

Sarı Tırnak Sendromu

Kürşat Uzun¹, Bülent Özbay¹, Ümit Aksoy¹, İsmail Zehir¹, Ömer Etlik²

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Van

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik AD, Van

ÖZET

Sarı tırnak sendromu, tırnaklarda sarı renk değişikliği, lenfödem, plevral effüzyon, sinüzit ve bronşektazi ile karakterize bir sendromdur. Bu yazıda nefes darlığı, öksürük, balgam ve tırnaklarında sararma yakınması olan 16 yaşındaki bir erkek hasta sunuyoruz. Çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) ve sinüs tomografisinde bronşektazi ve sinüzit ile uyumlu bulgular vardı. Bu bulgular ile birlikte sarı tırnak sendromu düşünüldü, enfeksiyona yönelik tedavi uygulandı ve yakınmaları düzelen hasta taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: sarı tırnak sendromu, bronşektazi

Toraks Dergisi, 2002;3(3): 345-347

ABSTRACT

Yellow Nail Syndrome

Yellow nail syndrome is a disorder characterized by yellow nails, lymphedema, pleural effusion, sinusitis and bronchiectasis. We reported a 16-year-old male with yellow nails, dyspnea, and productive cough. High-resolution computed tomography (HRCT) and sinus tomography scans showed bronchiectasis and sinusitis. Based on the signs of patient, we made a diagnosis of yellow nail syndrome. The patient was treated by antibiotic for infection and was discharged in a good condition.

Key words: yellow nail syndrome, bronchiectasis

Görüş

Sarı tırnak sendromu (STS), tanıya yönelik test olmadığı için tanısı klinik ölçütlere dayanan nadir bir sendromdur. İlk olarak 1964 yılında Samman ve White, lenfödemle birlikte sarı tırnak tanımlamış ve tabloyu STS olarak adlandırmışlardır. İki yıl sonra Emerson sarı tırnak, lenfödem ve plevral effüzyondan oluşan triadı tanımlamıştır. Hüller ve arkadaşları 1972'de tanı koymak için üç semptomdan ikisinin varlığının yeterli olduğunu bildirmişlerdir. Son zamanlarda rinosinüzit ve sıklıkla bronşektazi STS'nin bir parçası olarak bildirilmiştir [1]. STS'li hastalar sık yinele-

yen enfeksiyon atakları tanımlar ve bu hastalarda kronik sinüzit, bronşektazi ve yineleyen pnömoni gelişebilir. Bir çalışmada 12 hastanın 8'inde yineleyen plevral effüzyon 5'inde de bronşektazi görüldüğü bildirilmiştir [2]. Sıklıkla yaygın solunumsal, mukozal bozuklukla ilişkili olmasına rağmen bronşektazi patogenezi bilinmemektedir. Bu sendrom immünolojik defekt, tiroid hastalıkları, hipogammaglobü-nemi, nefrotik sendrom, protein kaybettiren enteropati gibi çeşitli hastalıklarla birlikte bildirilmiştir [2-6]. Biz de bu olgu sunumunda sık yineleyen enfeksiyon yakınmaları olan ve sarı tırnak, bronşektazi ve sinüzitin eşlik ettiği bir olgu bildiriyoruz.

Yazılma adresi: Dr. Kürşat Uzun
YYÜTF Araştırma Hastanesi
Göğüs Hastalıkları AD.
65200 Van
Tel: (0432) 215 61 95
Faks: (0432) 215 61 95
e-posta: uzunkur@hotmail.com

OLGU

On altı yaşındaki bir erkek hasta nefes darlığı, öksürük, balgam, geniz akıntısı, burun tıkanıklığı, baş ağrısı, tırnaklarında sararma yakınmalarıyla hastaneye yatırıldı. Dört yıldır



Resim 1. Sararmış tırnaklarının görünümü.



Resim 2. PA akciğer grafisi.



Resim 3. YRBT kesitsel görünümü.



Resim 4. Sinüs tomografi kesiti.

üst solunum yolları infeksiyon belirtileri olan hastanın 1.5 yıldır el tırnaklarında sararma, günlük 20 cc beyaz-sarı renkte balgam ve 1 yıldır da tozlu dumanlı ortamlarda artan nefes darlığı mevcuttu. Fizik muayenesinde sağda önde ve arkada altta inspiratuar tek tük ince raller duyulmaktaydı. Tüm el tırnakları sarı renkte idi (Resim 1). Diğer sistem muayenelerinde anormallik yoktu. Laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon 6 mm/saat, tam kan sayımında beyaz küre $7100/\text{mm}^3$, Hb: 17.1 g/dl, trombosit: $330\,000/\text{mm}^3$ olarak bulundu. Kan biyokimyasal değerleri normaldi. Solunum fonksiyon testinde (SFT) orta derecede restriktif solunum fonksiyon bozukluğu saptandı: FEV_1 %57, FVC %55, FEV_1/FVC %102 bulundu. Akciğer grafisinde sağ alt zonda parakardiyak alanda infiltrasyon vardı (Resim 2). YRBT'de sağ akciğer alt lobda, solda lingula inferior segmentte kronik fibrotik değişiklikler, plöroparenkimal fibröz bantlar ve sağ orta lobda lineer atelektazi ve

medialde pnömonik infiltrasyon, silindirik bronşektazi ile uyumlu genişlemeler ve sol alt lobda medial aksesuar fissüre uyan kalınlaşmış lineer görünüm saptandı (Resim 3). Paranasal sinüs BT'de bilateral solda belirgin olmak üzere maksiller sinüs havalanması azalmış olup, yumuşak doku ve sıvı değerleri izlendi (Resim 4). Hastada bulunan infeksiyona yönelik ampisilin-sulbaktam ve Dermatoloji Anabilim Dalı tarafından önerilen E vitamini verildi. Genel durumu düzelen hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Orijinal tanımından bu yana 100'ün üstünde STS vakası bildirilmiştir. Erkek/kadın oranı 1/1.6'dır. Ortalama başlangıç yaşı 40 olmakla birlikte doğumdan 70'li yaşlara kadar görülebilir. STS'de farklı klinik bulgulardan yetersiz lenf drenajının sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu teori çoğu hastada hi-

poplastik veya dilate lenfatiklerin yetersizliğini gösteren lenfanjiyografik bulgularla desteklenmektedir. Göçmen ve arkadaşları 10 yaşındaki kız çocuğunda bronşektazi, kronik sinüzit, alt ekstremitelerde lenfödeme birlikte sar› distrofik tırnak bildirmişlerdir [7]. Sacce ve arkadaşları STS'li 4 yaşındaki bir kız çocuğunda iki taraflı kistik lezyonlu akciğer tanımlamışlardır [8]. Bizim olgumuz 16 yaşında bir erkekti ve lenfödeme ait herhangi bir bulgusu yoktu. Yayımlanan STS vakalarının %63'ünde plöropulmoner semptomlar vardı. Solunum yolu tutulumu başlangıç semptomu olarak %29, plevral effüzyon %36 olguda tanımlanmıştır. Genellikle hastaların çoğunda bronkografik veya YRBT ile değerlendirilen 10-20 yıllık geçmiş olan bronşektazi, kronik sinüzit, pnömoni bulunmaktadır. Varney ve arkadaşları 17 hastalık serilerinde olguların %83'ünde rinosinüzitin bulunduğunu bildirmişlerdir [9]. Olgumuzda ise 4 yıllık sinüzit ve 1.5 yıldır bronşektazi anamnezi bulunmaktaydı. STS'de bronşektazi patogenezi bilinmemektedir. Bronşlar ve bronşiyollerde mukoza ve submukozal doku lenfatik damarlardan zengindir. STS'deki bronşektazinin bronşiyal lenfatiklerin hipoplazisiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bronşektazinin muhtemel nedenleri arasında hipogammaglobüsemi, dolaşan B hücrelerinin düşük düzeyi ve makroglobüsemi olabilir. Bütün bu mekanizmalar tek başına ve birlikte yineleyen infeksiyonlara yol açarak ve hava yollarının harabiyetiyle bronşektazi gelişimine neden olabilmektedir [1]. McNicholas ve arkadaşlarının tanımladıkları olguda bronşektazi üst loblarda lokalizedi [10]. Bizim olgumuzda immün sistem eksikliğine ait herhangi bir patoloji gözlenmezken bronşektaziye ait lezyonlar alt loblarda saptanmıştır.

STS'de klinik prognozu belirlemek zordur. STS'ye bağlı sekonder ölüm bildirilmemektedir ve nüklere karşı hasta- ların %30'unda tırnak bulgularının tamamen veya kısmen iyileşmesi görülmektedir. Lenfödem, plevral effüzyon ve bronşektazi kalıcıdır ve semptomatik tedavi gerekmektedir [1]. Özgül olmayan antibiyotik tedavisi ile olgumuzun yakınmaları neredeyse tamamen ortadan kalktı. Dermatoloji konsültasyonu sonucu önerilen E vitamini verilerek hastamız taburcu edildi.

KAYNAKLAR

1. Cohen M, Sahn SA. Bronchiectasis in systemic diseases. *Chest* 1999; 116(4): 1063-74
2. Hiller E, Rosenow EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. *Chest* 1972; 61: 452-5
3. Wiggins J, Strickland B, Chung KF. Detection of bronchiectasis by high-resolution computed tomography in the yellow nail syndrome. *Clin Radiol* 1991; 43: 377-80
4. Parry CM, Powell RJ, Johnston IDA. Yellow nails, bronchiectasis and low circulating B cells. *Respir Med* 1994; 88: 475-7
5. Nordkild P, Kormann-Anderson H, Struve-Christensen E. Yellow nail syndrome: The triad of yellow nails, lymphedema and pleural effusions. *Acta Med Scand* 1986; 219: 221-3
6. Yanez S, Val-Bernal JF, Fernandez-Llaca H. Yellow nails and minimal change nephrotic syndrome. *Nephron* 1999; 82(2): 180-2
7. Göçmen A, Küçükosmanoğlu O, Kiper N, et al. Yellow nail syndrome in a 10-year-old girl. *Turk J Pediatr* 1997; 39(1): 105-9
8. Sacco O, Fregonese B, Marino CE, et al. Yellow nail syndrome and bilateral cystic lung disease. *Pediatr Pulmonol* 1998; 26(6): 429-33
9. Varney VA, Cumberworth V, Sudderick R, et al. Rhinitis, sinusitis and the yellow nail syndrome: a review of symptoms and response to treatment in 17 patients. *Clin Otolaryngol* 1994; 19(3): 237-40
10. McNicholas WT, Quigley C, Fitzgerald MX: Upper lobe bronchiectasis in the yellow nail syndrome: Report of a case. *Ir J Med Sci* 1984; 153: 394-7