

Sarı tırnak sendromu (Bir olgu nedeniyle)

Yellow Nail Syndrome (Case report)

Mustafa Haki Sucaklı¹, Ahmet Köse², Ekrem Güler³, Muhammed Üdürgücü³, Şeref Olgar²,
Emre Özdamar³

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D, Kahramanmaraş, Türkiye

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji B.D, Kahramanmaraş, Türkiye

³ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri A.D. Kahramanmaraş, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 16.05.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 01.07.2011

ÖZET

Sarı tırnak sendromu; sarı renkli tırnaklar, lenfödem ve plevral efüzyon triadından oluşan genellikle otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır. Bu yazıda doğuştan itibaren lenfödem, perikardial efüzyon tanısıyla takip edilen ve sarı tırnak sendromu tanısı konulan 13 aylık bir kız çocuğu sunulmuştur. Sarı tırnak sendromu klinik belirtilerinin sıklıkla puberte sonrasında daha belirgin olması nedeniyle geç tanı almaktadır. Bununla birlikte yenidoğan veya süt çocuğu döneminde lenfödemi ve perikardial efüzyonu olan hastalarda sarı tırnak sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sarı tırnak sendromu, lenfödem, perikardial efüzyon

GİRİŞ

Sarı Tırnak Sendromu (STS), nadir görülen daha çok otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır. Hastalığın klasik triadı; sarı renkli tırnaklar, lenfödem ve plevral efüzyondur.¹ Bu sendrom ilk olarak 1964 yılında Samman ve White tarafından; tırnaklarda yavaş büyüme-sarı renk değişikliği ve periferik ödem kliniğiyle STS adı ile tanımlanmıştır.² Daha sonra Emerson tarafından da plevral efüzyon eklenerek hastalığın klasik triadı oluşturulmuştur.³ Günümüzde klasik triad veya varyantları ile yaklaşık 150 civarında vaka bildirilmiştir.⁴

STS sıklıkla puberte sonrası tanı almakla birlikte nadiren çocukluk çağında da tanınabilmektedir.⁵ Bu yazıda sarı tırnak sendromu tanısı koyduğumuz 13 aylık bir kız çocuğu sunuldu.

ABSTRACT

Yellow nail syndrome, usually autosomal dominant transition and occurs with yellow nails, lymph edema and pleural effusion triad. In this article, a girl, 13 months, who was diagnosed as yellow nail syndrome and followed with pericardial effusion and lymph edema from her birth, has been presented. Yellow nail syndrome has been diagnosed lately due to the occurrence of clinical symptoms which are often more obvious after the puberty. However, neonatal or infant period of pericardial effusion in patients with lymphedema and yellow nail syndrome should be kept in mind.

Key words: Yellow nail syndrome; lymph edema; pericardial effusion

OLGU

Perikardiyal efüzyon nedeniyle pediatrik kardiyoloji polikliniğinde takip edilen 13 aylık kız çocuğu, öksürük ve vücutta yaygın şişlik şikayetiyle getirildi. Soy geçmiş hikâyesinde: Anne ve babası haladayı çocukları olan, intrauterin dönemde batında, toraksda ve kalpte sıvı olduğu söylenen bebek; 35 haftalık olarak, C/S ile 3400 gr. doğmuş ve vücudunda yaygın şişlik görülmesi nedeniyle yenidoğan servisinde takibe alınmış. Nonimmün hidrops fetalis nedeniyle araştırılırken, ekokardiyografi ile perikardiyal efüzyon tespit edilmiş. Yaklaşık 4 hafta takip edilen hastanın hidrops nedeni bulunamamış ve kontrole gelmek üzere taburcu edilmiş. Rutin kontrollerde perikardiyal efüzyonun düzelmediği tespit edilmiş. Son olarak yüksek ateş ve sık nefes alıp verme şikâyetleri ile getirilen hastanın sarı tır-

nakları ve yaygın lenfödemi ile birlikte sol orta ve alt zonlarda belirgin ince krepitan raller olması nedeniyle pnömoni, ve STS tanısıyla servise yatırıldı.

Fizik muayenede; ağırlık: 9400 gr (75p), boy: 70 cm (50-75p), baş çevresi: 44 cm (25-50p), ateş: 39,4 °C, nabız: 176/dakika, solunum sayısı: 27/dakika, tansiyon arteriyel: 90/60 mm/Hg idi. Bufissür ödem ve pretibial 2+ gode bırakan ödemle birlikte tüm vücutta yaygın ödemi (Resim 1), sarı renkte-küçük-düzensiz görünümde el ve ayak tırnakları (Resim 2-3) mevcuttu. Akciğer sol orta ve alt zonlarda belirgin ince krepitan ralleri olan hastanın bantını ise hafif distandü idi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 11 gr/dl, lökosit sayısı: 20600/mm³, trombosit: 256000/mm³, total protein: 5,5 gr/dl., albumin: 3,9 gr/dl. idi. PA akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon mevcuttu. Ekokardiyografik değerlendirmede de minimal perikardial efüzyon görüldü (Resim 4). Pnömoni tedavisi için seftriakson verilen hasta 6. günün sonunda ayaktan antibiyotik tedavisine devam edilmek üzere taburcu edildi.



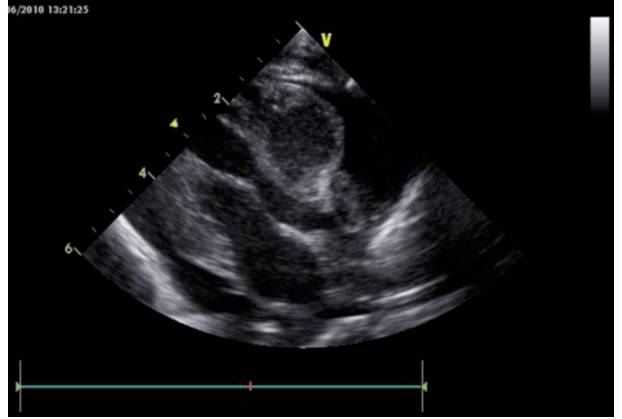
Resim 1. Hastanın genel ödemli görünümü.



Resim 2. Hastanın sarı olan el tırnakları.



Resim 3. Hastanın sarı olan ayak tırnakları.



Resim 4. Ekokardiyografik olarak perikardial efüzyon görüntüsü.

TARTIŞMA

Sarı tırnak sendromu tanısı; lenfödem ve perikardial efüzyona neden olabilecek diğer tanılar dışlandıktan sonra, klinik bulgularla konulan, patognomonik bir laboratuvar bulgusu olmayan bir sendromdur. Klasik olarak sarı tırnaklar, lenfödem ve perikardial efüzyon ile bir triad oluşturmakla birlikte her vakada bu üç komponenti bir arada görmek mümkün olmayabilir. Gup'ta tarafından yapılan bir araştırmada 62 vakanın sadece 17'sinde (%27) bu üç bulgu bir arada görülmüştür.⁶ Hastamızda klasik triadı oluşturan bulguların her üçü de mevcuttu.

Etyolojisi henüz bilinmeyen bu sendromun patofizyolojisinde daha çok, lenfatik drenajın bozukluğu sorumlu tutulmuştur. Lenfatik drenaj bozukluğunun ise lokal enfeksiyon ve inflamasyon gelişimine neden olduğu düşünülmektedir.⁷ Ayrıca STS'de farklı klinik bulgulardan lenf drenajının yetersizliği sorumlu tutulmaktadır. Perikardiyal effüzyon, asit, tiroid hastalıkları, maligniteler, nefrotik sendrom, nefritler, immünooglobulinopatiler ve romatid artrit gibi patolojik durumlar STS'ye eşlik edebilir.⁸⁻¹⁰ Hastamızda STS'ye eşlik edebilen patolojik durumlardan sadece perikardiyal efüzyon mevcuttu (Resim 4).

Erişkin STS'li hastalar tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar nedeniyle göğüs hastalıkları uzmanlarına başvurabilmektedirler. Vakaların %63'üne plöropulmoner semptomlar eşlik etmektedir. Hastalarda çoğu zaman 10-20 yıl devam eden kronik bronşit hikâyesi ile beraber bronşektazi, kronik sinüzit, pnömoni ya da plöritis görülmektedir. Son zamanlarda HRCT'nin yaygın kullanıma girmesi ile bu vakalarda giderek artan sıklıkta bronşektazi belirlenmektedir.¹¹ Oniki hastanın sunulduğu bir çalışmada; 8 hastada tekrarlayan plevral effüzyon, 5 hastada da bronşektazi görüldüğü bildirilmiştir.¹² Hastamızda son yatışında bilateral plevral efüzyon, minimal perikardiyal efüzyonla beraber pnömoni tespit ettik.

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.¹³ Hastamızın da belirgin lenfödemi vardı.

Sonuç olarak; STS; sarı tırnaklar, lenfödem ve perikardiyal effüzyon ile karakterize bir hastalıktır. Sarı tırnaklar oluşuncaya kadar tanı konulamayabilir. Bu nedenle fizik muayenede hastanın her ge-

lişinde tepeden tırnağa çok dikkatli bir muayenesi son derece önemlidir. Aile hekimleri STS'nun nadirde olsa küçük yaşlarda da görülebileceğini akılda tutmalı, sarı tırnaklar ve yaygın ödemle gelen hastalarda sarı tırnak STS'dan şüphelenerek hastayı ikinci basamağa yönlendirmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Aydın E, Akman K, Akkuzu G, Akkuzu B, Özlüoğlu LN. Sarı Tırnak Sendromu. KBB-Forum 2007;6(1):73-5.
2. Samman PD, White WF. The yellow nail syndrome. Br J Dermatol 1964; 76:153-7.
3. Emerson PA. Yellow nails, lymphedema and pleural effusion. Thorax 1966;21(2):247-53.
4. Iqbal M, Rossoff LJ, Marzouk KA, Steinberg HN. Yellow nail syndrome resolution of yellow nails after successful treatment of breast cancer. Chest 2000;117(12): 1516-18.
5. Magid M, Esterly N B , Prendiville J, Fujisaki C. The yellow nail syndrome in an 8 years old girl. Pediatr Dermatol 1987; 4(1):90-3.
6. Gupta A K, Davies G M, Haberman HF. Yellow nail syndrome. Cutis 1986; 37: 371-4
7. Rigau NC, Daele JJ. The yellow nail syndrome. Acta Otorhinolaryngol Belg 2003; 57(3): 221-4..
8. Ekim N. Göğüs hastalıklarında sendromlar. Ankara 2000 s:103-4.
9. 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(3): 221-7.
10. Cordasco EM Jr, Beder S, Coltro A, Baybek S, Gurses H, Mehta AC. Clinical features of the yellow nail syndrome. Cleve Clin J Med 1990;57(5): 472-6.
11. Wiggins J, Strickland B, Chung KF. Detections of bronchiectasis by high-resolution computed tomography in the yellow nail syndrome. Clin Radiol 1991; 43(4): 377-9.
12. Hiller E, Rosenow EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. Chest 1972; 61(4): 452-5.
13. Faul JL, Berry GJ, Colby TV, et al. Thoracic Lymphangiomas., Lymphangiectasis, Lymphangiomatosis and Lymphatic Dysplasia Syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161(11): 1037-46.