



NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Prof. Dr. Ergin ÇİFTÇİ

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı**

www.erginciftci.com

21 Mayıs 2026

ODAĞI BİLİNMEYEN AKUT ATEŞ

Odak Neresi?



ODAĞI BİLİNMEYEN AKUT ATEŞ

Odak Neresi?

ATEŞLİ HASTA

Fever Without A Focus
Fever Without A Source
Fever Without Apparent Source
Fever Without Localizing Signs

Odak belli

Anamnez ve fizik muayene

Odak belli değil

Tedavi

Ciddi bakteriyel enfeksiyon yönünden risk taşıyor mu?

Toksik görünüm

**Yaş
Alta yatan hastalık**

**Laboratuvar
incelemeleri**

Table 220.2 Management of Fever Without Source in Infants 0-36 Months Old

GROUP	MANAGEMENT
<p>Any toxic-appearing child 0–36 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)</p>	<p>Hospitalize, cultures (blood, urine, CSF) plus other tests*, parenteral antibiotics</p>
<p>WELL-APPEARING CHILD</p>	
<p>Child <22 days and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)</p>	<p>Hospitalize, cultures (blood, urine, CSF) plus other tests*, parenteral antibiotics</p>
<p>Child 22–60 days and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)</p>	<p>Three-Step Process</p> <ol style="list-style-type: none"> Determine risk based on history, physical examination, and laboratory studies. <p>Low risk:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uncomplicated medical history Well-appearing physical examination Normal laboratory studies Urine: negative leukocyte esterase and nitrite, ≤ 5 WBC/hpf centrifuged and < 10 WBC/hpf uncentrifuged Inflammatory markers: temperature $\leq 38.5^{\circ}\text{C}$, procalcitonin ≤ 0.5 ng/mL, CRP ≤ 20 mg/L, absolute neutrophil count $\leq 4,000$-$5,200/\text{mm}^3$ Stool studies if diarrhea (no RBC and < 5 WBC/hpf) If child fulfills all low-risk criteria, use age to determine need for LP, parenteral antimicrobials, and hospital observation. <ul style="list-style-type: none"> Age 22-28 days: Obtain UA, blood culture, inflammatory markers. May perform LP. May administer parenteral antimicrobials. Observe in hospital. Age 29-60 days old: Obtain UA, blood culture, inflammatory markers. Need not perform LP. Need not administer antimicrobials. Observe closely at home with follow-up within 24-36 hr. If child does not fulfill all low-risk criteria, use age and lab results to determine need for LP, antimicrobials, and hospital observation. <ul style="list-style-type: none"> Age 22-28 days with abnormal UA and normal inflammatory markers: May perform LP. Administer parenteral antimicrobials. Observe in hospital. Age 22-28 days with abnormal inflammatory markers: Perform LP. If CSF pleocytosis, CSF uninterpretable, or abnormal UA, administer parenteral antimicrobials and observe in hospital. If CSF and UA are normal, may observe at home after parenteral antimicrobials or observe in the hospital with or without parenteral antimicrobials. Age 29-60 days with abnormal UA and normal inflammatory markers: Administer oral antimicrobials. May observe closely at home with follow-up in 12-24 hr. Age 29-60 days with abnormal inflammatory markers: May perform LP. If CSF pleocytosis, administer parenteral antimicrobials and observe in hospital. If CSF is normal, may administer parenteral or oral antimicrobials and may observe closely in hospital or at home. If CSF is not available or uninterpretable, administer parenteral antimicrobials and may observe closely in hospital or at home.
<p>Child 2-36 mo and temperature 38–39°C (100.4–102.2°F)</p>	<p>Reassurance that diagnosis is likely self-limited viral infection, but advise return with persistence of fever, temperatures $> 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F), and/or new signs and symptoms.</p>
<p>Child 2-36 mo and temperature $> 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F)</p>	<p>Two-Step Process</p> <ol style="list-style-type: none"> Determine immunization status. If received conjugate pneumococcal and <i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccines, obtain urine studies (urine WBC, leukocyte esterase, nitrite, and culture) for all females, all males < 6 mo old, all uncircumcised males < 2 yr, and all children with recurrent urinary tract infections. <p>If did not receive conjugate pneumococcal and <i>H. influenzae</i> type b vaccines, manage according to the 1993 Guidelines (see Baraff et al. <i>Ann Emerg Med.</i> 1993;22:1198–1210).</p>

Table 220.2

Management of Fever Without Source in Infants 0-36 Months Old

GROUP	MANAGEMENT
Any toxic-appearing child 0–36 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, cultures (blood, urine, CSF) plus other tests*, parenteral antibiotics
WELL-APPEARING CHILD Child <22 days and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F) Child 22–60 days and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, cultures (blood, urine, CSF) plus other tests*, parenteral antibiotics Three-Step Process 1. Determine risk based on history, physical examination, and laboratory studies. Low risk: <ul style="list-style-type: none"> • Uncomplicated medical history • Well-appearing physical examination • Normal laboratory studies • Urine: negative leukocyte esterase and nitrite, ≤ 5 WBC/hpf centrifuged and < 10 WBC/hpf uncentrifuged • Inflammatory markers: temperature $\leq 38.5^{\circ}\text{C}$, procalcitonin ≤ 0.5 ng/mL, CRP ≤ 20 mg/L, absolute neutrophil count $\leq 4,000$-5,200/mm³ • Stool studies if diarrhea (no RBC and < 5 WBC/hpf) 2. If child fulfills all low-risk criteria, use age to determine need for LP, parenteral antimicrobials, and hospital observation. <ul style="list-style-type: none"> • Age 22-28 days: Obtain UA, blood culture, inflammatory markers. May perform LP. May administer parenteral antimicrobials. Observe in hospital. • Age 29-60 days old: Obtain UA, blood culture, inflammatory markers. Need not perform LP. Need not administer antimicrobials. Observe closely at home with follow-up within 24-36 hr. 3. If child does not fulfill all low-risk criteria, use age and lab results to determine need for LP, antimicrobials, and hospital observation. <ul style="list-style-type: none"> • Age 22-28 days with abnormal UA and normal inflammatory markers: May perform LP. Administer parenteral antimicrobials. Observe in hospital. • Age 22-28 days with abnormal inflammatory markers: Perform LP. If CSF pleocytosis, CSF uninterpretable, or abnormal UA, administer parenteral antimicrobials and observe in hospital. If CSF and UA are normal, may observe at home after parenteral antimicrobials or observe in the hospital with or without parenteral antimicrobials. • Age 29-60 days with abnormal UA and normal inflammatory markers: Administer oral antimicrobials. May observe closely at home with follow-up in 12-24 hr. • Age 29-60 days with abnormal inflammatory markers: May perform LP. If CSF pleocytosis, administer parenteral antimicrobials and observe in hospital. If CSF is normal, may administer parenteral or oral antimicrobials and may observe closely in hospital or at home. If CSF is not available or uninterpretable, administer parenteral antimicrobials and may observe closely in hospital or at home.
Child 2-36 mo and temperature 38–39°C (100.4–102.2°F)	Reassurance that diagnosis is likely self-limited viral infection, but advise return with persistence of fever, temperatures $> 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F), and/or new signs and symptoms.
Child 2-36 mo and temperature $> 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F)	Two-Step Process 1. Determine immunization status. 2. If received conjugate pneumococcal and <i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccines, obtain urine studies (urine WBC, leukocyte esterase, nitrite, and culture) for all females, all males < 6 mo old, all uncircumcised males < 2 yr, and all children with recurrent urinary tract infections. If did not receive conjugate pneumococcal and <i>H. influenzae</i> type b vaccines, manage according to the 1993 Guidelines (see Baraff et al. <i>Ann Emerg Med.</i> 1993;22:1198–1210).

Table 220.2 Management of Fever Without Source in Infants 0-36 Months Old

GROUP	MANAGEMENT
Any toxic-appearing child 0–36 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, cultures (blood, urine, CSF) plus other tests*, parenteral antibiotics
WELL-APPEARING CHILD	
Child <22 days and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, cultures (blood, urine, CSF) plus other tests*, parenteral antibiotics
Child 22–60 days and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	<p>Three-Step Process</p> <ol style="list-style-type: none"> Determine risk based on history, physical examination, and laboratory studies. <p>Low risk:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uncomplicated medical history Well-appearing physical examination Normal laboratory studies Urine: negative leukocyte esterase and nitrite, ≤ 5 WBC/hpf centrifuged and < 10 WBC/hpf uncentrifuged Inflammatory markers: temperature $\leq 38.5^{\circ}\text{C}$, procalcitonin ≤ 0.5 ng/mL, CRP ≤ 20 mg/L, absolute neutrophil count $\leq 4,000$-$5,200/\text{mm}^3$ Stool studies if diarrhea (no RBC and < 5 WBC/hpf) If child fulfills all low-risk criteria, use age to determine need for LP, parenteral antimicrobials, and hospital observation. <ul style="list-style-type: none"> Age 22-28 days: Obtain UA, blood culture, inflammatory markers. May perform LP. May administer parenteral antimicrobials. Observe in hospital. Age 29-60 days old: Obtain UA, blood culture, inflammatory markers. Need not perform LP. Need not administer antimicrobials. Observe closely at home with follow-up within 24-36 hr. If child does not fulfill all low-risk criteria, use age and lab results to determine need for LP, antimicrobials, and hospital observation. <ul style="list-style-type: none"> Age 22-28 days with abnormal UA and normal inflammatory markers: May perform LP. Administer parenteral antimicrobials. Observe in hospital. Age 22-28 days with abnormal inflammatory markers: Perform LP. If CSF pleocytosis, CSF uninterpretable, or abnormal UA, administer parenteral antimicrobials and observe in hospital. If CSF and UA are normal, may observe at home after parenteral antimicrobials or observe in the hospital with or without parenteral antimicrobials. Age 29-60 days with abnormal UA and normal inflammatory markers: Administer oral antimicrobials. May observe closely at home with follow-up in 12-24 hr. Age 29-60 days with abnormal inflammatory markers: May perform LP. If CSF pleocytosis, administer parenteral antimicrobials and observe in hospital. If CSF is normal, may administer parenteral or oral antimicrobials and may observe closely in hospital or at home. If CSF is not available or uninterpretable, administer parenteral antimicrobials and may observe closely in hospital or at home.
Child 2-36 mo and temperature 38 – 39°C (100.4–102.2°F)	Reassurance that diagnosis is likely self-limited viral infection, but advise return with persistence of fever, temperatures $> 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F), and/or new signs and symptoms.
Child 2-36 mo and temperature $> 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F)	<p>Two-Step Process</p> <ol style="list-style-type: none"> Determine immunization status. If received conjugate pneumococcal and <i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccines, obtain urine studies (urine WBC, leukocyte esterase, nitrite, and culture) for all females, all males < 6 mo old, all uncircumcised males < 2 yr, and all children with recurrent urinary tract infections. <p>If did not receive conjugate pneumococcal and <i>H. influenzae</i> type b vaccines, manage according to the 1993 Guidelines (see Baraff et al. <i>Ann Emerg Med.</i> 1993;22:1198–1210).</p>

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Nedeni Nedir?

Fever of Unknown Origin
Pyrexia of Unknown Origin

İlk kez **1961** yılında Petersdorf ve Beeson

1. En az **üç hafta** süren
2. **Bir hafta** süreyle **hastanede** yapılan incelemelere karşın nedeni belirlenemeyen
3. Belgelenmiş **38.3°C** üzerinde ateş



NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Çocuklarda Nedenler

ÇOCUKLARDA NEDENLER					
YAZAR HASTA SAYISI	ENFEKSİYONLAR	MALİGNİTE	KVH/ OTOİMMÜN	DİĞER	TANI KONULAMAYAN
Pizzo 100	%52	%6	%20	%10	%12
McLung 99	%29	%8	%11	%19	%33
Lohr 54	%33	%13	%20	%15	%8
Mouaket 221	%78	%2	%3	%0	%15
Steele 109	%22	%2	%6	%3	%67
Çiftçi 102	%44.2	%11.7	%6.8	%24.5	%12.8

Pyrexia of unknown origin in children: a review of 102 patients from Turkey

ERGİN ÇİFTÇİ, ERDAL İNCE & ÜLKER DOĞRU

Department of Paediatric Infectious Diseases, University of Ankara Medical School, Ankara, Turkey

(Accepted July 2003)

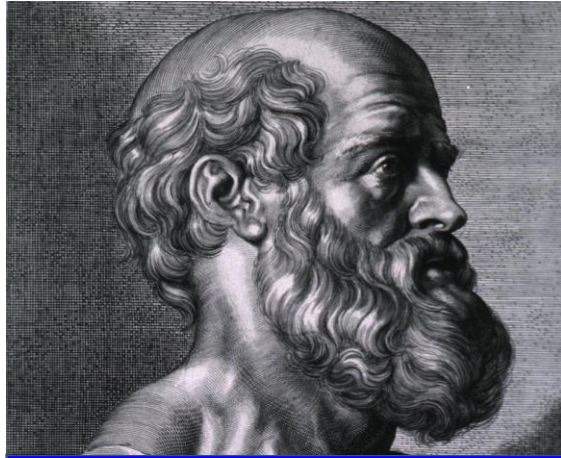
Summary Pyrexia of unknown origin (PUO) has not been appropriately investigated in Turkish children and therefore a study was undertaken to determine the causes of PUO and to evaluate which clinical procedures are useful in establishing a diagnosis. A total of 102 children fitting the classical PUO criteria seen in our clinic between 1995 and 2002 were investigated retrospectively. Infections, collagen vascular disorders, malignancy and miscellaneous conditions constituted 44.2%, 6.8%, 11.7% and 24.5% of cases, respectively, while 12.8% of the cases remained undiagnosed. Enteric fever, brucellosis and respiratory tract infections were the most commonly encountered infections, whereas familial Mediterranean fever was the commonest non-infectious disorder. Biopsy, aspiration, serology, bacteriology, radiology and observation of the clinical course were the most useful diagnostic procedures.

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Nedeni Nedir?

İlk kez **1961** yılında Petersdorf ve Beeson

1. En az **üç hafta** süren
2. **Bir hafta** süreyle **hastanede** yapılan incelemelere karşın nedeni belirlenemeyen
3. Belgelenmiş **38.3°C** üzerinde ateş



Hipokrat



NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Tanım

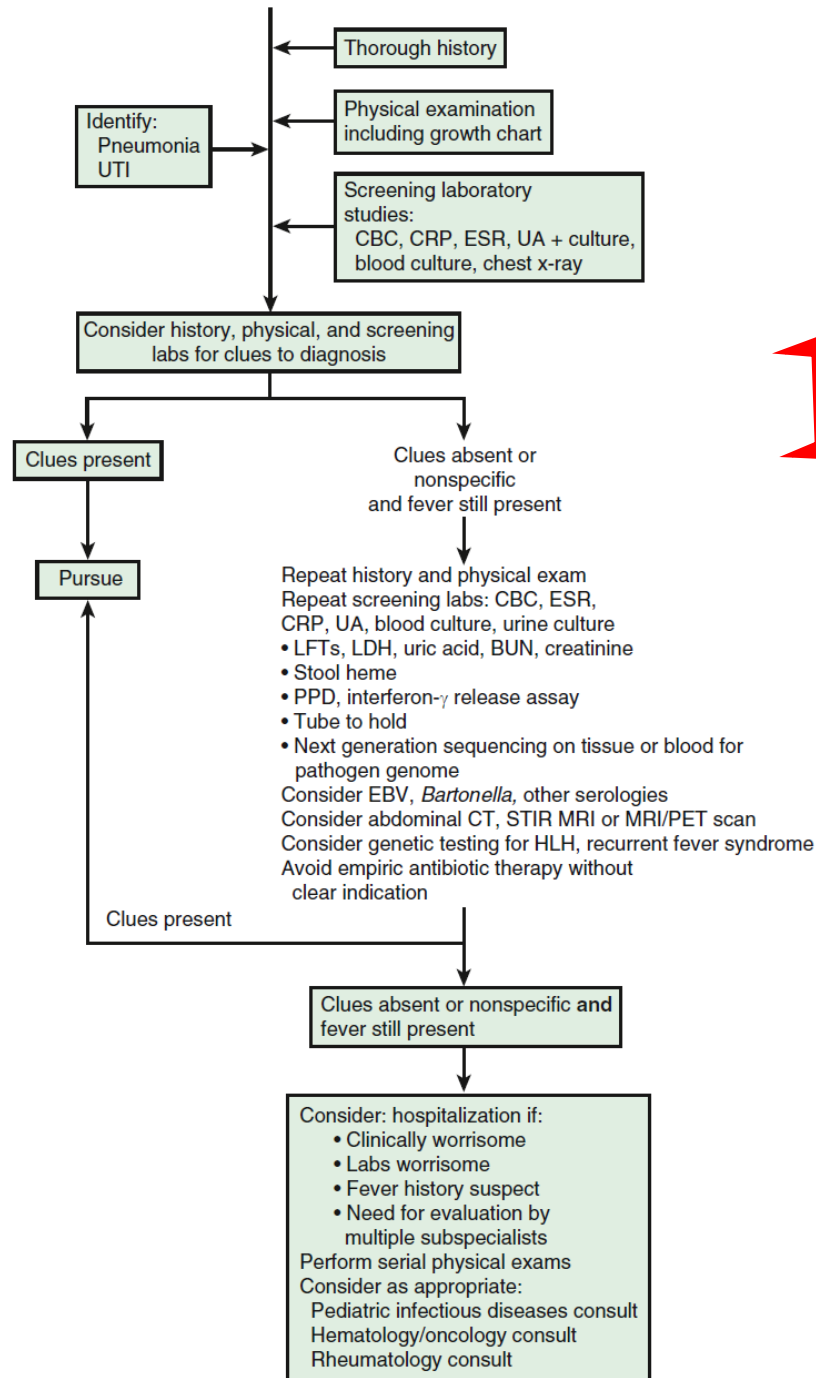
TABLE 56-1 Summary of Definitions and Major Features of the Four Subtypes of Fever of Unknown Origin (FUO)

	CLASSIC FUO	NOSOCOMIAL (HEALTH CARE-ASSOCIATED) FUO	NEUTROPENIC (IMMUNE-DEFICIENT) FUO	HIV-RELATED FUO
Definition	>38.3° C (100.9° F), >3 wk, >2 visits or 3 days in hospital	>38.3° C (100.9° F), >3 days, not present or incubating on admission	>38.3° C (100.9° F), >3 days, negative cultures after 48 hr	>38.3° C (100.9° F), >3 wk for outpatients, >3 days for inpatients, HIV infection confirmed

Table 177-4 Summary of Definitions and Major Features of the 4 Subtypes of Fever of Unknown Origin

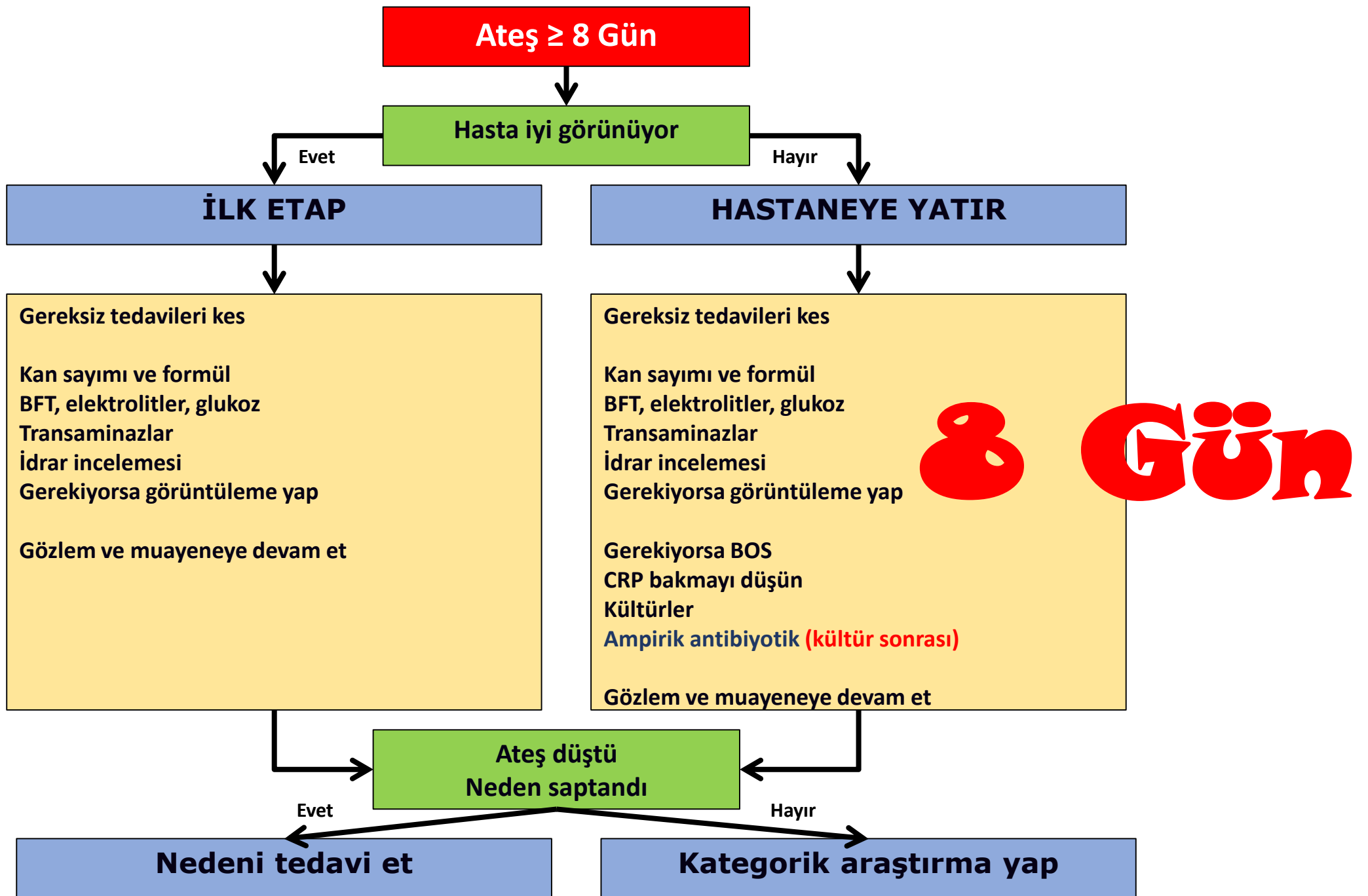
FEATURE	CLASSIC FUO	HEALTHCARE-ASSOCIATED FUO	IMMUNE-DEFICIENT FUO	HIV-RELATED FUO
Definition	>38°C (100.4°F), >3 wk, >2 visits or 1 wk in hospital	≥38°C (100.4°F), >1 wk, not present or incubating on admission	≥38°C (100.4°F), >1 wk, negative cultures after 48 hr	≥38°C (100.4°F), >3 wk for outpatients, >1 wk for inpatients, HIV infection confirmed

FEVER $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ for ≥ 14 Days



14

Gün



Kategorik araştırma yap

ENFEKSİYON

Kültürler
BOS (gerekirse)
Spesifik serolojik test
Spesifik PCR
CRP/ESH (abse, endokardit, osteomyelit şüphesi varsa)
Görüntüleme (gerekirse)
Amprik antibiyotik (kültürler alındıktan sonra)

ONKOLOJİ

Ürik asit
LDH
Ferritin
Periferik yayma
Akciğer grafisi
Steroid kesilmesi

OTOİMMÜN-KVH

ANA
RF
C3, C4, CH50
TFT
CRP, ESH, Ferritin

İMMÜN YETMEZLİK

İmmünglobulinler
Lenfosit markerları
Antikorlar (aşılara karşı)

Neden saptanamadı

Uzmana danış
Üçüncü basamak merkeze sevk

Kültürleri tekrarla
Ek serolojik testler
Kemik iliği aspirasyonu
Görüntüleme
Kemik sintigrafisi
PET
Gastrointestinal

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Muayene Bulguları



Kawasaki Hastalığı

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Muayene Bulguları

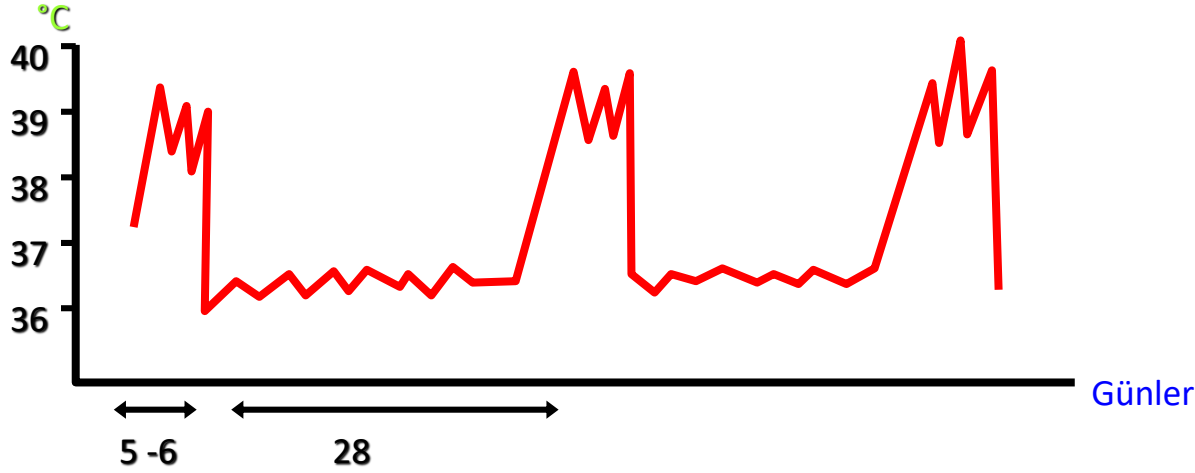


COVID-19 ilişkili MIS-C

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Muayene Bulguları

ATEŞ ÇİZELGESİ



Türk Pediatri Arşivi 2004; 39: 36- 40

Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromlu bir olgu

Ergin Çiftçi, Halil Özdemir, Sonay İncesoy, Erdal İnce, Ülker Doğru

Özet

Bu olgu sunumunda yinelenen ateş, boyunda şişlik, boğaz ağrısı ve ağızda yaralar çıkması yakınmalarıyla başvuran iki buçuk yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın öyküsünden atakların 28 günde bir yinelendiği ve 5-6 günde kendiliğinden düzeldiği öğrenildi. Atak sırasında akut faz reaktanlarının yükseldiği ve ataklar arasında tamamen normale döndüğü saptandı. Bu bulgularla hastada periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromu düşünüldü. Hastanın atakları tek doz prednizon ile dramatik biçimde düzeldi. İzleminde hastanın atakları kayboldu.

Anahtar kelimeler: aftöz stomatit, farenjit, lenfadenit, periyodik ateş, PFAPA sendromu

Summary

A patient with periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis (PFAPA) syndrome

In this case report, a 2.5-year-old boy with complaints of recurrent attacks of fever, sore throat, oral ulcers and swelling on the neck is presented. His history revealed that the attacks had recurred every 28 days and resolved within 5 to 6 days. His acute phase reactants were elevated during the attacks, and returned to normal at intervals. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis (PFAPA) syndrome was suggested. The attacks of the patient dramatically resolved after a single dose of prednisone and completely disappeared during the follow-up.

Key words: aphthous stomatitis, lymphadenitis, periodic fever, PFAPA syndrome, pharyngitis



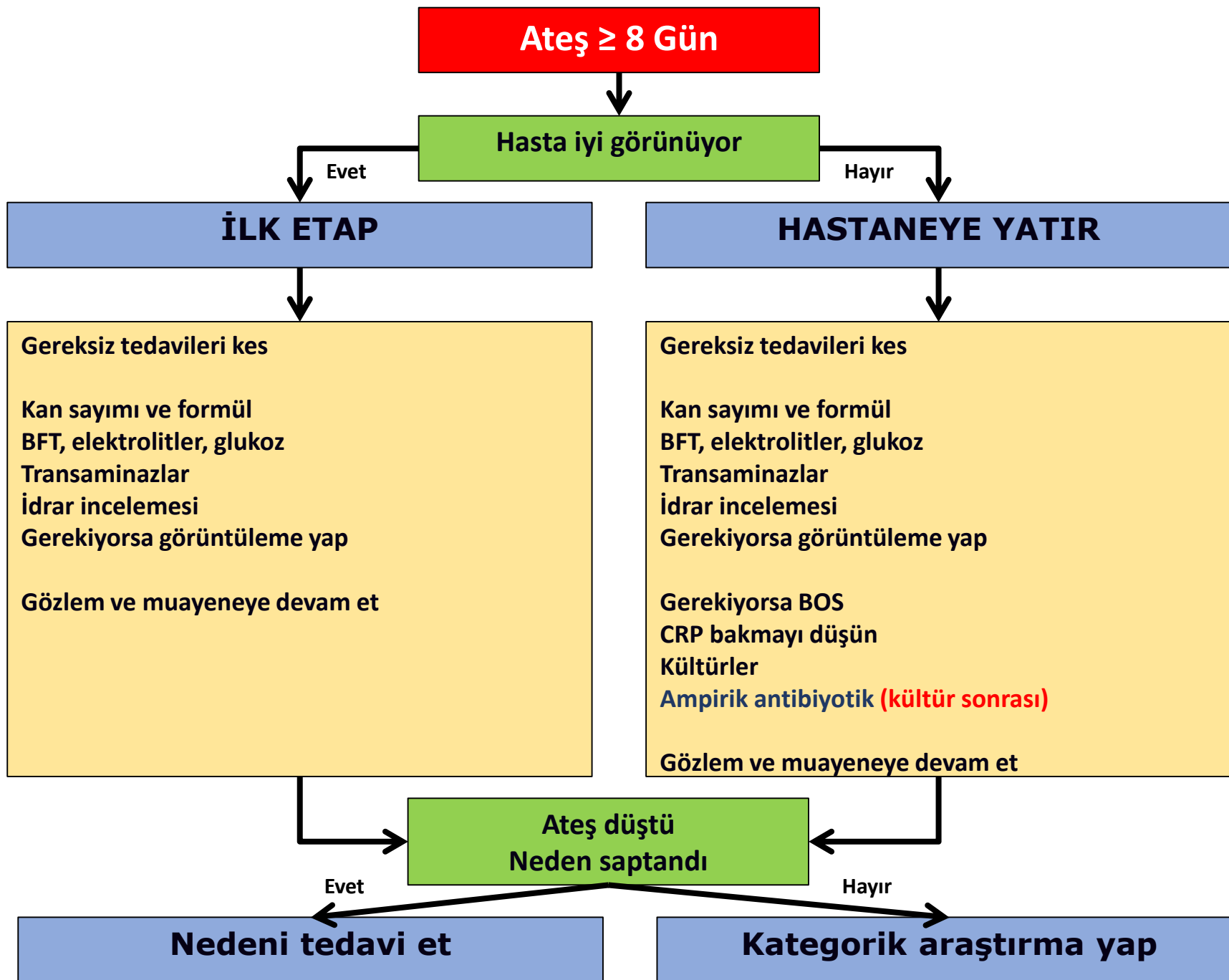
PFAPA Sendromu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Arşivi

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Seroloji

- Epstein-Barr virüs enfeksiyonu**
- Sitomegalovirüs enfeksiyonu**
- Toksoplazmoz**
- Salmonelloz**
- Tularemi**
- Bruselloz**
- Leptospiroz**
- Kedi tırmığı hastalığı**
- Lyme hastalığı**
- Riketsiya hastalıkları**
- Juvenil idiyomatik artrit**



Ateş ≥ 8 Gün

Hasta iyi görünüyor

Evet

Hayır

İLK ETAP

HASTANEYE YATIR

Gereksiz tedavileri kes

Kan sayımı ve formül

BFT, elektrolitler, glukoz

Transaminazlar

İdrar incelemesi

Gerekliyorsa görüntüleme yap

Gözlem ve muayeneye devam et

Gereksiz tedavileri kes

Kan sayımı ve formül

BFT, elektrolitler, glukoz

Transaminazlar

İdrar incelemesi

Gerekliyorsa görüntüleme yap

Gerekiyorsa BOS

CRP bakmayı düşün

Kültürler

Ampirik antibiyotik (kültür sonrası)

Gözlem ve muayeneye devam et

Ateş düştü
Neden saptandı

Evet

Hayır

Nedeni tedavi et

Kategorik araştırma yap

Kategorik araştırma yap

ENFEKSİYON

Kültürler
BOS (gerekirse)
Spesifik serolojik test
Spesifik PCR
CRP/ESH (abse, endokardit, osteomyelit şüphesi varsa)
Görüntüleme (gerekirse)
Amprik antibiyotik (kültürler alındıktan sonra)

ONKOLOJİ

Ürik asit
LDH
Ferritin
Periferik yayma
Akciğer grafisi
Steroid kesilmesi

OTOİMMÜN-KVH

ANA
RF
C3, C4, CH50
TFT
CRP, ESH, Ferritin

İMMÜN YETMEZLİK

İmmünglobulinler
Lenfosit markerları
Antikorlar (aşılara karşı)

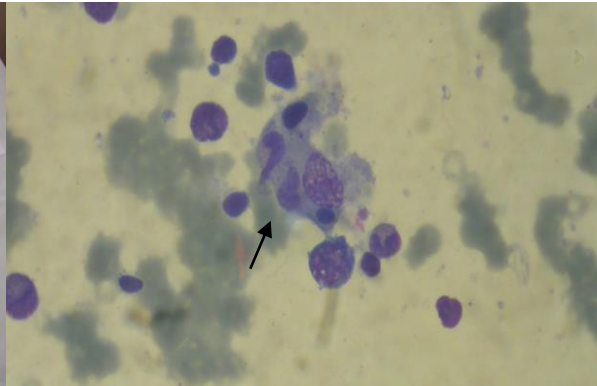
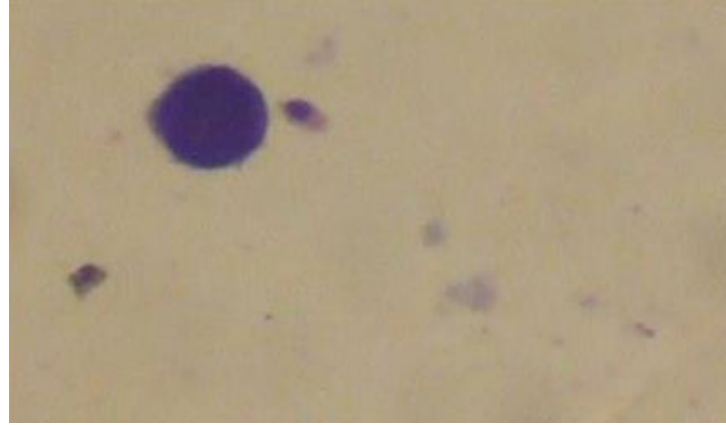
Neden saptanamadı

Uzmana danış
Üçüncü basamak merkeze sevk

Kültürleri tekrarla
Ek serolojik testler
Kemik iliği aspirasyonu
Görüntüleme
Kemik sintigrafisi
PET
Gastrointestinal

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Biyopsi



Case Report

Hemophagocytic Lymphohistiocytosis Associated with Visceral Leishmaniasis

by Anil Tapisiz, Nurşen Belet, Ergün Çiftçi, Erdal İnce, and Ülker Doğru
Department of Paediatrics, Section of Infectious Diseases, Ankara University Medical School, Turkey

Summary

Visceral leishmaniasis (VL), is a systemic disease caused by the dissemination of protozoan parasite *Leishmania* throughout the reticuloendothelial system. It may mimic or lead to several types of hematological disorders including hemophagocytosis. Infection associated hemophagocytic syndrome implicating *Leishmania* is very rare and often difficult to diagnose. Here, we describe a child with hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) associated with VL.

Key words: *Leishmania*, hemophagocytosis, children

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

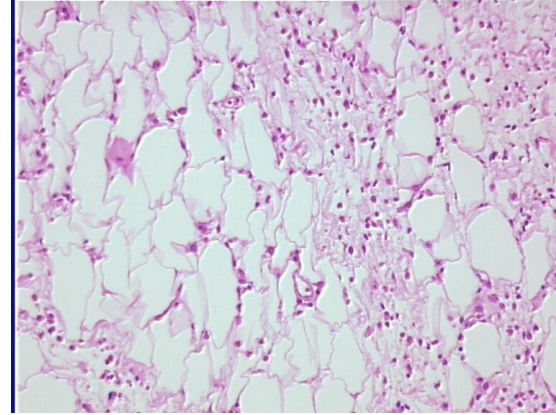
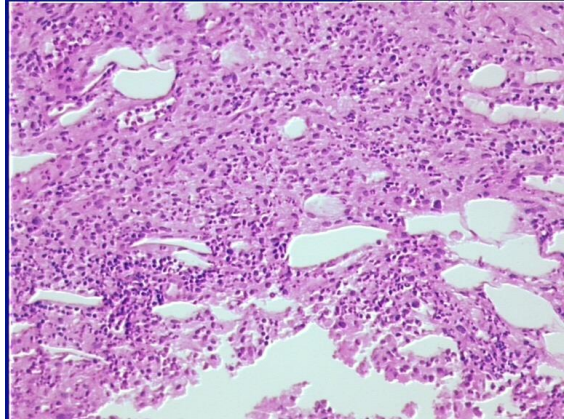
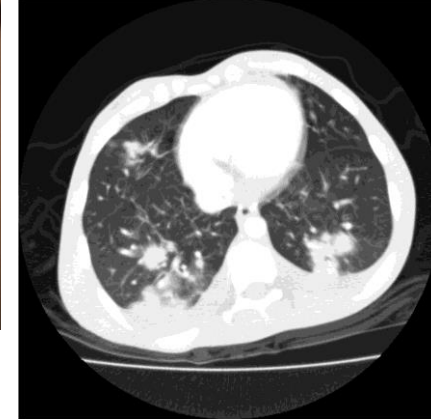
Biyopsi



BCG-osis

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Biyopsi



Cilt Biyopsisi

Sweet Sendromu

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Biyopsi



Olgu: Dokuz yaşında erkek hasta, iki hafta önce başlayan boyun sağ tarafında şişlik, boğaz ağrısı ve ateş nedeniyle başvurdu. Anamnezde çiğ süt veya peynir yeme, tüberküloz teması, kene ısırığı, kedi tırmalama ve av hayvanı tüketim öyküsü olmadığı öğrenildi. Sadece tüm ailenin kuyu suyu içme öyküsü olduğu, benzer şikâyetlerin başka kimsede olmadığı saptandı. Fizik muayenesinde sağ servikal bölgede 3x2 cm ağrılı, mobil, sınırları net seçilemeyen lenfadenopati ve orofarinkste belirgin hiperemi haricinde patolojik bulguya rastlanmadı. Kan tetkiklerinde Lökosit: 3.830/mm³, Hgb: 11 g/dL, Trombosit: 342.000/mm³, nötrofil sayısı: 2090/mm³, lenfosit sayısı: 1240/mm³ sedimentasyon: 66 mm/saat CRP: 58.7 mg/L bulundu. Ampisilin-sulbaktam 200 mg/kg/g ve gentamisin 5 mg/kg/g olarak başlandı. Enfeksiyöz etkenlere yönelik yapılan tetkiklerinde etyoloji saptanamadı. Boyun ultrasonografisinde; sağda jugulodigastrik bölgede 12x8 mm boyutunda belirgin kanlanma gösteren reaktif lenf nodları saptandı. Abdominal ultrasonografisinde ise hepatosplenomegali haricinde bulgu görülmedi. Antibiyotik tedavisinin ikinci gününden itibaren ateşi olmayan hastanın tedavinin 12. gününde ateş, yanaklarda kızarıklık, kusma ve boğaz ağrısı başladı. Fizik muayenesinde sağda membranöz tonsilit ve yumuşak damakta aftöz lezyonu görüldü. Sebat eden ateş, hepatosplenomegali ve lökopeni sebebiyle yapılan kemik iliği aspirasyonunda patolojik bulguya rastlanmadı. Lenf nodu ince iğne aspirasyon biopsisi saptanan nekroz içinde karyorektik debri, histiyositler, lenfositler ve seyrek olarak nötrofil gözlenmesi KFH ile uyumlu bulundu. Antibiyotik tedavisi kesilerek metilprednizolon 2 mg/kg/gün başlandı. Steroid tedavisi sonrası ateşi tekrar etmeyen, boğaz ağrısı gerileyen hastanın tonsil ve ağız değişiklikleri düzeldi, lenfadenopati boyutları küçüldü döküntü kayboldu.

Servikal Lenf Nodu Biyopsisi

Kikuchi-Fujimoto Hastalığı

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Biyopsi

18. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi
20 - 23 Şubat 2025
Limak Cyprus Deluxe Hotel - KKTC

www.cocukenfeksiyon2025.org

Bulgular: Yedi hastanın 4'ü erkek olup, yaş ortalaması 148 ay (86-203 ay) idi. Başvuru şikâyetleri en sık boyunda şişlik, halsizlik iken bir hastamız da karın ağrısı ve kilo kaybı ile başvurdu. Beş hastada glandüler (%71,4), birinde (%14,7) abdominal, birinde de orofaringeal (%14,7) formda tularemi saptandı. Beş hastamızda şehir şebeke suyu, iki hastamızda da **kuyu suyu içme öyküsü** vardı. Hastaların yakınmalarının başlangıcından hastanemize başvurusu arasında geçen ortalama süre 22 gün (15-30) idi. Tularemi tanısı, Hıfzıssıhha Enstitüsü laboratuvarında serum mikroaglutinasyon testi ($\geq 1/160$ titre) ve tularemi polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile konuldu. Altı hastamıza ilk tercih ikili kombine tedavi (gentamisin-siprofloksasin, streptomisin-levofloksasin, doksisisiklin-gentamisin) verilirken bir hastaya tekli doksisisiklin tedavisi başlandı. Toplam tedavi süresi 14 gün olarak belirlendi (Tablo 1). Apse gelişimi gözlenen üç hastanın apse drenajı örneği ve/veya **lenf nodundan yapılan doku biyopsi sonucu "granülomatoz nekrotizan lenfadenit"** olarak yorumlandı.

Abdominal Lenf Nodu Biyopsisi

Tularemi

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Biyopsi



19. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Kongresi

2 Nisan - 5 Nisan 2026
Mardan Palace - Antalya

www.cocukenfeksiyon2026.org

Materyal ve Metot: Olgu: On altı yaşında kız hasta, bisikletten düşme sonrası gelişen göğüs ağrısı nedeniyle hastaneye başvurmuş ve ilk değerlendirmede patoloji saptanmadan taburcu edilmiştir. Bir hafta sonra göğüs ağrısına ateş ve solunum sıkıntısının eklenmesi üzerine tekrar başvuran hastanın akciğer grafisinde sol hemitoraksta masif plevral efüzyon saptanmış ve göğüs tüpü yerleştirilmiştir. Persistan plevral efüzyon nedeniyle hasta ileri değerlendirme amacıyla merkezimize devralınmış ve video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) uygulanmıştır. Hastanın kırsal bölgede yaşadığı ve hayvancılığın yaygın olduğu öğrenilmesi üzerine ayırıcı tanıda zoonotik enfeksiyonlar ve tüberküloz açısından gönderilen Brusella aglütinasyon testi negatif, interferon-gamma salınım testi (Quantiferon) pozitif saptanmıştır. Aile taramasında anne ve babada PPD pozitifliği bulunması tüberküloz teması açısından destekleyici olarak değerlendirilmiştir. Eksüdatif karakterde plevral sıvı, yüksek ADA düzeyi (85 U/L), görüntülemelerde plevral kalınlaşma ve kontrast tutulumu, mediastinal ve hiler lenfadenopatiler ile plevral biyopsinin granülomatöz plevriti düşündürülen bulguları tüberküloz plevriti tanısını desteklemiştir. Hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid içeren dördü antitüberküloz tedavi başlanmıştır. Plevral sıvı kültüründe Mycobacterium tuberculosis kompleks üremesi gösterilmiş olup pirazinamid direnci belirlenmiştir. Bunun üzerine iki aylık dördü tedavi sonrası pirazinamid kesilerek izoniazid ve rifampisin ile tedaviye devam edilmiş ve toplam tedavi süresi dokuz ay olarak planlanmıştır. İzlemde klinik ve radyolojik düzelme gözlenmiştir.

Plevra Biyopsisi

Tüberküloz

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Arşivi

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Görüntüleme



Pürülan menenjit
Haemophilus influenzae tip b



Epidural abse

Türk Pediatri Arşivi 2002 37: 213-218

Çocuklarda invaziv *Haemophilus influenzae* tip b enfeksiyonları

Invasive *Haemophilus influenzae* type b infections in children

Ergin Çiftçi(*), Pembe Derin Oygar(**), Çiğdem Genç(**), Erdal İnce(***)
Ercan Tutar(***)
Haluk Gürüz(*), Ahmet Derya Aysev(****), Ülker Doğru(****)

Özet

Haemophilus influenzae tip b suşları menenjit, pnömöni, ampiyem, epiglottit, sellülit, septik artrit, perikardit ve bakteriyemi gibi ciddi enfeksiyonlara yol açmaktadır. Burada invaziv *H. influenzae* tip b enfeksiyonu olan beş çocuk hasta sunulmaktadır. Hastaların hepsi de 2 yaşın altındaydı. Hiçbir hastaya *H. influenzae* tip b aşısı yapılmamıştı. Uygun antibiyotik ve cerrahi girişim ile bütün hastalar sekelsiz olarak iyileşmiştir. Ülkemizde *H. influenzae* tip b enfeksiyonlarının önlenmesi için *H. influenzae* tip b aşısının rutin aşı takvimine alınması gereklidir.

Anahtar kelimeler: *Haemophilus influenzae* tip b, menenjit, pnömöni, ampiyem, bakteriyemi, preseptal sellülit

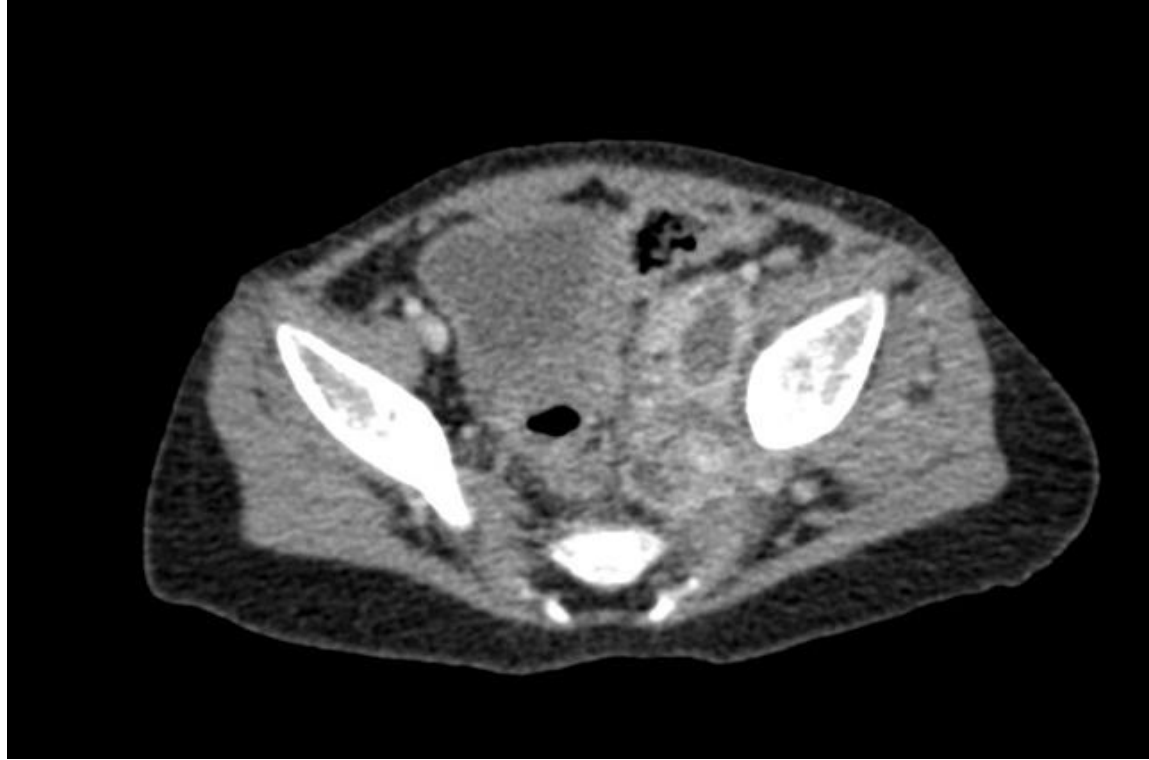
Summary

Haemophilus influenzae type b strains cause severe infections such as meningitis, pneumonia, empyema, epiglottitis, cellulitis, septic arthritis, pericarditis and bacteremia. In this report, five children with invasive *H. influenzae* type b infection are presented. All patients were younger than two years. None of the patients was immunized with *H. influenzae* type b vaccine. All of the patients treated with appropriate antibiotics and surgical interventions recovered without sequel. *H. influenzae* type b vaccination must be added to routine vaccination schedule in order to prevent *H. influenzae* type b infections in our country.

Key words: *Haemophilus influenzae* type b, meningitis, pneumonia, empyema, bacteremia, preseptal cellulitis

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Görüntüleme

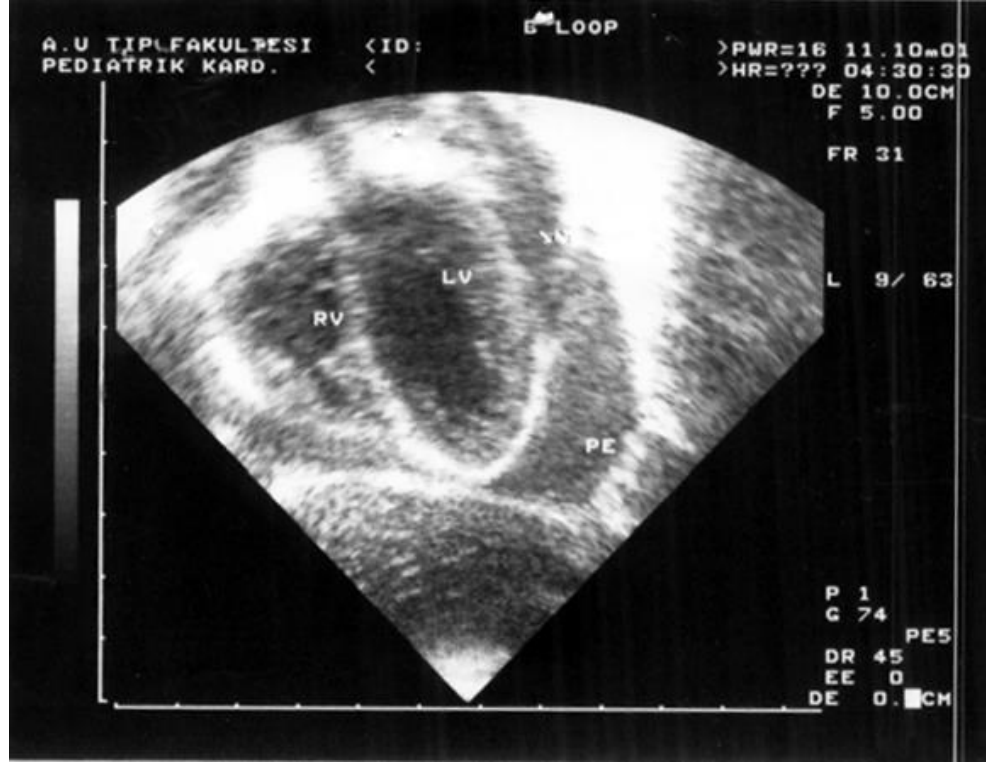


FMF
Artrit

Osteomyelit-İliopsoas Absesi
Staphylococcus aureus

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Görüntüleme

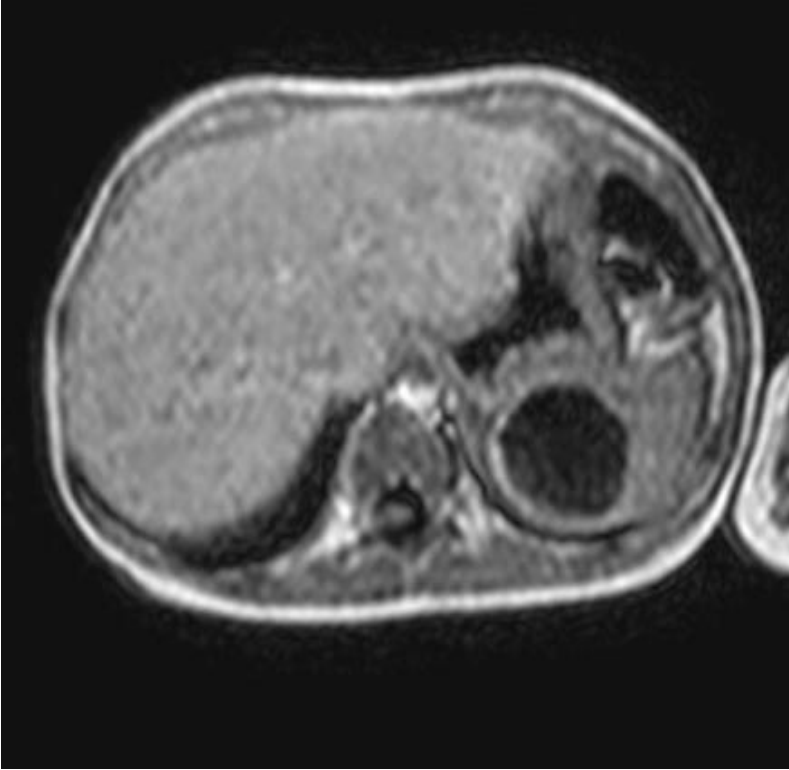


Pnömoni
Haemophilus influenzae tip b

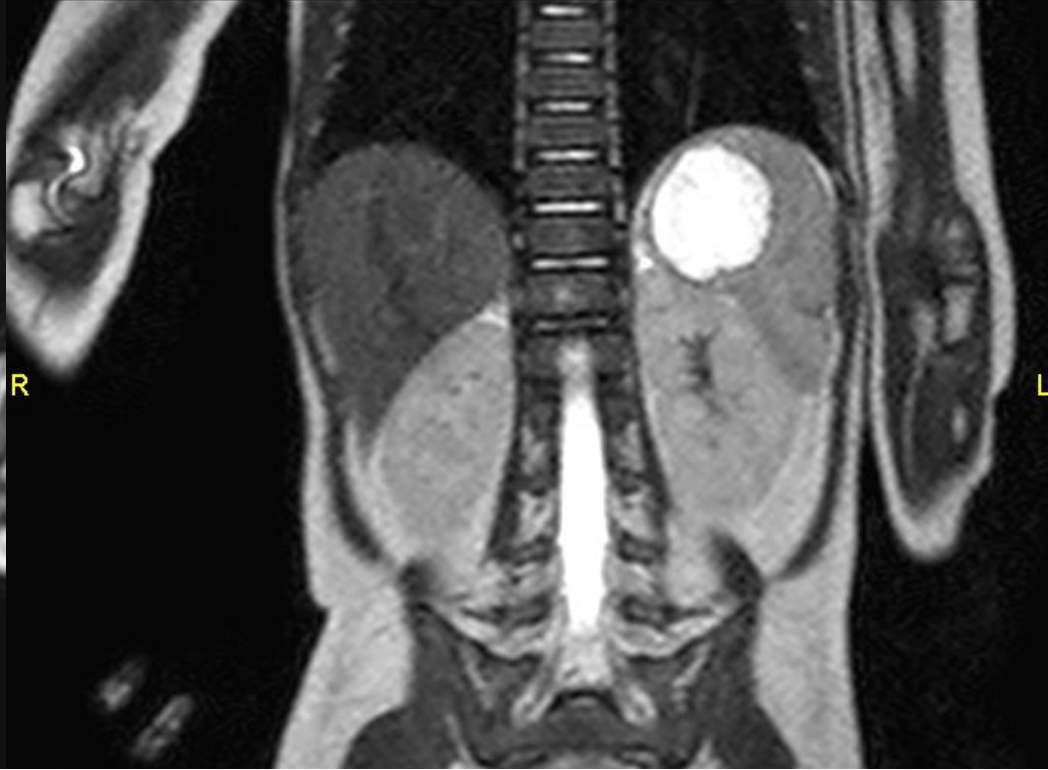
Pürülan Perikardit
Haemophilus influenzae tip b

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Görüntüleme



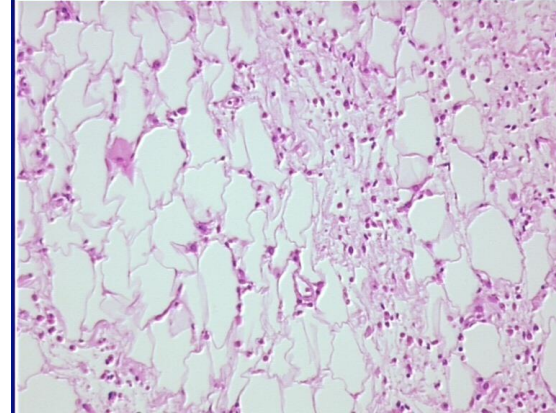
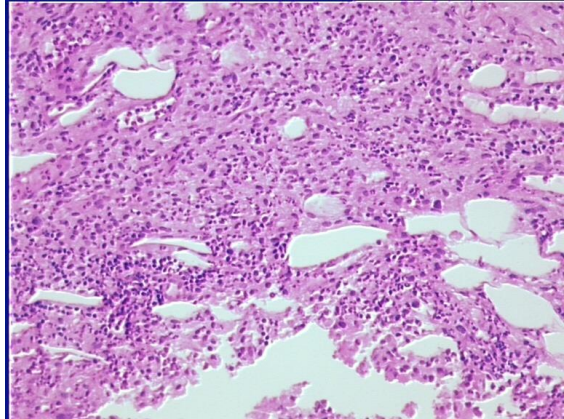
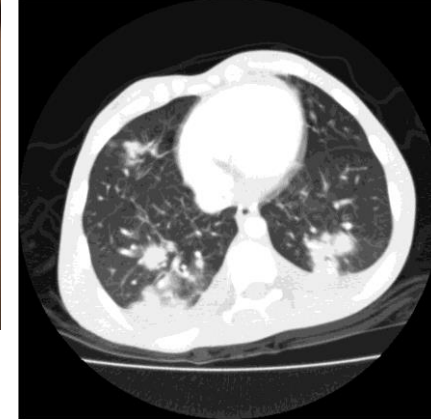
Dalak absesi
Kültürde üreme yok



Pannikülit

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Biyopsi



Cilt Biyopsisi

Sweet Sendromu

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Tanıya Giden Yol

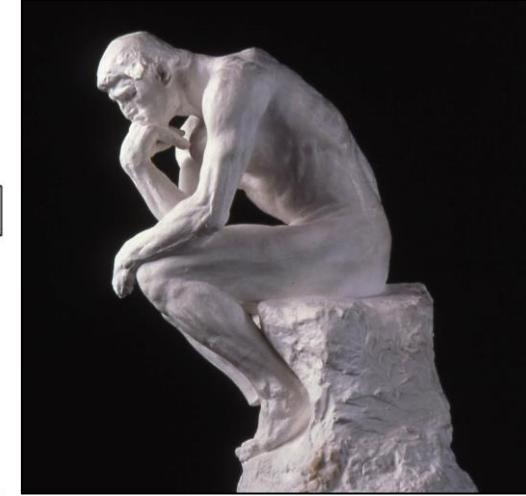
- Hastanın başvuru yakınmaları ve bulguları**
- Eşlik eden semptomlar**
- Coğrafi bölge**
- Çevresel maruziyet**
- Deneyimli bir hekim değerlendirmesi**
- Mevcut test olanaklarının kullanılması**

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Taniya Giden Yol

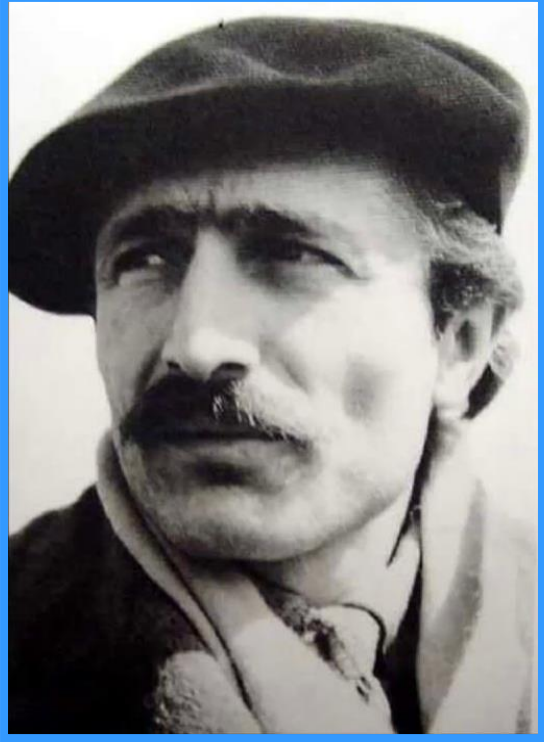
Common Causes of Pediatric FUO

Infectious			Non-Infectious		
Bacterial	Viral	Other	Oncologic	Autoimmune	Other
Abscess	Adenovirus	Blastomycosis	Leukemia	Behcet Disease	Diabetes
Bartonella	Arbovirus	Cryptosporidium	Lymphoma	Inflammatory Bowel Disease	Insipidus
Brucellosis	Cytomegalovirus	Ehrlichiosis	Langerhans Cell Histiocytosis	Hyperthyroidism	Drug Fever
Leptospirosis	Enterovirus	Histoplasmosis	Neuroblastoma	Granulomatosis (with polyangitis)	Factitious Fever
Mastoiditis	Epstein-Barr Virus	Leishmaniasis	Hemophagocytic Lymphohistiocytosis	Juvenile Idiopathic Arthritis	Familial Dysautonomia
Mycoplasma	Hepatitis Viruses	Lymphogranuloma Venereum		Kawasaki Disease	Periodic Fever Syndromes
Osteomyelitis	Herpes Simplex Virus	Malaria		Polyarteritis Nodosa	Pancreatitis
Pyelonephritis		Psittacosis		Sarcoidosis	Serum Sickness
Rat Bite Fever	Human Immunodeficiency Virus	Q Fever		Systemic Lupus Erythematosus	Cyclic neutropenia
Salmonellosis		Rocky Mountain Spotted Fever		Antiphospholipid Antibody Syndrome	Kikuchi-Fujimoto Disease
Sinusitis		Toxoplasmosis		Subacute thyroiditis	
Tuberculosis	Picornavirus	Visceral larva migrans			
Tularemia					
Non-Tuberculous Mycobacteria					



NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Tarıya Giden Yol



Damla kendini tamamlayınca damlar.