

# BÖLÜM

# 34

## UZAMIŞ ATEŞ

Onur ÜNAL<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Ateş yüksekliği enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan nedenlerle bireyin vücut ısısının günlük normal aralığının üzerine çıkmasıdır. Normal vücut ısısı kişiye, ölçüm saatine ve ölçüm yöntemine göre değiştiğinden ateş yüksekliği için evrensel bir eşik belirlenememiştir. Genel olarak vücut ısısının oral ölçümle  $>37.8^{\circ}\text{C}$  veya  $>38^{\circ}\text{C}$  olması sıklıkla ateş yüksekliği olarak değerlendirilmektedir (1,2). Bir haftadan kısa süren ateşli hastalıklar akut ateşli hastalık olarak tanımlanmaktadır (3). Ateşin bu süreden fazla veya bazı kaynaklara göre 10 günden uzun sürmesi uzamış ateş olarak tanımlanmaktadır (4). Uzamış ateşli hastalıklar “uzamış ve kafa karıştırıcı ateş”, “nedeni bilinmeyen ateş” gibi çeşitli şekillerde adlandırılmışlardır (5). Üç haftadan uzun süren, en az bir hafta hastanede yatarak değerlendirme sonucu etyolojisi belirlenemeyen uzamış ateşli hastalıklar ilk kez 1961 yılında Petersdorf ve Beeson tarafından nedeni bilinmeyen ateş (NBA) olarak tanımlanmıştır (6). Tanısal testlerin çoğunun hastanede yatış gerektirmeden ayaktan yapılabilir duruma gelmesi, bağışıklığı baskılanmış hasta sayısının artması, kompleks cerrahi ve yoğun bakım tedavi protokollerinin artması, insan immün yetmezliği virüsünün (HIV) ortaya çıkması gibi klinik uygulamadaki değişiklikler bu tanımda düzenleme

ihtiyacı oluşturmuştur. Durack ve Street 1991 yılında vakaların değerlendirme süresinin 3 klinik ziyaret veya 3 günlük hastanede yatış olarak revize edilmesini ve NBA'nın dört kategoride (klasik NBA, nozokomiyal NBA, nötropenik NBA ile HIV ilişkili NBA) incelenmesini önererek NBA tanımını modifiye etmişlerdir (7).

Genellikle kısa süreli, kendi kendini sınırlayan etyolojisinde çok sayıda hastalığın yer aldığı akut ateşli hastalıklar, sağlık merkezlerine başvurunun sık sebeplerindedir (8). Birinci basamak sağlık kuruluşuna ateş şikayetiyle başvuran erişkinlerde median hastalık süresinin 5 gün olduğu ve çoğu hastanın 7 gün içinde iyileştiği belirtilmektedir (9).

Tıbbi uygulamada eski çağlardan beri karşılaşılan sorunlardan biri kafa karıştırıcı, teşhisi zor, uzun süren ateşli rahatsızlıklardır (5, 10). Uzamış ateş nedenleri arasında enfeksiyöz (%15-38), enflamatuvar (%15-25) ve malign hastalıkların (<%20) yer aldığı 200' ün üzerinde çeşitli hastalık tespit edilmiştir (10-13). Vakaların %9-51'ine ise tanı konulamadığı belirtilmektedir (11, 12, 14). Tüberküloz, bruselloz ve endokarditin başını çektiği enfeksiyöz hastalıklar NBA etyolojisinde hala ilk sırada yer almakta olup başlıca nedenler aşağıda kategorize edilerek listelenmiştir (13, 15).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, onurunal\_84@hotmail.com

tanısal testler tekrarlanmalı, eğer hasta stabil değilse hospitalizasyon açısından da değerlendirilmelidir. Durumu kritik olmayan (nötropeni yoksa, immunsupresif değilse, klinik durumu hızla kötüleşmiyorsa) stabil hastalar için tanısal tetkikler tamamlanmadan ampirik tedavi başlanmaması önerilmektedir (26, 27). Araştırmalar sonucunda etyolojinin aydınlatılması durumunda tanıya yönelik tedavi planlanmalıdır.

## SONUÇ

Uzun süreli açıklanamayan ateşler eski çağlardan beri klinisyenlerin kafasını karıştıran, hala ayırıcı tanısında zorluk yaşanan sorunlardan biridir. Tanısal yaklaşım, enfeksiyöz, romatizmal/enflamatuvar, neoplastik veya çeşitli hastalıkları düşündüren klinik bulguların özelliklerine göre yönlendirilmelidir. Durumu kritik olmayan hastalar için tanısal tetkikler tamamlanmadan ampirik tedavi başlanmamalı, etyolojinin aydınlatılması durumunda tanıya yönelik tedavi planlanmalıdır. Başlangıç tanısal değerlendirilmesi tamamlanmasına rağmen tanı konulamayan uzamış ateşli hastaların elde edilen ipuçları doğrultusunda ilgili klinik branş hekimine yönlendirilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

- World Health Organization. Fever measured temperature (Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/180>).
- Centers for Disease Control and Prevention. Definitions of Symptoms for Reportable Illnesses [Available from: <https://www.cdc.gov/quarantine/air/reporting-deaths-illness/definitions-symptoms-reportable-illnesses.html#:~:text=CDC%20considers%20a%20person%20to,history%20of%20feeling%20feverish>].
- Lorenzi OD, Gregory CJ, Santiago LM, et al. Acute febrile illness surveillance in a tertiary hospital emergency department: comparison of influenza and dengue virus infections. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;88(3):472-480.
- Preston TW. The investigation of prolonged pyrexia. *Postgrad Med J.* 1946;22(254):405-408.
- Cunha BA. Fever of unknown origin: clinical overview of classic and current concepts. *Infect Dis Clin North Am.* 2007;21(4):867-915, vii.
- Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore).* 1961;40:1-30.
- Durack DT, Street AC. Fever of unknown origin--reexamined and redefined. *Curr Clin Top Infect Dis.* 1991;11:35-51.
- Eskerud JR, Laerum E, Fagerthun H, et al. Fever in general practice. I. Frequency and diagnoses. *Fam Pract.* 1992;9(3):263-269.
- Tun ZM, Moorthy M, Linster M, et al. Characteristics of acute febrile illness and determinants of illness recovery among adults presenting to Singapore primary care clinics. *BMC Infect Dis.* 2016;16(1):612.
- Cunha BA, Lortholary O, Cunha CB. Fever of unknown origin: a clinical approach. *Am J Med.* 2015;128(10):1138 e1131-1138 e1115.
- Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, de Kleijn E, et al. A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol. *Medicine (Baltimore).* 2007;86(1):26-38.
- de Kleijn EM, Vandenbroucke JP, van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO). I A. prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. The Netherlands FUO Study Group. *Medicine (Baltimore).* 1997;76(6):392-400.
- Fusco FM, Pisapia R, Nardiello S, et al. Fever of unknown origin (FUO): which are the factors influencing the final diagnosis? A 2005-2015 systematic review. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):653.
- Miller RE, Hingorami AD, Foley NM. Pyrexia of undetermined origin in patients with human immunodeficiency virus infection and AIDS. *Int J STD AIDS.* 1996;7(3):170-175.
- Brown I, Finnigan NA. Fever of Unknown Origin. 2021. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30335298>.
- Brushch JL, Weinstein L. Fever of Unknown Origin. *Medical Clinics of North America.* 1988;72(5):1247-1261.
- Yenen OS. Ateş ve nedeni bilinmeyen ateş. In: Topcu AW, Soyletir G, Doğanay M, editors. Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi. 1. 3 ed. İstanbul: Nobel tıp kitabevi; 2008. p. 520-521.

18. Cunha BA. The diagnostic significance of relative bradycardia in infectious disease. *Clin Microbiol Infect.* 2000;6(12):633-634.
19. Cunha CB. Infectious disease differential diagnosis. In: Cunha BA, editor. *Antibiotic Essentials*. 14 ed. New Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2015. p. 475-506.
20. Bosilkovski M, Baymakova M, Dimzova MJRJM. Fever of Unknown Origin (FUO): towards uniform definitions and classification. 2020;42(2):121-126.
21. Hersch EC, Oh RC. Prolonged febrile illness and fever of unknown origin in adults. *Am Fam Physician.* 2014;90(2):91-96.
22. Limper M, de Kruif MD, Duits AJ, et al. The diagnostic role of procalcitonin and other biomarkers in discriminating infectious from non-infectious fever. *J Infect.* 2010;60(6):409-416.
23. Kim MH, Lim G, Kang SY, et al. Utility of procalcitonin as an early diagnostic marker of bacteremia in patients with acute fever. *Yonsei Med J.* 2011;52(2):276-281.
24. Naito T, Mizooka M, Mitsumoto F, et al. Diagnostic workup for fever of unknown origin: a multicenter collaborative retrospective study. *BMJ Open.* 2013;3(12):e003971.
25. Cunha BA. Fever of unknown origin (FUO): diagnostic importance of serum ferritin levels. *Scand J Infect Dis.* 2007;39(6-7):651-652.
26. Wright WF, Mulders-Manders CM, Auwaerter PG, et al. Fever of Unknown Origin (FUO) - A Call for New Research Standards and Updated Clinical Management. *Am J Med.* 2021.
27. Haidar G, Singh N. Fever of Unknown Origin. *N Engl J Med.* 2022;386(5):463-477.