir nedeni olarak düşünülmektedir.

Subıngual stromadaki sklerozan bir sürecin sonunda ortaya çıkan lenfatik tıkanma, tırnak dokusunun sert ve mekanik yapısı nedeniyle belirgin bir lenfanjiektazi ve bül meydana getiremez. Normal doku homeostazını, daha ziyade metabolik olarak dinamik olan tırnak matriksi epitelini çevreleyen stromadaki biyokimyasal ürünlerin lenfatik drenajının bozulması etkilemektedir. Tırnakların anormal görünüşü, tırnak uzamasının yavaşlaması ve tırnak yatağı epitelinde olgunlaşma düzensizliği gibi belirtilerin tümü lenfatik tıkanmanın toksik etkilerini yansıtmaktadır (13).

Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur. Ayres ve Vlihan, d, a-tokoferol asetat şeklindeki E vitamininin oral yolla günde 800 IU kullanılmasıyla, tırnakların 6.5 ayda normale döndüğünü, bu fiastarlardaki kronik sinüsit ve kronik bronşitte de paralel

bir düzelme görüldüğünü bildirmişlerdir (19). Williams ve Buffham, 199 Ede yayınladıkları bir makalelerinde, topikal vitamin E solüsyonunun sarı tırnak sendromunda etkili olduğunu bildirmişlerdir (20). Arroyo ve Cohen 1993'de, 2 yıl süreyle oral çinko sülfat tedavisi uyguladıkları olgularda düzelme olduğunu bildirmişlerdir (21).

Destekleyici tedaviyle tırnakların kuliküladan serbest kenara doğru 1/3 ile 1/2'lik kısmı oldukça sık olarak düzelmekte, oysa distal kısmı renksiz kalmaktadır. Hastaların yaklaşık olarak %30'unda tam veya kısmi spontan iyileşme görülür. Ancak nüks olabilmektedir. Tırnakların görünümündeki düzelme, tırnakların büyüme oranının normal sınırlara dönmesiyle birlikte olur (3).

KAYNAKLAR

1. Samman PD, White WF. The yellow nail syndrome. *Br J Dermatol.* 1964; 76:153-7.
2. Magid M, Esterly NB, Prendiville J, Fujisaki C. The yellow nail syndrome in an 8 years old girl. *Pediatr-Dermatol* 1987; 4(2):90-3.
3. Samman PD. The nails in disease. London: William Heinemann Medical Books Ltd, 1972: 103-15.
4. Franks Jr AG. Cutaneous aspects of cardiopulmonary disease. *Dermatology in General Medicine.* In: Fitzpatrick TB ve ark., eds. New York: McGraw-Hill, 1987: 1988.
5. Atmanoğlu N. Yellow nail sendromu. *Deri Hast Frengi Arşivi* 1980; 14:75-7.
6. Arnold HL, Odom RB, James WD. Disorders of the skin. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1990: 921.
7. Morandi U, Golinelli M, Brandi L, Ruggiero C, Stefani A, Lodi R. Yellow nail syndrome associated with chronic recurrent pericardial and pleural effusions. *Eur J Cardiothorac Surg* 1995; 9(1):42-4.
8. Gupta AK, Davies GM, Haberman HF. Yellow nail syndrome. *Cutis* 1986; 37:371-4.
9. Guin JD, Elleman JH. Yellow-nail syndrome-possible association with malignancy. *Arch Dermatol.* 1979; 115:735.
10. Hiller E, Rosenow III EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. *Chest* 1972; 61:452-8.
11. Burrows NP, Jones RR. Yellow nail syndrome in association with carcinoma of the gall bladder. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16(6):471-3.
12. Stosiek N, Peters KP, Fiiller D, Riedl B, Hornstem OP. Yellow nail syndrome in a patient with mycosis fungoides. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28(5pt1):792-4.
13. Tüzün Y, Kotoğyan A. Sistemik hastalıklarda tırnak. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Onsun N, eds. Tırnak hastalıkları. İstanbul, 1993: 124-39.

14. Sahi SP, Bansal SK. Yellow nail syndrome with persistent hypoalbuminaemia. *Br J Clin Pract* 1988; 42(1): 36-7.
15. Pant; SM. Yellow nail syndrome resolution following treatment of pulmonary tuberculosis, *Int J Dermatol* 1993; 32(8):605-6.
16. Varney VA, Cumberworth V, Sudderick R, Durham SR, Mackoy IS. Rhinitis, sinusitis and the yellow nail syndrome. *Clin Otolaryngol* 1994; 19(3): 237-40.
17. Dawber-RPR, Baran R. Disorder of nails. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG; Champion RH, Burton JL, editors. *Textbook of dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1993: 2497-2532.
18. Ben Yehuda A, Ben-Chetrit E, Eliakim M. Yellow nail syndrome. *Isr J Med Sci* 1986; 22(2): 117-9.
19. Ayres S, Mihan R. Yellow nail syndrome- response to vitamin E *Arch Dermatol* 1973; 108: 267-8.
20. 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(7): 1023-8.
21. Arroyo JF, Cohen ML. Improvement of yellow nail syndrome with oral zinc supplementation. *Clin Exp Dermatol* 1993; 62-4.