Bölüm
105

ATEŞLİ HASTA YÖNETİMİ

Tayibe BAL[1]

GİRİŞ

Ateş birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların en sık nedenleri arasındadır. Ancak ateşin agresif olarak tedavi edilmesinin gerekli olup olmadığı konusu halen tartışmalıdır ve bu konuda net bir görüş birliği bulunmamaktadır. Ateşin enfeksiyonlara karşı konak savunmasında faydalı olduğu ile ilgili kanıtlar artmakta olduğundan ateşli hasta yönetimi hasta bazlı karar verilmesini gerektirir. Bu durum ateşin patogenezinin iyi anlaşılmasını gerektirir.

Ateş kendi kendini sınırlayan viral enfeksiyonlarda görülebileceği gibi acil bakteriyel bir enfeksiyonun erken bulgusu olarak veya malignite, kollajen vasküler hastalıklar gibi enfeksiyon dışı bir nedene bağlı olarak da görülebilir. Bu nedenle ateşli hastaya klinik yaklaşımın ve uzun süren ateş ile başvuran hastaların nedeni bilinmeyen ateş tanımını karşılayıp karşılamadıklarının değerlendirilmesi önemlidir.

Bu bölümde güncel bilgiler ışığında ateşin tanımı, patogenezi, döküntünün eşlik etmediği ateşli hastaya etyolojik ve klinik yaklaşım ile tedavi konuları ele alınacaktır. Buna ek olarak nedeni bilinmeyen ateşin tanımı ve etyolojisi konularına da kısaca yer verilecektir.

I. ATEŞ

1. Tanım

a. Ateş

Vücut sıcaklığının termometre ile aksiller ölçümde ≥ 37.3ºC, timpanik ve dil altı ölçümde ≥ 37.8ºC ve rektal ölçümde ≥ 38.3ºC olması ateş olarak tanımlanır.(1) Ancak normal vücut sıcaklığının gün içerisinde, yaşa ve fiziksel aktivite düzeyine göre farklılık gösterebileceği de dikkate alınmalıdır. Örneğin günün erken saatlerindeki görece düşük vücut sıcaklığı akşam saatlerinde yaklaşık 0.5ºC'lik bir artış gösterir.(2) Vücut yüzey alanı/ağırlık oranının daha yüksek oluşu ve yüksek bazal metabolizma hızı nedeniyle infantlar ve küçük çocuklar genellikle büyük çocuklara ve yetişkinlere göre daha yüksek vücut sıcaklığına sahiptirler.(3)

b. Hipertermi

Hipotalamustaki termostatik ayar noktasının normal düzeye ayarlanmış olmasına rağmen vücut sıcaklığının normale göre yüksek oluşu hipertermi olarak tanımlanır.(2,4) Hipertermi pirojenik sitokinlerin etkisi ile oluşmadığından tedavisinde antipiretik ajanlar etkisizdir. Daha çok sıcak ortamda çalışan veya egzersiz yapan kişilerde, ısı üretiminin ısı kaybından daha hızlı olması nedeniyle görülür. Bununla birlikte hipertiroidi gibi metabolik hastalıklar ve termoregülasyonu bozan farmakolojik ajanların (anestezik ajanlar, ekstazi, serotonerjik ajanlar gibi) kullanımı da hipertermi-

[1] Doktor Öğretim Üyesi, Mustafa Kemal Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay, dr.tayibal@gmail.com

olan hastalarda görülür.[22] Eozinofili ve döküntünün varlığı tanıya yardımcı olabilir. En sık neden olan ilaçlar antibiyotikler, antihistaminikler, antikonvülzanlar ve NSAİİ'lardır. İlişkili ilacın kesilmesinden sonraki 2-5 gün içerisinde ateşin gerilemesi beklenir.[21,13,22]

e. Tanısı konulamayan olgular

Uygun tanısal yaklaşıma rağmen olguların yaklaşık %30'unda tanıya ulaşılamayabilir. Ancak bu olgularda tanı konulamamış olsa bile prognozun iyi olduğu bildirilmiştir.[14]

SONUÇ

Ateşin konak savunmasında faydalı olduğu ile ilgili kanıtlar artmaktadır. Bu nedenle antipiretik ajanların rutin kullanımı ile ateşin agresif bir şekilde düşürülmesi önerilmemektedir. Ateşin düşürülmesi kararında uç değerler (>40ºC), kardiyopulmoner hastalık varlığı, ileri yaş ve febril konvülziyon öyküsü dikkate alınmalıdır.

Hipertermi düşünülmüyor ise ateşin düşürülmesinde harici soğutmanın tek başına uygulanması önerilmez çünkü beraberinde antipiretik ajanlar uygulanmaz ise rebound hipertermi ile sonuçlanabilir.

Ateş genel olarak enfeksiyöz nedenlere bağlı gelişse de enfeksiyon dışı birçok nedene bağlı olarak da görülebilir. Nedeni bilinmeyen ateş kriterlerine uyan ateşli hastaların ileri tetkik açısından ikinci basamak bir sağlık kuruluşuna sevki daha uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, hipertermi, nedeni bilinmeyen ateş, antipiretik ajanlar

KAYNAKÇA

1: Arslan, F. & Mert, A. (2013). Normal konakta ateş ve nedeni bilinmeyen ateşli hastaya yaklaşım. Halil Kurt, Sibel Gündeş, Mehmet Faruk Geyik (Ed.), *Enfeksiyon Hastalıkları* içinde (s. 132-136). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

2: Sajadi, M. M., & Mackowiak, P. A. (2015). Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In J. E. Bennett, R. Dolin & M. J. Blaser (Eds.), *Principles and Practice of Infectious Diseases* (8th ed., pp. 708-720). New York: Churchill Livingstone.

3: Ward M. A. (2019). Fever in infants and children: Pathophysiology and management. In M. S. Edwards (Ed.), *UpToDate*. Retrieved 08 August, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-children-pathophysiology-and-management

4: Dinarello, C. A., & Porat, R. (2017). Fever. In D. L. Kasper, A. S. Fauci (Eds.), *Harrison's Infectious Diseases* (3rd ed., pp. 114-117). New York: McGraw Hill Education.

5: Porat R., & Dinarello C. A. (2018). Pathophysiology and treatment of fever in adults. In P. F. Weller (Ed.), *UpToDate*. Retrieved 08 August, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-and-treatment-of-fever-in-adults

6: Dinarello CA. Cytokines as endogenous pyrogens. J Infect Dis. 1999;179:S294-304.

7: Ward M. A. & Hannemann N. L. (2018). Fever: Pathogenesis and treatment. In J. D. Cherry, G. Harrison, S. L. Kaplan, et al. (Eds.), *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases* (8th ed. pp. 52-56). Philadelphia: Elsevier.

8: Southwick, F. S. (2014). The febrile patient. In F. S. Southwick (Ed.), *Infectious Diseases a Clinical Short Course* (3rd ed. chapter 4). New York: McGraw Hill Professional.

9: Hasday JD, Fairchild KD & Shanholtz C. The role of fever in infected host. Microb Infect. 2000;2:1891-1904.

10: Schortgen F. Fever in sepsis. Minerva Anestesiol. 2012;78(11):1254-1264.

11: Romanovsky AA, Almeida MC, Aronoff DM, et al. Fever and hypothermia in systemic inflammation: Recent discoveries and revisions. Front Biosci. 2005;10:2193-2216.

12: Mackowiak PA. The febrile patient: Diagnostic, prognostic and therapeutic considerations. Front Biosci. 2004;9:2297-2301.

13: Wright, W. F. (2018). Fever of unknown origin. In W. F. Wright (Ed.), *Essentials of Clinical Infectious Diseases* (2nd ed. pp. 43-50). New York: Demos Medical Publishing.

14: Bor D. H. (2018). Approach to the adult with fever of unknown origin. In P. F. Weller (Ed.), *UpToDate*. Retrieved 08 August, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-fever-of-unknown-origin

15: Dockrell D. H., Sundar S. & Angus. B. J. (2018). Infectious Disease. In S. H. Ralston, I. D. Penman, M. W. J. Strachan, et al. (Eds.), *Davidson's Principles and Practice of Medicine* (23rd ed. pp. 215-304). China: Elsevier.

16: Chang JC. NSAID test to distinguish between infectious and neoplastic fever in cancer patients. Postgrad Med. 1988;84:71-72.

17: Wright, W. F., & Mackowiak, P. A. (2015). Fever of unknown origin. In J. E. Bennett, R. Dolin & M. J. Blaser (Eds.), *Principles and Practice of Infectious Diseases* (8th ed., pp. 721-731). New York: Churchill Livingstone.

18: Jozwiak-Bebenista M & Nowak JZ. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern. Acta Pol Pharm. 2014;71(1):11-23.

19: Vonkeman HE & van de Laar MA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: adverse effects and their prevention. Semin Arthritis Rheum. 2010;39(4):294-312.

20: Chornomydz I, Boyarchuk O & Chornomydz A. Reye (Ray's) syndrome: a problem everyone should remember. Georgian Med News. 2017;(272):110-118.

21: Bor D. H. (2018). Etiologies of fever of unknown origin in adults. In P. F. Weller (Ed.), *UpToDate.* Retrieved 08 August, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/etiologies-of-fever-of-unknown-origin-in-adults

22: McDonald M. & Sexton D. J. (2019). Drug fever. In P. F. Edwards (Ed.), *UpToDate.* Retrieved 08 August, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/drug-fever