



## Sarı tırnak sendromu

### Yellow Nail Syndrome

Veli Çetinsu

#### Özet

Sarı tırnak sendromu (STS), tırnaklarda sarı renk değişikliği, plevral sıvı, bronşektazi, sinüzit ve lenfödemle karakterize nadir bir sendromdur. STS'nin etyolojisi bilinmemektedir. Genel kabul edilen görüşe göre lenfatik damarlardaki bir anormal sonuca gelişmektedir. Mendelian geçiş bulunmamaktadır. Kadın erkek oranı eşittir. En önemli semptom tırnakların sararmasıdır ve bazen mantar enfeksiyonları ile karıştırılır. Plevral mayi ve sinüzite ait semptomlar bulunur ve bunlarda otoimmün hastalıklar ve bazı malign hastalıklara rastlanabilir. Malign hastalıkların tedavisi sonrası tırnak semptomları gerileyebilir. Bazen tüberküloz ve miyokard enfarktüsünden sonra da oluştuğu bildirilmiştir. STS'nin tedavisinde alfa tokoferolün etkili olduğunu söyleyen yayınlar bulunmaktadır. Bu yazıda, öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum, balgam çıkarma ve tırnaklarda sararma şikayetleri olan 40 yaşındaki bir erkek hastayı sunuyoruz.

**Anahtar Sözcükler:** plevral efüzyon, sinüzit, bronşektazi, sarı tırnak, lenfödem, otoimmün hastalıklar.

#### Abstract

Yellow Nail Syndrome (YNS) is a clinical condition characterized with the yellow colouring of the nails, pleural effusion, bronchiectasis, sinusitis, and lymphedema. The ethiology of YNS is unknown. It is widely accepted that this syndrome is originated from an anomaly of the lymphatic vessels and there is no Mendelian inheritance. Male and female ratio is equal. The most significant finding is the yellow colouring of the nails and can be misdiagnosed as fungal infection in some cases. Pleural effusion and sinusitis findings should accompany this condition and can be encountered with some malignant and autoimmune diseases. Nail findings can regress with the treatment of the underlying malignant diseases. Rare cases associated with tuberculosis or myocardial infarction has also been reported. Alpha-tocopherol is reported to be effective in the treatment of YNS in the literature. In this study we present a rare case 40 years old male YNS patient enclosing accompany the syndrome like coughing, shortness of breath, sputum production, stertorous respiration and yellow colouring of the nails.

**Key words:** pleural effusion, sinusitis, bronchiectasis, yellow nail, lymphedema, autoimmune disease.

Edirne Devlet Hastanesi, Edirne.

Edirne Government Hospital, Edirne, Turkey.

**Submitted (Başvuru tarihi):** 01.06.2012 **Accepted (Kabul tarihi):** 04.07.2012

**Correspondence (İletişim):** Veli Çetinsu, Edirne Devlet Hastanesi, Edirne  
**e-mail:** vecetinsu@hotmail.com



Sarı Tırnak Sendromu (STS), tırnaklarda sarı renk değişikliği, plevral efüzyon ve lenfödem ile tanımlanan bir klinik tablodur. İlk kez Samman ve White (1) tarafından 1964 yılında tanımlanmıştır. STS'nin etiolojisi bilinmemektedir. Genel kabul gören görüşe göre sendrom, lenfatik damarlardaki bir anomali sonucunda gelişmektedir. Nefrotik sendrom, kazanılmış immün yetersizlik, tirodit, hipogamaglobulinemi, romatoid artrit, nonhodgkin lenfoma, meme karsinomu, protein kaybettiren enteropati gibi hastalıklarla beraber görülebilir (2). Bu yazıda nadir görülmesi ve birçok karakteristiğinin birlikte bulunması nedeniyle ilginç bulunan bir STS olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır. Tirodit, kronik böbrek yetersizliği, nonhodgkin lenfoma gibi bazı hastalıkların STS ile birlikte görülme olasılığı olduğu için bu hastalıkları, semptomlar oluşmadan önce tespit etme olanağı vermesi nedeniyle bu olguyu yayınlamayı uygun bulduk.

## OLGU

40 yaşındaki erkek hasta; öksürük, yaklaşık 20cc/gün balgam çıkarma, sırt ağrısı, ateş, tırnaklarda sararma ve son üç dört yıldır tozlu ortamlarda nefes darlığı yakınması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yakınmalarının 10 yıldır olduğunu, genellikle sonbahar ve kış aylarında görüldüğünü, bu dönemlerde baş ağrısı ve burun tıkanıklığı da olduğunu ve genelde 10 günlük antibiyotik tedavisinden sonra bu şikâyetlerinin gerilediğini söyledi. Tırnaklarının doğuştan sarı-yeşil renkte olduğunu bildirdi.

Hasta, 1983 yılında akciğer tüberkülozu, 2006 yılında inferior miyokard enfarktüsü geçirdiğini ve yılda birkaç kez de gastroenterit ile ilgili şikâyetlerinin olduğunu da söyledi. Hastanın 30 paket/yıl sigara kullanımı vardı.

Fizik muayenesinde solunum sayısı 20/dk, kalp tepe atımı 72/dk, arteriyel tansiyon 120/70 mmHg idi. Solunum sistemi muayenesinde, sol akciğer skapula altından itibaren inspiratuar ek ses alınıyor ve bilateral expirum uzun olarak duyuluyordu. El ve ayaklarında lunula kaybı vardı ve tırnakları sarı-yeşil renkli idi (Şekil 1). Epigastrium palpasyonla ağrılı, barsak sesleri dinlemekle artmıştı. Diğer sistemlerin muayenesinde bir patoloji saptanmadı.



Şekil 1: Sarı-yeşil renkli tırnaklar.

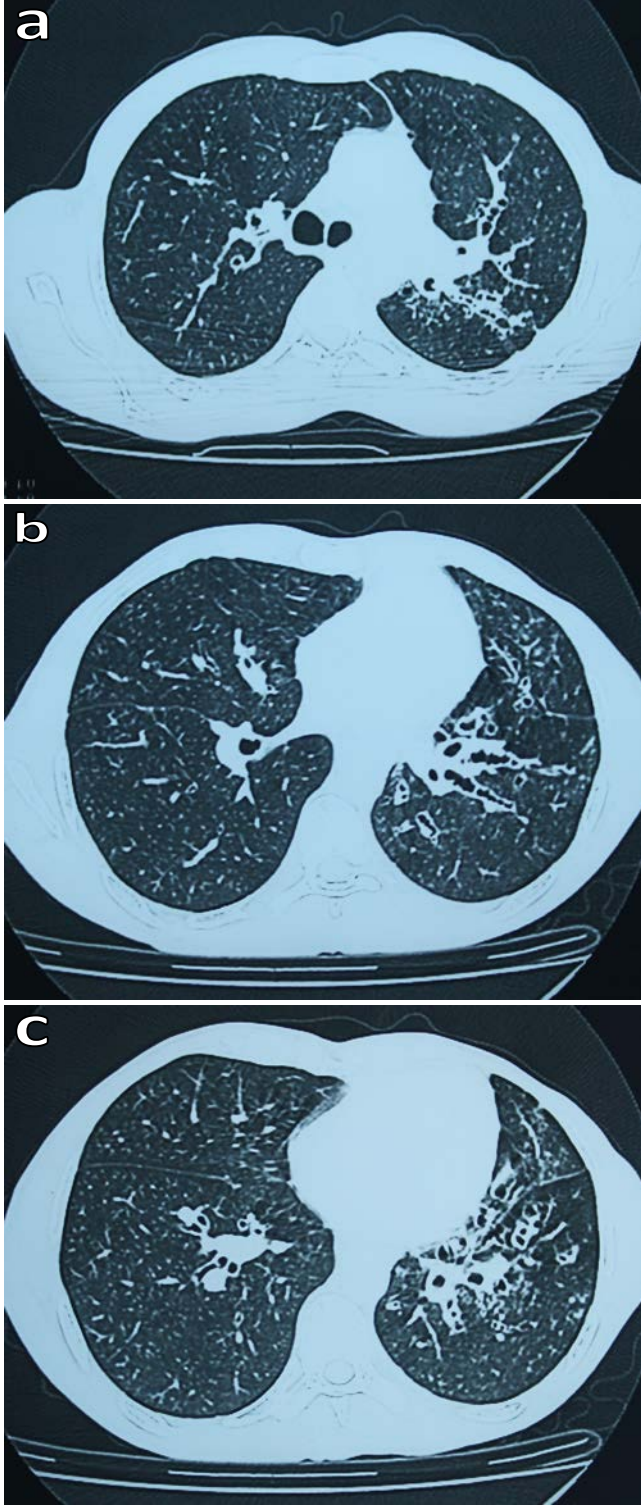
Laboratuvar bulgularında: glikoz:101mg/dl, üre: 35mg/dl, kreatinin: 1mg/dl, serbest T3: 3,21pg/ml, serbest T4: 1,52pg/ml TSH: 0,62 IU/ml, CRP: 0,999 ve sedimantasyon 13 mm/saat idi. Tam idrar tahlili ve hemogramı normaldi. Solunum fonksiyon testinde; FVC:%94,4, FEV1: %71,6, FEV1/FVC:% 75,7 idi.

Posterioranterior akciğer grafisinde, sol parakardiyal bölgede kalp sınırlarını silmeyen hafif bir alveolar infiltrasyon tespit edildi. Sol kostovertebral açı küntleşmişti. YÇBT'de (yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi), sol akciğer anterior segmentte septal kalınlaşmalar ile lingulada bronşektazik imajlar izlendi (Şekil 2). Hastada 30 paket/yıl sigara kullanımına bağlı olarak geliştiği düşünülen kronik bronşite ait bulgular mevcuttu. Sol akciğerdeki septal kalınlaşmalar geçirilmiş tüberküloza bağlı sekeller olarak düşünüldü.

Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisinde, septum nazide kalınlaşma ve deviasyon mevcuttu (Şekil 3). Dermatoloji konsültasyon sonucu, tırnaklarda mikoz olmadığı ve sarı tırnak sendromu olduğu, oral itrakonazol 200mg 2x1 ve E vitamini kullanılması önerildi. Hastada bulunan infekte bronşektaziye yönelik olarak oral amoksisilin+klavulanik asit 1 gr 2x1 10 gün süreyle verildi. Hasta halen kontrol ve takibimiz altındadır.

## TARTIŞMA

Sarı tırnak (Yellow nail) sendromu (STS), tırnaklarda sarı renk değişikliği, sinüzit, plevral efüzyon, bronşektazi ve lenfödem karakterize nadir bir hastalıktır (3).



**Şekil 2a,b,c:** Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi kesitlerinde lingulada belirgin bronşektazik değişiklikler.

İlk kez, 1964 yılında Samman ve White (1) tarafından sarı tırnak ve lenfödem birlikteliği belirlenmiş ve bu ismi vermişlerdir. Yavaş büyüyen sarı tırnaklar, pleval sıvı ve lenf ödemden oluşan klasik triad, Emerson (4) tarafından hastaların üçte birinde gösterilmiştir.



**Şekil 3:** Paranasal sinüs tomografisinde septum nazide kalınlaşma ve deviasyon.

Sarı tırnak sendromu; tiroidit, lupus ve romatoid artrit gibi otoimmün hastalıklarda, meme, larinks, akciğer, endometrium, safra kesesi, metastatik sarkom, metastatik melanom, nonhodgkin lenfoma ve mikozis fungoides gibi malign hastalıklarla, tüberküloz, AIDS, obstrüktif uyku apne ve miyokard enfarktüsü ile beraber görülebilir (5). Maldonado ve ark. (6) sarı tırnak sendromlu 41 hastanın hiç birinde aile hikâyesi olmadığını, %46'sında pleval efüzyon, %44'ünde bronşektazi, %41'inde kronik sinüzit, %22'sinde tekrarlayan pnömoni, %63'ünde lenfödem olduğunu ve %56'sının da tedavi verilmeksizin iyileştiğini bildirmişlerdir. Miyokard enfarktüsü geçiren bir hastada 3 yıl sonra sarı tırnak sendromu olduğu görülmüştür (7). Bizim hastamızda da aile hikâyesi mevcut değildi. Ayrıca hastamızda geçirilmiş tüberküloz ve miyokard enfarktüsü olmasına rağmen sarı tırnak sendromunun bu hastalıklarla ilişkili olmadığı düşünülmektedir.

STS'nin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu hastalarda değişik anatomik ve fonksiyonel lenfatik drenaj anormallikleri gözlenmiştir. Sarı distrofik ve/veya yavaş büyüyen tırnaklar, lenfödem ve solunumsal bulgularla klasik triad tüm hastalarda bulunmayabilir. Üç kriterden ikisinin olması tanı için yeterlidir (4). Hastamızda kronik sinüzit, lingulada bronşektazi ve el ve ayak tırnaklarında sarı distrofik şekil değişiklikleri mevcuttu. Hastamızda bir immün yetersizlik bulunmamıştır. İmmünglobulinler normal bulunmuştur. Literatürde bildirilen STS hastaların %63'ünde plöropulmoner semptomlar vardır. Başlangıç semptomu olarak solunum yolu tutulumu, olgula-

rın %29'unda ve plevral effüzyon da %36'sında tanımlanmıştır. Genellikle hastaların çoğunda, YÇBT ile saptanan ve muhtemel 10–20 yıllık geçmişi olan bronşektazi ve kronik sinüzit bulunmaktadır (9).

Bu hastalıkta E vitamininin rolü açık değildir. Maldonado ve ark (6) yapmış oldukları çalışmada, 8 hastanın 5 tanesinde oral E vitamini ile tırnaklarda düzelme olduğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada E vitamini almayanlarda da düzelme olduğu görülmüştür. Baran ve ark (8) yaptıkları çalışmada, 13 sarı tırnak sendromlu hastaya fluconazol ve alfa tokoferol'ü kombine olarak vermiş, hastaların ikisinde klinik başarı ve 11'inde klinik kür elde etmişlerdir (8). Suzuki ve ark (10) yaptıkları çalışmada, oral 400 mg klaritromisin ile hem akciğerdeki infiltrasyonlar hem de tırnaklardaki lezyonlarının gerilediğini bildirmişlerdir. Dermatoloji konsültasyonu sonucunda hastamıza oral E vitamini ve itrakanozol başlandı. Ancak tırnaklarında herhangi bir değişiklik gözlemlenmedi. Tosti ve ark (11) STS'li 8 hastaya 6 ay boyunca ayda bir hafta süre ile 400 mg/gün oral itrakonazol vermiş ve iki hastada kür elde etmişlerdir. Tırnak bozukluklarının mikrovasküler yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tırnaklarda sararma ve büyüme bozukluğu olan bir hastada STS saptanırsa, çekilen akciğer grafisi normal olsa bile bronşektazi var olup olmadığının saptanması için YÇBT ile değerlendirilmeli ve bu hastalarda görülme olasılığı bulunan tiroidit, lupus, otoimmün hastalıklar, nonhodgkin lenfoma, sarkom, melanom, meme kanseri, HIV enfeksiyonu ve böbrek yetmezliği gibi hastalıklar araştırılmalıdır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

## KAYNAKLAR

1. Samman PD, White WF. The "yellow nail syndrome". Br J Dermatol 1964; 76:153-7. [\[CrossRef\]](#)
2. Hiller E, Rosenow EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. Chest 1972; 61:452-5. [\[CrossRef\]](#)
3. Norkild P, Kromann-Anderson H, Struve-Christensen E. Yellow nail syndrome--the triad of yellow nails, lymphedema and pleural effusion. Acta Med Scand 1986; 219:221-7.
4. Emerson PA. Yellow nails, lymphedema, and pleural effusions. Thorax 1966; 21:247-53.
5. Iqbal M, Rossoff LJ, Marzouk KA, Steinberg HN. Yellow nail syndrome: resolution of yellow nail after successful treatment of breast cancer. Chest 2000; 117:1516-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Maldonado F, Tazelaar HD, Wang CW, Ryu JH. Yellow nail syndrome: analysis of 41 consecutive patients. Chest 2008; 134:375-81. [\[CrossRef\]](#)
7. Scott J. Cardiac infarction and yellow nail syndrome [letter]. Proc R Soc Med 1974; 67:323.
8. Baran R, Thomas L. Combination of fluconazole and alpha-tocopherol in the treatment of yellow nail syndrome. J Drugs Dermatol 2009; 8:276-8.
9. Uzun K, Özbay B. Sarı Tırnak Sendromu. Toraks Dergisi 2002; 3:345-7.
10. Suzuki M, Yoshizawa A, Sugiyama H, Ichimura Y, Morita A, Takasaki J, et al. A case of yellow nail syndrome with dramatically improved nail discoloration by oral clarithromycin. Case Rep Dermatol 2011; 3:251-8. [\[CrossRef\]](#)
11. Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M. Systemic itraconazole in the yellow nail syndrome. Br J Dermatol 2002; 146:1064-7. [\[CrossRef\]](#)