



## Toplum Kökenli Akut Ateşli Hastaya Klinik Yaklaşım

*Prof. Dr. Ali Mert*

Bu yazının ana amacı erişkin yaş (>16 yaş) grubunda olan, immüdüştükün veya hastanede olmayan evinde veya işindeyken yani toplumdayken; 1-deri döküntüsünün eşlik etmediği ve ayrıca 2-deri döküntüsünün eşlik ettiği akut ateş gelişen bir olguya basitçe etiyolojik ve klinik yaklaşım olacaktır. Makalede literatür derlemesi veya klasik kitap bilgisi olmayacaktır; sadece ~ son 25 yıllık hekimlik sürecindeki klinik deneyimlerimi sizlerle basitçe paylaşmaya çalışacağım

Konu ateşli hasta olunca, öncelikle erişkinlerde ateş ölçüm yerleri ve normal ateş değerlerinden kısaca söz edilmelidir. Ateş; koltuk altı, dil altı ve rektal olmak üzere 3 bölgeden ölçülmektedir. Erişkinlerde genellikle koltuk altı veya dil altı ölçüm kullanılır. Rektal ateş ölçümüne ise çoğunlukla iletişim kurulamayan küçük çocuklarda ve bilinci kapalı erişkinlerde başvurulur. Ayrıca sekonder peritonite bağlı (özellikle akut apendisitde olduğu gibi) akut karın tablosu ile başvuran olgularda da, koltuk veya dil altı ile rektal ateşe birlikte bakılmaktadır. Koltuk altı ile rektal ateş arasındaki farkın 1°C'den fazla olması peritoneal enflamasyonun varlığını düşündürür. Normal ateş değerlerinin üst sınırları ölçülen bölgeye göre değişmektedir. Burada 37.3 ve 0.5°C gibi iki rakamı akılda tutarak bölgelere göre ateş değerlerini hesaplayabiliriz. Koltuk altı ateşin üst sınırı 37.3 °C' dir. Dil altı ateşin üst sınırı ise, koltuk altı ateşe 0.5 eklenerek elde edilir (37.8°C). Rektal ateşin üst sınırı da dil altı ateşe 0.5 eklenerek bulunabilir (38.3°C). Görüldüğü gibi koltuk altı ateş ile rektal ateş arasındaki fark normal durumda 1°C'den azdır. Ateş ölçülürken civalı cam

termometrenin ~3 dakika bekletilmesi yeterlidir. Akla şu soru gelebilir; erişkinlerde ateşi koltuk altını yoksa dil altını ölçelim ?. Seçenek hekime kalmıştır. Gelişmiş ülkelerde dil altı ölçüm yaygındır. Biz kliniğimizde koltuk altı ateş ölçümünü kullanmaktayız.

Ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir olgu akut ateşli hasta olarak kabul edilebilir. Akut ateş; enfeksiyöz (çoğu) ve non-enfeksiyöz (neoplazmlar, 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. Enfeksiyonların ateş etiyolojisindeki oranı ateşin süresi uzadıkça düşmektedir.

Hekimin akut ateşten korkma nedeni genellikle acil bakteriyel enfeksiyon hastalıklarıdır (pürülan menenjit, bakteriyemi, akut endokardit ve sepsis gibi). Buradan çıkan sonuç, her akut ateşli olgu ilk değerlendirmede aksi kanıtlanıncaya kadar acil bakteriyel enfeksiyon gibi düşünülmelidir.

Akut ateşli olgularda sıklık sırasına göre; intermittan (en sık), hektik (septik) intermittan, remittan, devamlı (febris continua) ve tekrarlayan (reküran) ateş paternlerinden biri görülebilir. Ondulan ateş paternine ise rastlanamaz. Çünkü 7 günlük ateş süreci bu ateş paterninin oluşabilmesi için yetersizdir. İntermittan ateş; günlük oynamada yüksek değerle düşük değer arasındaki ısı farkının 1°C'den fazla olduğu ve düşük değer normalde olduğu durumdur. Hektik intermittan ateş ise intermittan ateşin abartılı biçimidir. Ateş gün içinde birdenbire 39-41°C'ye kadar çıkabilir ve kısa sürede normal değerlere inebilir. Aradaki fark 3-5°C olabilir. Çoğu zaman ateşe üşüme titreme öncülük eder. Bu dikenimsi patern günde bir (quotidian) veya 2 kez (double quotidian) tekrarlayabilir. Hektik intermittan ateş paternine viral enfeksiyonlarda rastlanılmaz. Bu ateş paterni karşısında ilkönce abseler (renal, karın içi, pelvik), ampiyem ve septik artrit düşünülmelidir. Protozoon enfeksiyonlarından da kala-azar ve sıtma unutulmamalıdır. Sıtmanın ilk haftasında ateş nöbeti hergün olabilir. Yine bu tip ateşe ve nötrofilik lökositoya yol açarak piyojenik bakteri enfeksiyonlarını düşündüren tek non-enfeksiyöz neden erişkinde Still hastalığı (ESH)'dir. Hektik intermittan tipte ateş paterni olan bir olguda, ateşin doruk noktasında makülopapüller döküntü oluşur ve bu döküntü ateşin

normal değerlere inmesiyle kaybolursa bu klinik tablo ESH için patognomiktir (1). Son 18 yıllık süreçte kliniğimizde izlediğimiz 20 ESH olgumuzdan 14'ünde (%70) bu özellikte klinik tabloya rastlanılmıştır. Remittan ateşde ise; günlük oynamalarda yüksek değerle düşük değer arasındaki ısı farkının 1°C'den fazla olduğu ve düşük değer normalde inmediği durumdur. Bu ateş paterni çoğunlukla viral, daha az sıklıkta ise bakteriyel enfeksiyonlarda görülmektedir. Sürekli ateşte ise; günlük oynamalarda yüksek değerle düşük değer arasındaki ısı farkının 1°C'den az olduğu ve düşük değer normalde inmediği durumdur. Bu ateş paterni başta tifo ve infektif endokardit gibi bakteriyel, daha az sıklıkta ise viral enfeksiyonlarda görülebilmektedir.

Toplum kökenli acil enfeksiyon hastalıkları denilince; 1-pürülan menenjit, 2-ağır sepsis, 3-akut endokardit, 4-splenektomili bir hastanın ateşi, 4-ağır pnömoni (ARDS yapmış), 5-septik artritis, 6-nekrotizan fasiit ve 7-kolera (ateş yok) akla gelmektedir. Kolera dışında hepsi genellikle akut ateşle prezente olmaktadır.

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 (FM) bulgularına göre ateşin nedeninin saptanamadığı durum olarak tanımlanmaktadır (2). 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 (3). 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) non-bakteriyel 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 konulmadan kendiliğinden iyileştiğini, nekadarının tanı konulmadan klasik NBA'e kadar ilerleyebildiğini bilmiyoruz.

Akut ateşli bir hastada hızla yapılması gereken tanıya gidiş basamakları;

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

#### **Akut ateşli hastada hastaneye yatırma endikasyonları (3-5)**

- I. Etiyojiye göre; tonsillit, menenjit, pnömoni
- II. Akut NBA'da
  1.  $\geq 50$  (özellikle  $\geq 65$  yaş)
  2. Eşlik eden hastalık (DM, immüdüşkünlik, 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. ESH ( $\geq 30$  mm/saat)
  7. Hastanın toksik (septik) görünümü (ciddi hasta görünümü)
  8. Hiperpireksi ( $\geq 41$  °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 ateşli bir hasta klinik olarak değerlendirilirken etiolojik nedeni atlamamak için baştan ayağa doğru gidilmelidir;**

- I. Baş-boyun
  1. Akut pürülan menenjit (atlarsak ölür)
  2. Akut tonsillo-farenjit (atlarsak rezil oluruz)
  3. Akut sinüzit
- II. Toraks
  1. Toplum kökenli pnömoni
  2. 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 yumuşak doku enfeksiyonları
  2. Nekrotizan fasiit
  3. Piyomyozit
  4. Septik artrit
  5. Osteomyelit (spondilodiskit / diyabetik ayak): Erişkin osteomyelitleri genellikle kroniktir ve bu nedenle akut ateşle prezente olmaz. Kronik osteomyelitinin akut ekzaserbasyonları akut ateşe yol açabilir. Çocuk osteomyelitleri ise akut ateşle başvurur.
- 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
    - Grip
    - Akut viral hepatitler

Mononükleoz sendromu  
Parvovirus B 19  
Non-enfeksiyöz nedenler  
Akut lökoz  
Erişkinde Still hastalığı  
Klasik NBA 'ya yol açan hastalık kategorileri

#### **Akut ateş ve raş'la seyreden hastalıklar**

1. Kızamık
2. Marsilya humması (Akdeniz benekli ateşi)
3. Meningokoksemi
4. Sepsis
5. Kırım-Kongo Hemorajik ateşi
6. Leptospiroz
7. Toksik şok sendromu (TŞS)

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 görümlü bir olgu, ciddi bir hastalık tablosu içindedir. Hastanın gözle görülen ajitasyonu veya konfüzyonu sepsisin bir habercisi olabilir. Kısaca şunu söyleyebiliriz; akut ateşli bir olgunun genel durumu kötü ise bu ciddi bir klinik tablo demektir.

#### **Genel durumu kötü hastayı tanımlayan etmenler;**

1. Septik veya toksik görümlü 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 başvurdurucu 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. Vücudunda bir yapay cismin (yapay kalp kapağı, protez ve şant gibi) 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 ve Üniversite hastaneleri acil polikliniklerinde akut pürülan menenjit düşünülen bir olgu-

ya yarım saat içinde lomber ponksiyon yapıp değerlendirilmesi olası değildir. Bu nedenle hastanın damar yolu açılıp 2 g 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; streptokokal tonsillo-farenjit, enfeksiyöz mononükleoz (İMN) ve son derece ender olan ESH'na rastladık. İnfluenza 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. İnfluenza virus enfeksiyonunda farenskte hiperemi ve ödeme rastlanılmasına karşın tonsillalarda eksüda yoktur. İMN tonsillo-farenjitinde eksüdaya olguların yarısında rastlanılmaktadır. Nötrofilik lökositöz öncelikle streptokokal farenjiti, lenfositik lökositöz ise İMN varlığını destekleyen güçlü bir laboratuvar bulgusudur. ESH'nda da genellikle nötrofilik lökositöz görülmektedir. Tonsillo-farenjitin boğaz ağrısı olmaksızın sadece ateşle başvurabileceği 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 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.

**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-titreminin 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.

**Kızamık:** Genç erişkin bir hastada yüksek ateş, makülopapüler raş, kuru öksürük ve/veya konjunktivit varsa, bu olgu aksi kanıtlanıncaya kadar kızamık kabul edilebilir. Yalnız bu hastalarda raş, ateşin genellikle ilk 3-5 günün-

den sonra oluşmaktadır. Bu nedenle akut ve yüksek ateşli bir olguda, kuru öksürük ve/veya konjunktivitinin bulunması veya lökositozun olmaması kızamık hastalığını akla getirmelidir. Tipik erişkin kızamık olgularında ateş, ilk gün genellikle üşüme-titremlilik ile yükselmektedir. Kliniğimizde son 21 yıllık süreçte (1984-2004) 40 kızamık olgusu izlenmiştir. Hastalarımızın tümünde; yüksek ateş, makülopapüler raş, kuru öksürük ve / veya konjunktivite rastlanmasına karşın, hiçbirinde lökositoz saptanmamıştır

**Bruselloz:** Ateşinin ilk 7 günü içinde başvuran bir hastada; ayrıntılı öykü, fizik muayene, akciğer grafisi-PA, tam idrar tahlili ve lökosit (formül) değerlendirilmesi sonucu tanıya 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 başkaca klinik belirti ve bulgular olsa da olmasa da ilk değerlendirilmelerde tanıya 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.palciparum*' 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.palciparum* '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 değerlendirilmede tanı koyulamamış ise mutlaka endokardit ayırıcı taniye sokulmalıdır. Tam otomatize hemokültür sistemlerinin kullanılması, transözofajial ekokardiografi yapabilen deneyimli kardiyologların 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 1998-2004 yılları arasında izlediğimiz 21 İE olgusunun ~%30'u (6 olgu) ateşinin ilk 7 günü içinde başvurmuştur. Bu 6 olgunun tümü MSSA endokarditidir, 3'ünde kapak hastalığı (üfürüm) saptanmıştır ve 3'ü ölmüştür.

**Toksik şok sendromu (TŞS):** Ateş, güneş yanığı biçimi döküntü ve hipotansiyonu olan her olguda TŞS düşünülmelidir. Bu hastalığın tanısı, TŞS tanı ölçütleri kullanılarak konulmaktadır (Tablo 1). Tanı için, soyuntu olmak koşulu ile 3 major ölçüt veya soyuntu olmadığı zaman 5'den fazla ölçüte gereksinim vardır. Hastalık yüksek ateş ve birçok klinik belirti-bulgularla (bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, kas ağrısı ve baş ağrısı gibi) birdenbire başlamaktadır. Karakteristik maküler eritrodermi (güneş yanığı biçimi döküntü) hastalığın ikin-

**Tablo 1.** Toksik şok sendromu tanı ölçütleri

1. Ateş  $\geq 38.9^{\circ}\text{C}$
2. Raş: diffüz maküler eritrodermi ('güneş yanığı' biçimi raş) ve hastalığın başlangıcından 1-2 hafta sonra özellikle avuç-tabanlarda soyuntu.
3. Hipotansiyon: sistolik kan basıncı  $< 90$  mmHg veya ortostatik hipotansiyon (diastolik kan basıncında ortostatik düşme  $\geq 15$  mmHg, ortostatik dizines, ortostatik senkop)
4. Üç veya daha fazla organ sisteminin tutulması
  - a. Gastrointestinal: hastalığın başlangıcında bulantı veya ishal
  - b. Kaslar: ciddi miyalji veya CPK'da 5 katdan fazla artma
  - c. Muköz membranlar: vaginal, orofaringeal veya konjonktival hiperemi
  - d. Renal tutulum: BUN / kreatinin normalin en az iki katı kadar artmış olması veya üriner sistem enfeksiyonu olmadığı halde piyüri (her büyük büyütme alanında  $\geq 5$  lökosit)
  - e. Karaciğer: bilirubin veya transaminazların (ALT, AST) normalin üst sınırının en az iki katı artması.
  - f. Kan: trombositopeni ( $< 100.000/\text{mm}^3$ )
  - g. MSS: fokal nörolojik bulgu olmaksızın oriyantasyon bozukluğu
5. Seçenek bir taniye karşı veri yokluğu: boğaz, kan veya BOS (eğer yapılmış ise) kültürlerinde üreme olmaması veya kayalık dağlar humması, leptospiroz ve kızamık serolojik testlerine negatif yanıt

ci günlerinde oluşmaktadır. Genellikle yaygındır fakat yerel de olabilir; gelişimi geçici veya sürekli olabilir. Periferik ödem görülebilir. Olguların yaklaşık yarısında çilek diline rastlanır.

TŞS ayırıcı tanısında hipotansiyonun eşlik ettiği ciddi ateş ve döküntünün birlikte olduğu hastalıklar yer almaktadır. Ayırıcı tanıda streptokokal TŞS, stafilkokal haşlanmış deri sendromu, Kawasaki sendromu, Marsilya humması, leptospiroz, meningokoksemi, gram-negatif sepsis, ekzentamatöz viral sendromlar ve ciddi ilaç reaksiyonları gibi klinik tablolar yer almaktadır. Stafilkokokal ve streptokokal TŞS'ler, klinik olarak birbirlerinden ayırdedilemiyebilir.

Sonuç olarak; akut ateşli bir olguda, güneş yanığı biçimi deri döküntüsü saptanır TŞS düşünülmelidir ve kesin tanısı için önerilen tanı ölçütleri kullanılmalıdır. Kliniğimizde son 17 yıllık süreçte izlenen 30 stafilkokokal TŞS'lu olgunun, tümünde ateş ve güneş yanığı biçimi deri döküntüsüne rastlanılmıştır.

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

**Kırım-Kongo hemorajik ateşi:** Etkeni Bünyaviridae ailesinden Nairovirus'dür ve vektörü kenelerdir. Ateş, ciddi trombositopeni, lökopeni, hepatit, şok ve DIK'e yol açmaktadır. Yaygın mukoza (epistaksis, GIS kanaması) ve deri kanamaları görülmektedir. Kanamalar endotel disfonksiyonu, trombositopeni ve DIK sonucudur. Tanı ELISA IgM (+)'liği veya IgG'nin akut ve konvalesan serumda 4 kat titre artışı ile konulmaktadır. Tedavide IV / oral ribavirin önerilmesine karşın mortalitesi yüksektir (~ %25; %20-50).

**Marsilya humması:** Ülkemizde endemik bir hastalıktır ve tanısı erken dönemde serolojik testlerin genellikle negatif olması nedeniyle epidemiyolojik, klinik özellikler ve doksisisikline ilk birkaç günde alınan yanıtla konmaktadır. Bu nedenle ilkbahar, yaz ve sonbahar mevsimlerinde; ateş, makülopapüler döküntü, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı dörtlüsü ile başvuran her olguda mutlaka bu hastalık da 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 immünofloresan antikor (IFA) yöntemidir. Akut Q ateşinde tanı anti-faz II IgM  $\geq 1/50$  ve IgG  $\geq 1/200$  olması ile konulur. Ayrıca akut olgularda, 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 mg x 2/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.

## KAYNAKLAR

1. Mert A, Ozaras R. What is the clinical importance of an evanescent rash in a patient with fever of unknown origin? *Intern Med* 2002; 41: 597.
2. DiNubile MJ. Acute fevers of unknown origin. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2525-6.
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.
5. Gallagher EJ, Brooks F, Gennis P. Identification of serious illness in febrile adults. *Am J Emerg Med* 1994; 12: 129-33.