

TOPLUM KÖKENLİ AKUT ATEŞLİ HASTAYA KLİNİK YAKLAŞIM

Prof. Dr. Ali Mert

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Bu yazının ana amacı erişkin yaş (>16 yaş) grubunda olan, immüdüskün veya hastanede olmayan evinde veya işindeyken yani toplumdayken; deri döküntüsünün eşlik etmediği akut ateş gelişen bir olguya basitçe etiyolojik ve klinik yaklaşım olacaktır. Makalede literatür derlemesi veya klasik kitap bilgisi düşük oranda tutulacaktır; ağırlıklı olarak ~ son 25 yıllık hekimlik sürecindeki klinik deneyimlerimi sizlerle basitçe paylaşmaya çalışacağım

Akut ateş: Tanım

Ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir olgu akut ateşli hasta olarak kabul edilebilir. Akut ateş; enfeksiyöz (çoğu) ve non-enfeksiyöz (neoplazımlar, kollajenozlar, değişik hastalıklar ve tanı konulamayan grup gibi) nedenlerden olabilir. Enfeksiyöz nedenlerden bir kısmı viraldır ve ilk 7 gün içinde kendiliğinden gerilemektedir. Fakat ateşin süresi ne olursa olsun etiyolojiden çoğunlukla enfeksiyonlar sorumludur ve bu nedenle öncelikle enfeksiyonlar araştırılmalıdır. Hekimin akut ateşten korkma nedeni genellikle acil bakteriyel enfeksiyon hastalıklarıdır (pürülan menenjit, sepsis ve akut endokardit gibi). Buradan çıkan sonuç; her akut ateşli olgu ilk değerlendirmede aksi kanıtlanıncaya kadar acil bakteriyel enfeksiyon gibi düşünülmelidir. Enfeksiyonların ateş etiyolojisindeki oranı ateşin süresi uzadıkça düşmektedir.

Akut ateşli olgularda sıklık sırasına göre; intermittan (en sık), heptik (septik) intermittan, remittan ve devamlı (febris continua) ateş paternlerinden biri görülebilir. Ondülan ateş paternine ise rastlanamaz. Çünkü 7 günlük ateş süreci bu ateş paterninin oluşabilmesi için yetersizdir.

Toplum kökenli acil enfeksiyon hastalıkları denilince; 1- pürülan menenjit, 2- herpes ensefaliti, 3- ağır sepsis, 4- akut endokardit, 5- splenektomili bir hastanın ateşi, 6- ağır pnömoni (ARDS yapmış), 7- septik artrit, 8- P. falciparum sıtması, 9- nekrotizan fasiit, 10-kolera (ateş yok) ve 11- tetanoz (ateş yok) akla gelmektedir.

Toplum kökenli akut ateşi olan bir hastadan; pürülan menenjit, ağır sepsis veya akut endokardit olmasın diye korkarız. Bu 3'lü hastalık saatler içinde öldürebilir ve tedavisiz mortaliteleri %100'dür. Bu nedenle akut ateşi olan her olguda bu 3 hastalık mutlaka akla getirilmeli ve olup olmadığı aranmalıdır. Poliklinik dosyasına veya konsültasyon formuna hastanın bu yönden değerlendirildiği not olarak düşülmelidir.

Akut nedeni bilinmeyen ateş (akut NBA); ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir olguda ayrıntılı anamnez ve fizik muayene bulgularına göre ateşin nedeninin saptanamadığı durum olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada (n=880) hastaların %85 (n=745)'inde lokalize (fokal) klinik belirti ve bulgulara rastlanılmış, geri kalan %15 (n=135)'i ise akut NBA tanı ölçütlerini tamamlamıştır. Akut NBA olgularında akciğer grafisi, tam idrar tahlili, idrar kültürü ve kan kültürüne göre; %15 (n=21) bakteriyemi, %20 (n=27) fokal bakteriyel enfeksiyon (pnömoni ve akut piyelonefrit gibi) ve %65 (n=87) nonbakteriyel enfeksiyon saptanmıştır. Bakteriyemili hastalar da ise kaynak olarak akut piyelonefrit ve endokardit bulunmuştur; bir kısmında ise bir kaynak belirlenmemiştir. Gerçekten akut NBA olgularının nekadarının tanı konulamadan kendiliğinden iyileştiğini, nekadarının tanı konulamadan klasik NBA'e kadar ilerliyebildiğini bilmiyoruz.

Akut Ateşli Bir Hastada Hızla Yapılması Gereken Tanıya Gidiş Basamakları

1. Hastanın genel durumunun değerlendirilmesi,
2. Ayrıntılı anamnez,
3. Fizik muayene ,
4. Akciğer grafisi,
5. Tam idrar tahlili,
6. Lökosit sayısı,
7. Hekim tarafından bakılan periferik yayma,
8. İdrar kültürü (lökositürisi olanlarda),
9. Akut NBA'lılarda Rose-Bengal ve kan kültürü
10. Kardiyak üfürümü olanlarda ve/veya kan kültüründe tipik endokardit etekeni üretilenlerde ekokardiyografi

Akut Ateşli Hastada Hospitalizasyon Endikasyonları

I-Etiyolojiye göre; tonsillitte hospitalizasyon endikasyonu yoktur. Toplum kökenli pnömonilerde ise ağırlık faktörlerinin olmasıyla ilişkilidir. Tüm menenjitlerde hastaneye yatırma endikasyonu vardır.

II-Akut NBA'da hospitalizasyon endikasyonları

1. ≥ 50 (özellikle ≥ 65 yaş)
2. Eşlik eden hastalık (DM, immüdüşkönlük, alkolizm)

3. Lökositoz ($\geq 15.000 / \text{mm}^3$)
4. Çomakların artışı (sola kayma, $\geq 1500 / \text{mm}^3$)
5. Nötropeni ($< 1000 / \text{mm}^3$)
6. Hastanın toksik (septik) görünümü (ciddi hasta görünümü)
7. Hiperpireksi ($\geq 41^\circ \text{C}$)

Akut ateşli hastada lökosit sayısı ve yaymanın klinik önemi;

1. Nötrofilik lökositoz → akut bakteriyal enfeksiyon
2. Lenfositik lökositoz → mononükleoz sendromu
3. Blast → akut lökoz
4. Lökopeni
 - a. Enfeksiyöz; tifo, bruselloz, sepsis, viral enfeksiyonlar (kızamık, Parvo B 19)
 - b. Non-enfeksiyöz; akut lökoz (alösemik lösemi, MDS)

Döküntüsüz Akut Ateş: Etiyoloji

Döküntüsüz akut ateşli bir hasta klinik olarak değerlendirilirken etiyolojik nedeni atlamamak için baştan ayağa doğru gidilmelidir;

- I. Baş-boyun
 1. Akut pürülan menenjit (atlarsak hasta ölür)
 2. Herpes ensefaliti
 3. Akut tonsillo-farenjit (atlarsak rezil oluruz)
 4. Akut sinüzit
- II. Toraks
 1. Toplum kökenli pnömoni²-Akut endokardit
- III. Karın
 1. Akut piyelonefrit
 2. Akut kolanjit
 3. Karın içi abse
- IV. Baş-boyun, toraks ve karın muayenesi ile tanı konulamamış ise deride dıştan içe doğru
 1. Deri ve yumşak doku enfeksiyonları
 2. Nekrotizan fasiit
 3. Piyomiyozit
 4. Septik artrit / osteomyelit (spondilodiskit/diyabetik ayak)
- V. Tüm yukarıdakiler ile tanı konulamamış ise akut NBA

Bakteriyal nedenler

 1. Bakteriyemi veya sepsis (atlarsak hasta ölür)
 2. Bruselloz
 3. Tifo
 4. Sıtma
 5. Q-ateşi; bruselloza benzeyen ama bruselloz çıkmayan olgularda düşünülmelidir

Viral nedenler

1. Grip
2. Akut viral hepatitler
3. Mononükleoz sendromu
4. Parvovirus B 19
5. Non-enfeksiyöz nedenler
6. Akut lökoz
7. Erişkinde Still hastalığı

Akut ateşli bir hasta değerlendirilirken hastanın genel görünümü, anamnez ve fizik muayene üzerinde titizlikle durulmalıdır.

Hastanın genel görünümü

Akut ateşli bir hasta, öykü ve fizik muayeneden önce genel durumu yönünden hızla değerlendirilmelidir. Olgu; hafif veya orta veya ciddi hasta görünümünde olabilir. Septik veya toksik görünümlü bir olgu, ciddi bir hastalık tablosu içindedir. Hastanın gözle görülen ajitasyonu veya anksiyetesi sepsisin bir habercisi olabilir. Kısaca şunu söyleyebiliriz; akut ateşli bir olgunun genel durumu kötü ise bu ciddi bir klinik tablo demektir.

Öykü ve fizik muayene

Genel durumu kötü hastayı tanımlayan etmenler;

1. Septik veya toksik görünümlü hasta,
2. Huzursuz (ajite), konfüze veya letarjik hasta,
3. Dispnesi, taşipnesi ve taşikardisi olan hasta,
4. Hiç iyi olmadığını, bir önceki güne göre daha kötü olduğunu, yemeden içmeden kesildiğini ifade eden hasta,
5. Genel görüntüsü iyi olmayan, tadı/tuzu olmayan hasta,
6. İleri derecede hasta görünümlü hasta ve
7. Bilinci kapalı hasta.

Öykü

Akut ateşli hastanın başvururucu yakınmaları genellikle özgül olmasa da, tüm yakınmaların başlangıcı, süresi ve bu süre içinde şiddetinde artma olup olmadığı ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Hastaya da, ilk güne göre peşinden gelen diğer günlerde kendini nasıl hissettiği sorulmalıdır. Kendini saatler içinde, gitdikçe daha da kötü hisseden bir hastanın ciddi bir bakteriyel enfeksiyon (akut bakteriyel endokardit ve sepsis gibi) tablosu içinde olabileceği unutulmamalıdır. Hastanın altda yatan bir hastalığının olup olmadığı mutlaka belirlenmelidir. Çünkü bazı durumlar (splenik disfonksiyon, alkolik siroz, diabetes mellitus, HIV enfeksiyonu, kollajenoz, malignensi ve kemoterapi uygulanması gibi) enfeksiyon hastalıklarına hem eğilimi arttırırlar hem de daha hızlı seyretmesine yol açabilirler. Vücutunda bir yapay cis-

min (yapay kalp kapağı, protez, ventrikülo-peritoneal veya atrial şant, aorta-femoral greft ve port) olup olmadığı ve ayrıca tüm sistemlerle ilgili yakınmalar bir bir sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

Hasta öncelikle genel görünümü, bilinci ve vital bulguları (kan basıncı, nabız ve solunum sayısı) yönünden değerlendirilir. Kan basıncı ölçümü ve nabız sayımı mutlak hekim tarafından yapılmalıdır. Özellikle bazı anatomik bölgelerde fokal enfeksiyon odağı arayarak tepeden tırnağa tam bir fizik muayene yapılmalıdır.

Fizik muayeneye, ense sertliğine bakarak başlanmalıdır. Ense sertliği saptanırsa bu tablo bir akut menenjit sendromudur. Akut pürülan menenjitler, akut menenjit sendromunun en öldürücü nedenidir. Başka bir deyişle enfeksiyon hastalıklarının en acil tablosudur. Tedavi edilmeyen olgularda mortalite %100'dür. Hızla ölüme götürür ve özellikle çocuklarda ani ölüm nedenidir. Bir hastaya akut pürülan menenjit ön tanısı konulduğu an, antibiyotik tedavisine en geç yarım saat içinde başlanmalıdır. Sağlık Ocağı, Devlet, Sigorta ve Üniversite hastaneleri acil polikliniklerinde akut pürülan menenjit düşünülen bir olguya yarım saat içinde lomber ponksiyon yapıp değerlendirilmesi olası değildir. Bu nedenle hastanın damar yolu açılıp 2 gm seftriakson yapılarak bir enfeksiyon hastalıkları birimine acilen gönderilmesi en akılcı yol gibi gözükmektedir. Hastanın muayenesinde ense sertliği saptanmaz ise bu bulgu da mutlaka poliklinik dosyasına yazılmalıdır.

İlk bakılan ense sertliğinden sonra ikincil olarak hastanın boğaz muayenesi yapılmalıdır. Bugüne kadar olan deneyimlerimize göre ateş ve boğaz ağrısı birlikteliği durumunda sıklık sırasına göre; sterptokokal tonsillo-farenjit, enfeksiyöz mononükleoz (İMN) ve son derece ender olan ESH'na rastladık. Influenza virusü ve adenovirus de, ateş ve miyalji ile birlikte ciddi boğaz ağrısına yol açabilmektedir. Adenovirüslerin sağlıklı erişkinlerde yaptığı en sık klinik tablo; akut üst solunum yolu enfeksiyonudur. Bu klinik tablonun özellikleri ise; belirgin boğaz ağrısı, ilk 3 gün içerisinde gitdikçe yükselerek 39 °C'ye kadar yükselen ateş, genellikle rastlanılan kuru öksürük ve nezle halidir. Bu hastaların fizik muayenesinde; farenskte ödem ve hiperemiye, tonsillalarda hipertrofiye ve servikal lenfadenopatiye rastlanılabilmektedir. Tonsillalarda eksüda da görülebilmektedir. Influenza virus enfeksiyonunda farenskte hiperemi ve ödeme rastlanılmasına karşın tonsillalarda eksüda yoktur. İMN tonsillo-farenjitinde eksüdaya olguların yarısında rastlanılmaktadır. Nötrofilik lökositöz öncelikle sterptokokal farenjiti, lenfositik lökositöz ise İMN varlığını destekliyen güçlü bir laboratuvar bulgusudur. ESH'nda da genellikle nötrofilik lökositöz görülmektedir. Tonsillo-farenjitin boğaz ağrısı olmaksızın sadece ateşle baş vurabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle her ateşli olguda, hasta boğaz ağrısından yakınmasa da mutlaka boğaz muayenesi yapılmalıdır.

Akut ateşe yol açabilen bazı hastalıklardan kısaca söz edilecektir:

Grip: Hastaların çoğunda görülen ana yakınmalar; titreme ile yükselen ateş (39-40 °C ve ~ 3 gün süren), baş ağrısı, ileri derecede halsizlik ve miyalji (özellikle bel ve bacaklarda)'dir. Rino-farenjit semptomları (burun tıkanıklığı, burun akıntısı,

hapşırma, boğazda yanma ve öksürük gibi) görülebilse de hafiftir. Bu hastalığı soğuk algınlığı ile karıştırmamalıdır. Erişkinlerin soğuk algınlığında ateş genellikle normaldir veya hafif yüksektir. Her iki hastalıktada tanı çoğunlukla klinik olarak konulmaktadır.

Akut menenjit sendromu: Her akut ateşli olguda mutlaka ense sertliğine bakılmalı ve poliklinik dosyasına değerlendirme sonucu yazılmalıdır. Akut başlangıcı yüksek ateşli olan bir olguda ciddi ense sertliği saptanırsa ve hastanın genel durumu kötü ise, akut pürülan menenjit ön tanısıyla zaman kaybetmeden damar yolu açılmalıdır. Hemen seftriakson yapıp (2 gr/IV) acilen bir merkeze gönderilmelidir.

Toplumdan edinilmiş akut bakteriyel sinüzit: Ateş bu olguların ~ %15'inde görülmektedir. Ateş dışı klinik belirti ve bulgular ise daha baskındır. Pürülan sekresyon (tek veya iki taraflı nazal/postnazal), öksürük ve aksırma (hapşırma) gibi yakınmalara olguların ~ 2/3'ünde, ayrıca dekonjestanlarla açılmayan burun tıkanıklığı, perküsyonla sinüs duyarlılığı ve tek taraflı ağrıya ise olguların ~ yarısında rastlanılmaktadır.

Streptokokal tonsillo-farenjit: Bu olgular genellikle ateşle birlikte boğaz ağrısından yakınır. Buna karşın boğaz ağrısı olmaksızın sadece ateş yakınması ile başvuran hastalara da kliniklerde az da olsa rastlamaktayız. Bu nedenle her akut ateşli olguda mutlaka boğaz muayenesi yapılmalıdır.

Mononükleoz sendromu: Bu tablodan sorumlu en sık hastalık İMN'dur. Ateş, tonsillo-farenjit ve servikal lenfadenopati triadı olan bir olgu karşısında sıklık sırasına göre streptokokal farenjit ve İMN düşünülmelidir. Klinik triada splenomegali ve/veya makülopapüler raş eşlik ediyorsa ön tanı İMN olmalıdır. Bu iki tabloyu birbirinden ayırmada lökosit sayısı ve formül son derece önemlidir. Nötrofilik lökositoz karşısında streptokokal farenjit, lenfositik lökositoz (mononükleer hücreler %50'nin üstünde ve bunlarında %10'dan fazlası atipik mononükleer hücre) karşısında ise İMN düşünülmelidir.

Deri ve yumşak doku enfeksiyonları (erizipel, sellülit, akut lenfanjit, fronkul, karbonkül ve abse): Tanı genellikle klinik bulgularla koyulmaktadır. Bu klinik tablolarda üşüme-titremenin öncülük ettiği ateşe genellikle rastlanılmaktadır. Çoğunlukla deri bulgusu ve ateş aynı anda oluşmaktadır. Hasta bazen deri bulgusunu söylemeyi unutabilir. Bu nedenle her akut ateşli olguda hasta tam olarak soyulmalıdır ve bütün derisi gözden geçirilmelidir.

Bruselloz: Ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir hastada; ayrıntılı öykü, fizik muayene, akciğer grafisi-PA, tam idrar tahlili ve lökosit (formül) değerlendirmesi sonucu tanyaya gidilememiş ise ilk düşünülmesi gereken hastalıkların başında bruselloz gelmelidir. Çünkü bu hastalık hem ülkemizde sıktır hemde tanısı kolaydır. Bruselloz tanısında Rose-Bengal (lam aglütinasyon testi) tarama testi 4 dakikada sonuç veren güvenilir bir testdir. Test sonucu negatif ise brusellozdan uzaklaşabiliriz. Başka bir deyişle; ateşin süresi ne olursa olsun her ateşli olguda ateşe eşlik eden başka klinik belirti ve bulgular olsa da olmasa da ilk değerlendirilmelerde tanyaya gidilememiş ise dışlanması gereken hastalıkların başında bruselloz gelmelidir.

Tifo: Öncesinden antibiyotik almayan tifolularda, ateşin ilk haftası içinde alınan kan kültürü (tam otomatize hemokültür sistemi ile) pozitiflik oranı %100'dür. Widal

testinin duyarlılığı %50'nin altındadır. Özgüllüğü ile ilgili veriler yoktur. Yani tifo tanısında kullanılan Widal testinin duyarlılığı düşük, özgüllüğü ise bilinmiyor. Yalnız kliniği tifo düşündüren bir olguda 2 hafta ara ile tekrarlanan Widal testinde aglütinasyon titresinde 4 kat artışın saptanması tanı için son derece önemlidir.

Sıtma: Tipik ateş, sıtmanın ana belirti ve bulgusudur. Ateş döneminde hastaların çoğunda bulantı-kusma, baş ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı ve ishal bulunabilir. Ateş, *P.vivax* ve *P.palci-parum*'un ilk ataklarında periyodik olmayabilir ve hergün görülebilir. 40-41°C'ye kadar yükselen ateş intermittant özelliktedir. *P.vivax* ve *P.ovale*' de 48 saatte bir (2 günde bir), *P.malariae*' de 72 saatte bir, *P.palci-parum* 'da ise 24-48 saatte bir ateş gelir. Kliniğimizde son 24 yıllık süreçte (1981-2004) izlenen 40 sıtma olgusunun 22'sinde 2 günde bir; 18'inde ise her gün olmak üzere tümünde tipik sıtma nöbetine rastlanılmıştır. Bu olguların yaklaşık olarak yarısında tanı, ateş başlangıcının ilk haftası içinde konulmuştur.

İnfektif endokardit (İE): Yapay kapağı olan veya kardiyak üfürüm işitilen her akut ateşli olguda endokardit de düşünülmelidir. İE'li olguların başvurularında genellikle (%95'inde) kardiyak üfürüm işitilmektedir. Ayrıca yapay kapak veya üfürüm olmasa da her akut ateşli olguda ilk birkaç günlük değerlendirmede tanı koyulamamış ise mutlaka endokardit ayırıcı tanıya sokulmalıdır. Tam otomatize hemokültür sistemlerinin kullanılması, transözofajial ekokardiografi yapabilen deneyimli kardiologların olması ve İE'in klinik tanısı için modifiye Duke tanı ölçütlerinin kullanılması ile bu hastalıkta tanı sorunu büyük ölçüde giderilmiştir. İE olguları akut, subakut ve kronik ateşle başvurabilir. Kliniğimizde 1998-2006 yılları arasında izlediğimiz 30 İE olgusunun %20'si (6 olgu) ateşinin ilk 7 günü içinde başvurmuştur. Bu 6 olgunun tümü MSSA endokarditidir, 3'ünde kapak hastalığı (üfürüm) saptanmıştır ve 3'ü ölmüştür.

Erişkinde Still hastalığı (ESH): Akut ateşli bir olguda tanıya gidiş sürecinde, makülopapüler döküntü ve/veya artralji ve/veya boğaz ağrısı oluşumu ESH'ni da akla getirmelidir. Bu hastalığın zengin bir klinik tablosunun olması nedeniyle, özellikle bakteriyel enfeksiyon hastalıklarıyla (streptokokal farenjit, endokardit, abses ve sepsis gibi) karıştırıldığı ve olguların tedavilerinde genellikle antibiyotiklerin kullanıldığı dikkati çekmektedir. Akut ateş ve boğaz ağrısı ile başvuran bir olguda; nötrofilik lökositöz saptanırsa ilk önce streptokokal farenjit düşünülmelidir. Lenfositik lökositöz saptanırsa İMN düşünülmelidir. Ateş + boğaz ağrısı 7 günden fazla süren nötrofilik lökositöz bir olguda, streptokokal tonsillo-farenjitin fokal süperatif komplikasyonları saptanmaz ise ESH akla getirilmelidir.

Q ateşi: Bu hastalık bir riketsiyozdur ve etkeni *Coxiella burnetii* 'dir. Q ateşi tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen bir zoonozdur. İnsana bulaşma 3 yolla olmaktadır; 1) içinde bakteri barındıran tozların solunmasıyla (en sık yol), 2) infekte hayvanların çiğ sütler ve bu sütlerden yapılan taze peynirlerin yenmesiyle (sindirim yoluyla) ve 3) kenelerin ısırmasıyla (deri yoluyla). Q ateşi klinik olarak akut ve kronik olmak üzere 2 alt gruba ayrılabilir. Akut Q ateşinin sık rastlanılan klinik formları; izole ateş (%14), hepatit (%40), pnömoni (%17) ve pnömoni + hepatitdir (%20). Kronik Q ateşinin ise en sık rastlanılan klinik formu endokarditdir. Bu hastalıkta seçkin tanı metodu indirekt immüno floresan antikor (IFA) yöntemidir. Akut Q ateşin-

de tanı anti-faz II IgM $\geq 1/50$ ve IgG $\geq 1/200$ olması ile konulur. Ayrıca akut olgular da, akut ve konvalesan serum örnekleri arasında 4 kat titre artışının gösterilmesi de tanı koydurucudur. Kronik Q ateşi (endokardit) tanısı için ise anti-faz I IgG $\geq 1/800$ olması yeterlidir. Akut olguların tedavisinde 2 hafta doksisisiklin (100 mgx2/gün) kullanılması yeterlidir.

Sonuç olarak; her ülke ve bunun da ötesinde her yerel hastane kendi deneyimlerine ve olanaklarına göre akut ateşli hastaya bir yaklaşım politikası belirlemelidir. Özellikle akut pürülan menenjit, sepsis ve akut bakteriel endokardit gibi akut ateş nedenlerinin tanı ve tedavisinde gecikmelerin yüksek oranda ölüme yol açacağı unutulmamalıdır.

ANAHTAR BİLGİLER

1. Akut ateş; ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir olgu akut ateşli hasta olarak kabul edilebilir.
2. Akut nedeni bilinmeyen ateş; ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir olguda ayrıntılı anamnez ve fizik muayene bulgularına göre ateşin nedeninin saptanamadığı durum olarak tanımlanmaktadır
3. Her akut ateşli olgu ilk değerlendirmede aksi kanıtlanıncaya kadar acil bakteriyel enfeksiyon gibi düşünülmalıdır.
4. Toplum kökenli akut ateşi olan bir hastadan; pürülan menenjit, ağır sepsis veya akut endokardit olmasının diye korkarız. Bu 3'lü hastalık saatler içinde öldürebilir ve tedavisiz mortaliteleri %100'dür. Bu nedenle akut ateşi olan her olguda bu 3 hastalık mutlaka akla getirilmeli ve olup olmadığı aranmalıdır. Poliklinik dosyasına veya konsültasyon formuna hastanın bu yönden değerlendirildiği not olarak düşülmelidir.
5. Akut başlangıçlı yüksek ateşi olan bir olguda ciddi ense sertliği saptanırsa ve hastanın genel durumu kötü ise, akut pürülan menenjit ön tanısıyla zaman kaybetmeden damar yolu açılmalıdır. Hemen seftriakson yapıp (2 gr/IV) acilen bir merkeze gönderilmelidir. Yani akut pürülan menenjit düşünülen bir hastada en geç yarım saat içinde antibiyotik başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. DiNubile MJ. Acute fevers of unknown origin. Arch Intern Med 1993; 153: 2525-6.
2. Gallagher EJ, Brooks F, Gennis P. Identification of serious illness in febrile adults. Am J Emerg Med 1994; 12: 129-33.
3. Mellors JW, Horwitz RI, Harvey MR, Horwitz SM. A simple index to identify occult bacterial infection in adults with acute unexplained fever. Arch Intern Med 1987; 147: 666-71.
4. Sioson PB, Brown RB. Hyperpyrexia among patients in a large community hospital: causes, features, and outcomes. South Med J 1993; 86: 773-6.