

## Bölüm 12

# NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞE ROMATOLOJİ PENCERESİNDEN BAKIŞ

Muhammet LİMON<sup>1</sup>

### ATEŞİN TANIMI:

Ateş, kendi başına bir hastalık olmayıp, sık karşılaşılan bir semptomdur. Ateş, aslında vücudun savunma mekanizmalarındandır (1). Ateş değerleri ölçülen bölgeye göre değişkenlik göstermektedir. Vücut ısısının; oral yoldan 37,8°C, aksiller yoldan 37,2°C, rektal ve timpanik yoldan 38 °C'nin üzerinde olması ateş olarak tanımlanmaktadır (2).

### ATEŞ MEKANİZMASI :

Mikroorganizmalar veya bileşenleri, toksinler, ilaçlar, maligniteler, inflamasyona neden olabilecek durumlar gibi ateşe neden olabilecek etkenler ile karşılaşıldığında, hipotalamus ayar noktasını normal değerlerin üstüne çeker ve bu durum vücut ısısının artmasına neden olur (2). Vücut ısısının yükselmesinde aracılık eden moleküllere pirojen moleküller denmektedir. Bu moleküller; ekzojen ve endojen pirojenler olarak sınıflandırılır.

**Ekzojen pirojenler:** Mikroorganizmalara ait bileşenler (gram pozitif bakterilerdeki peptidoglikan tabaka veya gram negatif bakterilerdeki lipopolisakkarit yapılar), mikroorganizmalara ait toksinler (endotoksinler, enterotoksinler), aktive kompleman komponentleri, antijenantikor kompleksleri veya çeşitli ilaçlar, kimyasal toksinler gibi maddeler ekzojen pirojenlere örnektir (3).

**Endojen pirojenler:** Konakçıda ekzojen uyaranlara tepki olarak sentezlenen peptidlere endojen pirojenler denir (4). Endotoksinler ve ekzotoksinler, sitokinlerin en güçlü bakteriyel indükleyicileri arasındadır. Enfeksiyöz süreçler sırasında, tümör nekroz faktörü (TNF), interlökin1 $\beta$  (IL1 $\beta$ ), gama interferon (IFN $\gamma$ ) ve kemokinler dahil inflamatuvar sitokinlerin üretimi, enfeksiyona karşı doğuştan gelen bağışıklık tepkisini düzenler (5).

<sup>1</sup> Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Romatoloji BD, dr\_mlimon@hotmail.com,  
ORCID iD: 0000-0002-5693-7885

**Tablo-4: NBA etyolojisinde romatolojik hastalık ve tedavisi**

Romatolojik hastalık	Tedavi
Klasik PAN	Kortikosteroidler, siklofosamid, rituksimab
Behçet Hastalığı	Kolşisin,azatioprin,siklosporin,Anti-TNF ajanlar
Otoinflamatuvar hastalıklar	Kolşisin, IL-1 blokerleri(anakinra,kanakimuma)

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çikara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

#### **KAYNAKLAR:**

1. YİĞİT R, ESENAY F, Esine Ş, SERİNOL Z. ANNELERİN YÜKSEK ATEŞ KONUSUNDA BİLGİ VE UYGULAMALARI. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;6(3).
2. Ward MA. Fever in infants and children: Pathophysiology and management. UpToDate [Internet]. 2019.
3. Somer A, Hançerli Törün S. Ateş patofizyolojisi ve inflamatuvar yanıt. Çocuklarda Ateş 1st Ed İstanbul. 2014:27-39.
4. Dinarello CA. Cytokines as endogenous pyrogens. The Journal of infectious diseases. 1999;179(Supplement\_2):S294-S304.
5. Cavaillon J-M. Exotoxins and endotoxins: Inducers of inflammatory cytokines. Toxicon. 2018;149:45-53.
6. PETERSDORF RG, BEESON PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. Medicine. 1961;40(1):1-30.
7. Durack D. Fever of unknown origin-reexamined and redefined. Curr Clin Top Infect Dis. 1991;111:35-51.
8. Unger M, Karanikas G, Kerschbaumer A, Winkler S, Aletaha D. Fever of unknown origin (FUO) revised. Wiener Klinische Wochenschrift. 2016;128:796-801.
9. Grebenyuk V, Kryštůfková O, Gregová M, Sokalská-Jurkiewicz M, Steinbauerová R, Sukovská M, et al. Fever of unknown origin. Vnitřní Lekarství. 2021;67(1):32-42.
10. Hirschmann J. Fever of unknown origin in adults. Clinical infectious diseases. 1997;291-300.
11. Knockaert D. Fever of unknown origin, a literature survey. Acta Clinica Belgica. 1992;47(1):42-57.
12. BOZKAYA D, KOÇAK Ü. Çocukluk Çağında Nedeni Bilinmeyen Ateş. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2009;3(4):57-61.
13. Arnow PM, Flaherty JP. Fever of unknown origin. The Lancet. 1997;350(9077):575-80.

14. de Kleijn EM, van den Broucke 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. 1997.
15. Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, Mudde AH, Dofferhoff AS, de Geus-Oei L-F, Rijnders AJ, et al. A prospective multi-centre study of the value of FDG-PET as part of a structured diagnostic protocol in patients with fever of unknown origin. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*. 2007;34:694-703.
16. Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41(11):1187-92.
17. Larson EB, Featherstone HJ, Petersdorf RG. Fever of undetermined origin: diagnosis and follow-up of 105 cases, 1970–1980. *Medicine (Baltimore)*. 1982;61(5):269–92
18. Gülbezer, Elif Er, and Gökhan Keser. «Biyolojik tedaviler.» *Ulusal Romatoloji Dergisi (RAED)* 9 (2017).
19. Kaya T, Tamer A. Nedeni Bilinmeyen Ateş. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2014;4(2):104-8.
20. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Archives of internal medicine*. 2003;163(5):545-51.
21. Mimura, Toshihide, et al. “Evidence-based clinical practice guideline for adult Still’s disease.” *Modern Rheumatology* 28.5 (2018): 736-757.)
22. Jennette JC. Overview of the 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference nomenclature of vasculitides. *Clinical and experimental nephrology*. 2013;17:603-6.
23. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Calabrese LH, Edworthy SM, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis & Rheumatism*. 1990;33(8):1129-34.
24. McDermott, Michael F., et al. “Germline mutations in the extracellular domains of the 55 kDa TNF receptor, TNFR1, define a family of dominantly inherited autoinflammatory syndromes.” *Cell* 97.1 (1999): 133-144.).