

HER ATEŞ ENFEKSİYON KAYNAKLI MIDIR?

ARŞ.GÖR.DR NAZLI KUNT

ARŞ.GÖR.DR ASLI NUR AVCI

NEÜ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

OLGU

57 yaşında kadın hasta;nefes darlığı ateş şikayeti ile dış merkeze başvuruyor. Plevral ve perikardiyal effüzyonu olan dirençli ateş ve crp yüksekliği ile takip edilip, çoklu antibiyotik kullanımına rağmen semptomları gerilemeyen hasta dirençli ateş etyolojisi araştırılmak üzere servisimize yatırıldı.

Ateş:38.6°C, nabız:100/dk ,solunum sayısı: 20/dakika ve tansiyon arteryel: 120/60 mmHg olarak saptandı. Solunum sistemi muayenesinde oskültasyonda bilateral akciğer bazallerinde ral saptandı.

Dış merkezde çoklu antibiyotik kullanım öyküsü de olan hastaya ampirik olarak piperasilin+tazobaktam 4x2.25 gr başlandı.

Hastanın laboratuvar bulgularında wbc: 15,1 ,neu:12,2 ,hgb:9,6 ,plt:291, sedim:64 mm/sa ,crp:214 mg/dl ,fibrinojen:699 mg/dl, ferritin:1079 ug/l idi.

Hastanın ateş etyolojisine yönelik bakılan idrar,gaita, kan ve balgam kültüründe herhangi bir etken izole edilemedi. Hastanın periferik yaymasında atipik hücre gözlenmedi. Malignite açısından istenen batın ultrasonografisinde hepatomegali dışında patoloji saptanmadı. Hastanın solunum paneli çalışıldı, ancak herhangi bir etken tespit edilmedi (Mycoplasma, Chlamydia, Klebsiella, Coxsackievirus, Epstein-Barr virüsü, adenovirus, influenza-Parainfluenza vs).TORCH ,salmonella, brucella ,toxoplasma, borrelia Igm ve hepatit markerları negatif geldi. Kalın yaymada parazit görülmedi.Tümör belirteçleri ise negatifti.

Bilgisayarlı toraks tomografisinde her iki akciğer alt loblarda atelektaziler ve perikardiyal efüzyon izlendi. Yapılan torasentez sonrası bakılan plevra sıvısı eksüda vasıflıydı. Plevral sıvıda aside dirençli basil negatif bulundu ve taburculuk sonrası takibinde de tüberküloz kültüründe üreme olmadı.

Ekokardiyografide ef %60 vejetasyon bulgusu izlenmedi sağ ventrikül serbest duvarında minimal perikardiyal sıvı tespit edildi.

Plöroperikardit tablosu ve hepatomegali saptanması nedeniyle kollajen doku hastalığı düşünülerek çalışılan kollajen doku belirteçleri ;Antids DNA, c-ANCA, p-ANCA ve ANA negatif bulundu. Romatoid faktör seviyesi 12.5IU/ml olup normaldi.

Antibiyoterapiye rağmen ateşleri gün içinde yükselmeye devam eden ve belirgin crp yanıtı olmayan hastaya mevcut anamnez, fizik muayene bulguları ve laboratuvar tetkikleri göz önünde bulundurularak Erişkin Still Hastalığı tanısı konuldu. 250 mg/gün metil prednizolon tedavisi başlandı. Steroid tedavisinin 3. gününde hastanın ateşi düştü ve kliniğinde dramatik iyileşme sağlandı. Hastanın tedavi sonrası bakılan ferritin düzeyi 380 ng/ml olarak ölçüldü

## TARTIŞMA

ESH oldukça nadir görülen, sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Aynı zamanda sebebi bilinmeyen ateşin de önemli nedenlerinden biridir. Hastalığın tanısı infeksiyon, malignite ve romatolojik hastalıkların dışlanmasıyla konur. Artmış ferritin seviyesi hastalığı tahmin etmede oldukça önemlidir. ESH tanılı olgular başlangıçta sıklıkla ateş, farenjit, raş ve artralji şikâyetleriyle başvururlar.

Bu hastalarda, ateş akşamları 39°C'yi aşan ve gün içerisinde normale dönen bir şekilde seyretmektedir. Bütün ESH olgularının %95,7'sinde görülen ateş, aynı zamanda en sık görülen semptomdur. ESH'de artrit, genellikle mono, oligo veya poliartriküler bir başlangıç gösterir. Eklem tutulumu tipik olarak simetrik ve çoğu olguda poliartrikülerdir. ESH'nin %86'sında klasik raş sarımsı-pembe, ateşle ortaya çıkan ve özellikle akşamları olan maküler veya makülopapüler erüpsiyon olarak tanımlanmıştır. Sıklıkla gövde ve ekstremitelerin ekstansör yüzünde ve nadiren yüzde görülür. Bu hastalarda plevral efüzyon başta olmak üzere, aslında pulmoner tutulum %0-53 oranında sık görülmektedir. Hastamızda olduğu gibi plevral sıvı genellikle eksuda vafında ve sterildir. Yine bu hastalarda plevral sıvıya genellikle perikardiyal sıvı ve asit eşlik etmektedir.

Eritrosit sedimentasyon hızında artma, nötrofilik lökositoz, normokrom normositer anemi ve karaciğer enzimlerinde artma, ESH'nin önemli laboratuvar bulgularındandır. Yine serum ferritin seviyesinin aşırı yükselmesi ESH tanısı için oldukça spesifiktir.

ESH tanısı için 1992 yılında Yamaguchi tarafından tanımlanan majör ve minör ölçütler kullanılmaktadır (Tablo I).

**Tablo I.** Erişkin Still hastalığı tanısında Yamaguchi kriterleri\*

<b>Majör kriterler</b>	<b>Minör kriterler</b>
Ateş>39°C (bir haftadan fazla)	Boğaz ağrısı
Nötrofilik lökositoz	RF veya ANA negatifliği
Raş-ateşle başlayan	Karaciğer disfonksiyonu
Artralji >2 hafta	Lenfadenopati/ Hepatosplenomegali

RF; romatoid faktör, ANA; antinükleer antikor  
\*Tanı için ikisi majör olmak üzere toplam 5 kriter gereklidir.

Sonuç olarak, ESH, nadir görülmesine rağmen özellikle nedeni bilinmeyen ateş ve birden çok sistem tutulum bulgularıyla başvuran hastalarda ön planda düşünülmesi gereken önemli bir hastalıktır.