

Sarı Tırnak Sendromu

M. Ali Habeşoğlu, İ. Kıvılcım Oğuzülgen, Numan Ekim

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Ankara

ÖZET

Sarı Tırnak Sendromu (STS), tırnaklarda değişiklik, lenfanjiyödem ve plevral effüzyon triadı ile tanımlanan nadir bir klinik tablodur. Bu hastalar göğüs hastalıkları uzmanlarına yalnızca plevral effüzyon değil, yineleyen solunum yolu infeksiyonları, bronşektazi, sinüzit, plörit ve pnömoni nedeniyle de başvurabilmektedirler. Bu yazıda plevral effüzyon etiolojisini saptamak üzere incelemeye alınan ve sarı tırnak bulgularının varlığı ile tanıya ulaşılan bir STS olgusu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: sarı tırnak, plevral effüzyon, bronşektazi

Toraks Dergisi, 2002;3(3): 341-344

ABSTRACT

Yellow Nail Syndrome

Yellow nail syndrome (YNS) is a rare clinical condition, which is characterized by the triad of yellowish nail changes, lenfangioedema and pleural effusion. These patients with YNS are usually referred to pulmonary physicians not only for pleural effusion but also for recurrent respiratory tract infections, bronchiectasis, sinusitis, pleuritis and pneumonia. Here we report a case with YNS who admitted to our department with pleural effusion. Diagnosis of YNS was made with the presence of yellowish nail changes in addition to the pleural effusion.

Key words: yellow nail syndrome, pleural effusion, bronchiectasis

GİRİŞ

Sarı Tırnak Sendromu (STS), tırnaklarda değişiklik, lenfanjiyödem ve plevral effüzyon triadı ile tanımlanan bir klinik tablodur. İlk kez 1964 yılında Samman ve White tarafından tanımlanmıştır [1]. Tanımlandığı günden bu yana 150 civarında olgu bildirilen STS'nin etiyojisi kesinlik kazanmamıştır [2]. Genel kabul gören görüşe göre, sendrom lenfatik damarlardaki bir anomali sonucunda gelişmektedir [3-6]. Burada nadir görülmesi ve birçok özelliğinin bir arada olması nedeniyle ilginç bulunan bir STS olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

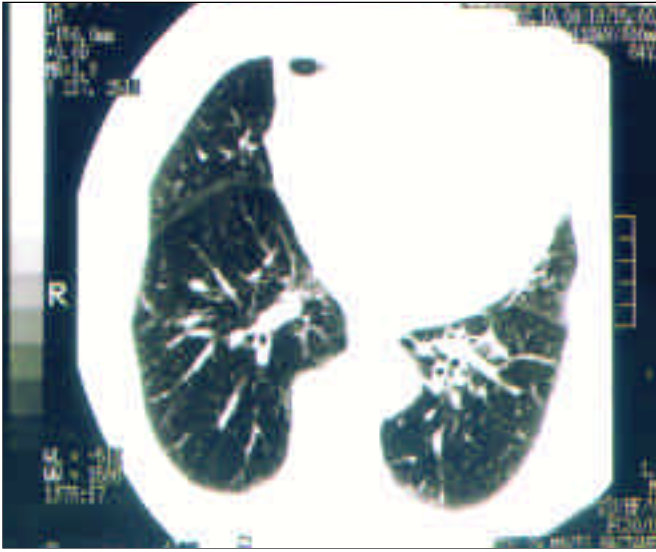
OLGU

Altmış beş yaşında bir kadın hasta, bir haftadır süren ve üşüme, titremeye yükselen ateş, öksürük, az miktarda sarı

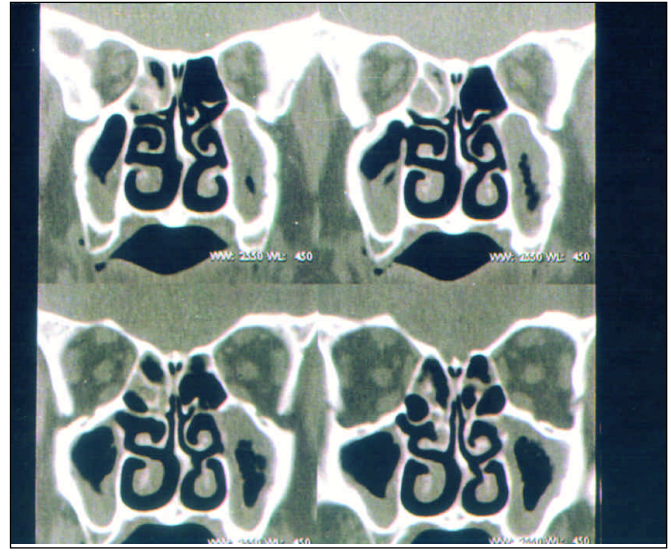
renkte balgam ve batıcı nitelikte sol yan ağrısı yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde son 5 yıldır yineleyen akciğer infeksiyonları ve sinüzit tanıları vardı. Bir yıl önce çekilen paranazal sinüs tomografisinde sfenoid ve bilateral maksiller, frontal ve etmoid sinüslerde yumuşak doku artımı ve toraksın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer alt lob posterior segmentinde bronşektazi ile uyumlu görünüm saptanmıştı (Resim 1-2).

Fizik muayenesinde ateş 38°C, nabız 80/dk ritmik, solunum sayısı 24/dk ve kan basıncı 130/80 mmHg, genel durumu iyi, bilinci açık ve kooperasyonu tamdı. Solunum sistemi muayenesinde sol hemitoraksta plevral effüzyon bulguları saptandı. Ekstremitelerinde her iki alt ekstremitede gode bırakan ödemi, el ve ayak tırnaklarında kalınlaşma, sarı renk değişikliği, değişik derecelerde onikolizis (tırnağın yatağından ayrılması) ve tüm tırnaklarda kütikula yokluğu dikkati çekti. Hasta tekrar sorgulandığında el tırnaklarında 6 yıldır, ayak tırnaklarında 2 yıldır yavaş büyüme, kırılma, kalınlaşma ve sarı renk değişikliği olduğu öğrenildi (Resim 3-4). Diğer sistemlerin muayenesi normaldi.

Yazılma adresi: Dr. M. Ali Habeşoğlu
100. Yıl Sitesi D Blok
A Kanat No: 5 Balgat, Ankara
Tel: (0312) 284 50 29
Faks: (0312) 212 90 19
e-posta: habesma@superonline.com



Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, sol akciğer alt lob posterior segmentte bronşektazi ile uyumlu görünüm.



Resim 2. Paranasal sinus tomografisinde bilateral sfenoid, maksiller, frontal ve etmoid sinüslerde yumuşak doku artımı.



Resim 3-4. Hastanın el ve ayak tırnaklarındaki kalınlaşma ve sarı renk değişimi ile karakterize görünüm.

Laboratuvar incelemelerinde Hb 11.2 ml, BK 17 400/mm³, sedimentasyon 120 mm/saat olup rutin biyokimyasal ve idrar incelemeleri normaldi. EKG normal sinüs ritmindeydi.

Akciğer grafisinde solda 2. ön kot hizasına varan pleval effüzyon sağda ise sinüs kapalılığı vardı (Resim 5). Yeni çekilen toraks tomografisinde solda daha fazla olmak üzere iki taraflı pleval sıvı görüldü. Tüm abdomen ve tiroid ultrasonografileri normaldi. Yapılan torasentezde pleval sıvı bulanık sarı renkteydi ve pH'sı 6.69 idi. Pleval sıvıda glukoz 2 mg/dl, protein 4.9 ml, albümin 2.6 ml, LDH: 1799 IU/ml bulundu. Pleval sıvı ARB incelemesi negatifti. Üç kez yapılan kültür incelemesinde üremenin olmadığı pleval sıvının sitolojisinde de atipik hücre izlenmedi.

Pleval sıvı bulguları ile komplike parapnömonik pleval effüzyon olarak değerlendirilen hastaya 4x500 mg iv imipenem tedavisi başlandı. Pleval sıvı drenajı için öncelikle dre-

naj seti takıldı. Ancak 500 cc kadar sıvı drenajından sonra sıvı gelmediği için göğüs tüpü takıldı. Göğüs tüpünden de sıvı gelmemesi üzerine çekilen toraks USG'sinde pleval sıvının loküle olduğu görüldü. Drenajı sağlamak amacıyla planlanan cerrahi girişim hasta tarafından kabul edilmedi. Buna rağmen 10 günlük imipenem (2 g/gün) tedavisi ile ateş düştü, semptomlar kayboldu ve pleval sıvıda belirgin gerileme sağlandı. Klinik ve radyolojik düzelme sağlanan hasta, oral antibiyotik tedavisi 1000 mg/gün metronidazol ve 1500 mg/gün siprofloksasin şeklinde düzenlenerek taburcu edildi. Bir ay sonra, akciğer grafisindeki sol sinüs kapalılığı dışında hastanın hiçbir yakınması yoktu.

TARTIŞIMA

STS, patognomonik laboratuvar bulgusu olmayan ve tanısı klinik ölçütlere dayanan bir tablodur. İlk kez 1964



Resim 5. Olgunun kliniğimize başvurusundaki PA akciğer grafisi.

yılında Samman ve White tarafından tırnaklarda yavaş büyüme ve renk değişikliğinin yanı sıra, ödem bulunması olarak tanımlanmıştır [1]. STS'nin klasik triadı iki yıl sonra Emerson tarafından ortaya konulmuştur. 1972'den bu yana bu üç bulgudan ikisinin bir arada görülmesi tanı için yeterli kabul edilmektedir. Ancak son yıllarda bronşektazi ve rinosinüzit ile STS birlikteliğinin ortaya konulması nedeniyle, bu bulgular sendromun bir parçası olarak görülmektedir. [7-9]. Perikardiyal effüzyon, asit, tiroid hastalıkları, maligniteler, nefrotik sendrom ve nefritler, immüno-globülinopatiler ve romatid artrit gibi patolojik durumlar STS'ye eşlik edebilir [3-5].

Sendromun klasik triadı olan sarı tırnak değişikliği, lenf-ödem ve plevral effüzyon, olguların ancak beşte birinde bir arada görülmektedir [10]. 1986 yılında yayımlanan bir derlemeye göre, olguların %89'unda saptanan sarı tırnağın %37 olguda ilk bulgu olduğu vurgulanmıştır. Olguların %80'inde lenfödem saptanırken, plevral effüzyon ancak %36 oranında ortaya çıkmaktadır [4]. Bu üç ana bulgu aynı hastada çok farklı zamanlarda belirebilmektedir. Örneğin bir olguda lenfödem çocukluk çağında ortaya çıktığı halde, tırnak değişiklikleri 70'li yaşlarda, plevral effüzyon ise 90'lı yaşlarda saptanmıştır.

Ayrıntı tanıda yer alan lenfödemde tırnak değişiklikleri beklenen bir bulgudur. Ancak bu hastalarda sarı renk değişikliği görülmemektedir. Onikomikozlarda ise asimetric ve parsiyel tırnak tutulumu oluşmaktadır ve sıklıkla paranişi tabloya eşlik etmektedir. Bu hastalarda mikolojik incelemelerle kolaylıkla tanı konulabilir [4]. Oysa olgumuzda farklı zamanlarda dört kez tekrarlanan mantar arama işleminde mantar izole edilememiştir. Hastamızın tüm el ve ayak tırnaklarında STS için tipik olan yavaş uzama, kalınlaşma, düzleşme, sarı-yeşil renk değişikliği ve onkolizis olduğu görüldü.

STS'li hastalarda plevral effüzyon genellikle berrak saman sarısı renkte olup eksuda niteliğindedir. Yüksek protein içeriği (>3 ml) ve yüksek LDH değerleri (>200 IU/ml) karakteristiktir. Glukoz düzeyi ise genellikle normal sınırlardadır. Plevral sıvı pH'sı 7.4 civarındadır. Kırmızı küre sayısı genellikle 10 000/mm³'ün altında, beyaz küre sayısı ise 1000/mm³'ün altındadır ve lenfosit hakimiyeti söz konusudur [4,6]. Olgumuzun plevral sıvısı bulanık sarı renkteydi ve pH'sı 6.69 idi. Glukoz 2 mg/dl, albümin 2.6 ml ve LDH: 1799 IU/ml bulundu. Plevral sıvı bulguları komplike parapnömonik sıvı tanımlamasına uymaktaydı. Daha sonra yapılan toraks ultrasonografisinde plevral sıvıda septasyonların varlığı gösterildi. STS olgularında genelde plevral effüzyon persistan olup torasentez sonrası hızla yineleyebilir. Literatürde bugüne kadar tekrarlayan torasentezlere bağlı veya eşlik eden bronşektaziye ikincil ampiyemin geliştiği bir olgu bildirilmiştir [11].

Bizim olgumuzda daha önce torasentez yapılmamıştı ve yineleyen alt solunum yolu infeksiyonları sırasında çekilen akciğer grafilerine ulaşılamadı. Ancak bir yıl önce çekilen BT'sinde sol alt lobta bronşektazi olduğu gösterilmişti. Bu nedenle bronşektazi zemininde gelişen infeksiyöz ataklara bağlı olarak sıvının nitelik değiştirmiş olabileceği düşünüldü.

STS'li hastalar yineleyen sinopulmoner infeksiyonları nedeniyle göğüs hastalıkları uzmanlarına başvurabilmektedirler. Olguların %63'üne plöropulmoner semptomlar eşlik etmektedir. Hastalarda çoğu zaman 10-20 yıl devam eden kronik bronşit öyküsü ile beraber bronşektazi, kronik sinüzit, pnömoni ya da plöritis görülmektedir. Son zamanlarda HRCT'nin yaygın kullanıma girmesi ile bu olgularda giderek artan sıklıkta bronşektazi saptanmaktadır [8]. Olgumuzun 5 yıldır yineleyen öksürük ve balgam yakınmaları, bir yıl önce çekilen paranazal sinüs tomografisinde pansinüzit ve toraks BT'sinde sol akciğer alt lob posterior segmentinde bronşektazi ile uyumlu görünümü saptanmıştı.

Lenfödem ilk ortaya çıktığı erken dönemde genellikle bilateral olup, vasküler kaynaklı ödemden ayırt edilemeyecek şekilde gode bırakır. Daha sonra ciltte kalınlaşma ve portakal kabuğu görünümü ortaya çıkar [10]. Olgumuzda da alt ekstremitelerde bilateral gode bırakan ödem vardı. Daha sonra ayaklardaki benzer şişliğin en az 6 aydır süregeldiği öğrenildi. Ancak olgumuzda lenfanjiyografi yapılamadığından lenfödem tanısı doğrulanamadı.

Sonuç olarak, plevral effüzyon etiyojisini saptamak üzere incelemeye alınan ve sarı tırnak bulgularının varlığı ile tanıya ulaşılan olgumuzda, STS'nin solunum sistemine ilişkin tüm özelliklerinin de bir arada bulunduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Samman PD, White WF. The "yellow nail syndrome". Br J Dermatol 1964; 76: 153-7.
2. Iqbal M, Rossoff LJ, Marzouk KA, Steinberg HN. Yellow nail syndrome: resolution of yellow nails after successful treatment of breast cancer. Chest 2000; 117: 1516-8.
3. Ekim N. Göğüs hastalıklarında sendromlar. Ankara 2000 s:103-4.
4. Norkild P, Kroman-Anderson H, Struve-Christensen E. Yellow nail syndrome: the triad of yellow nails, lymphedema and pleural effusion. Acta Med Scand 1986; 219: 221-7.
5. Cordasco EM Jr, 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.
6. Light RW. Pleural disease. Third edition. Williams&Wilkins Baltimore. 1995 p. 230-1.
7. Cohen M,Sahn SA. Bronchiectasis in systemic diseases, Chest 1999; 116: 1063-74.
8. Wiggins J, Strickland B, Chung KF. Detections of bronchiectasis by high-resolution computed tomography in the yellow nail syndrome. Clinical Radiology 1991; 43: 377-9.
9. Camilleri AE. Chronic sinusitis and the yellow nail syndrome. The Journal of Laryngology and Otology 1990; 104: 811-3.
10. L. Faul, J. Berry, V. Colby, et al. Thoracic Lymphangiomas., Lymphangiectasis, Lymphangiomatosis and Lymphatic Dysplasia Syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 1037-46.
11. Lodge JPA, Hunter AM, Saunders NR. Yellow nail syndrome associated with emphyema. Clin Exp Dermatol 1989; 14: 328-9.