



ATEŞ ve TEDAVİSİ

Prof. Dr. Ergin ÇİFTÇİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

www.erginciftci.com

Ates

The image features the word "Ates" in a bold, red, gothic-style font. The letters are thick and have a classic, ornate appearance. The word is centered horizontally. On either side of the word, there are vertical, stylized flames in shades of yellow and orange, appearing to rise from the bottom. The entire composition is set against a solid black background.





THE OFFICIAL NEWSMAGAZINE OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

AAP News

Volume 32 • Number 3
March 2011
www.aapnews.org

Fighting 'fever phobia'

Fever, in and of itself, is not known to endanger a generally healthy child and actually may be beneficial. Still, many caregivers panic when they see the number on the thermometer rise past 98.6 degrees and rush to give their child acetaminophen or ibuprofen.

A new AAP clinical report addresses the state of knowledge

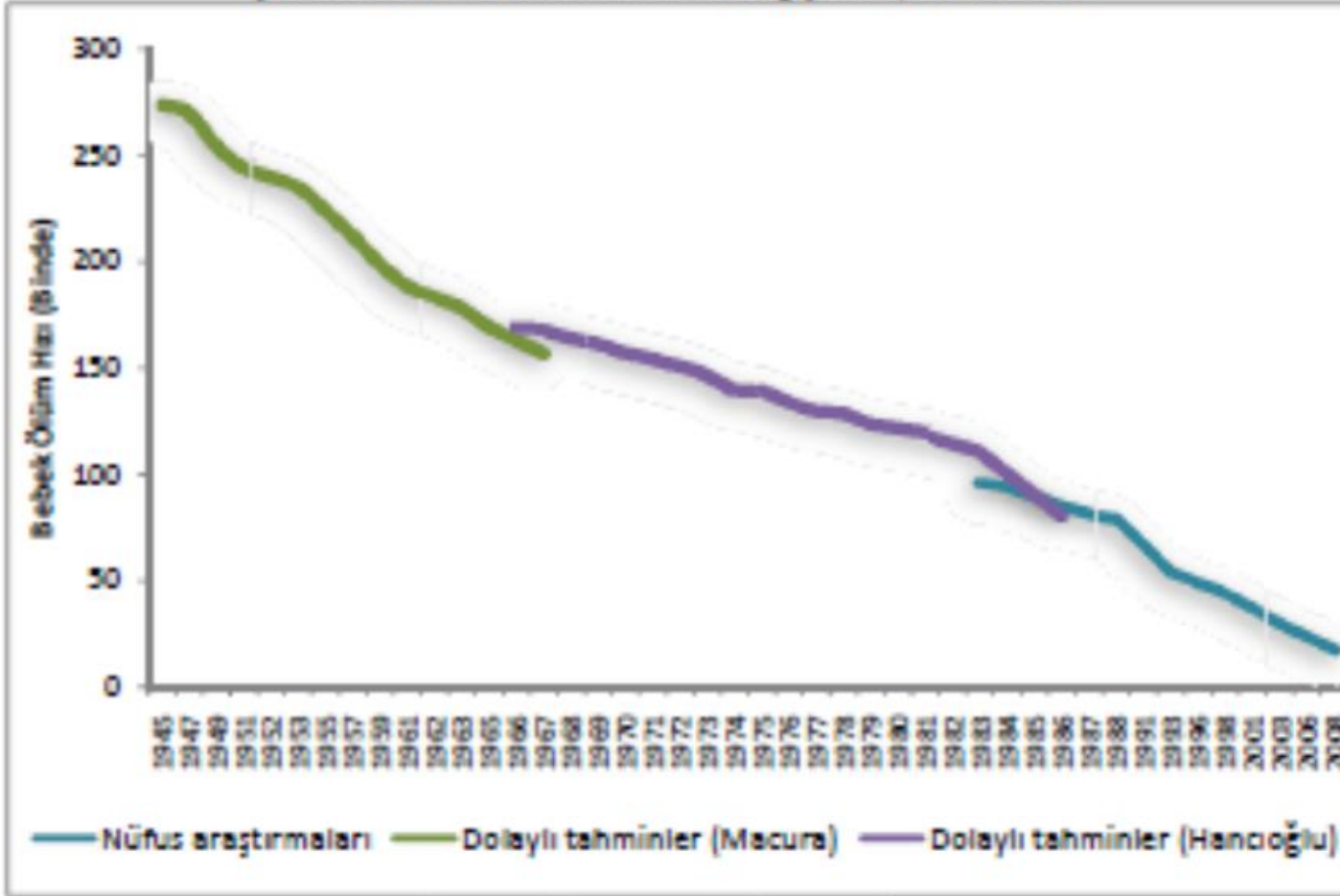
about antipyretic usage in children, including common concerns, indications, treatment goals, single or combination therapy, and instructions for caregivers. It also highlights the need to educate patients and families about fever and "fever phobia."

See story on page 8.



Türkiye’de bebek ve çocuk ölümleri

Şekil 28. Bebek ölüm hızındaki değişimler, 1945-2008¹¹

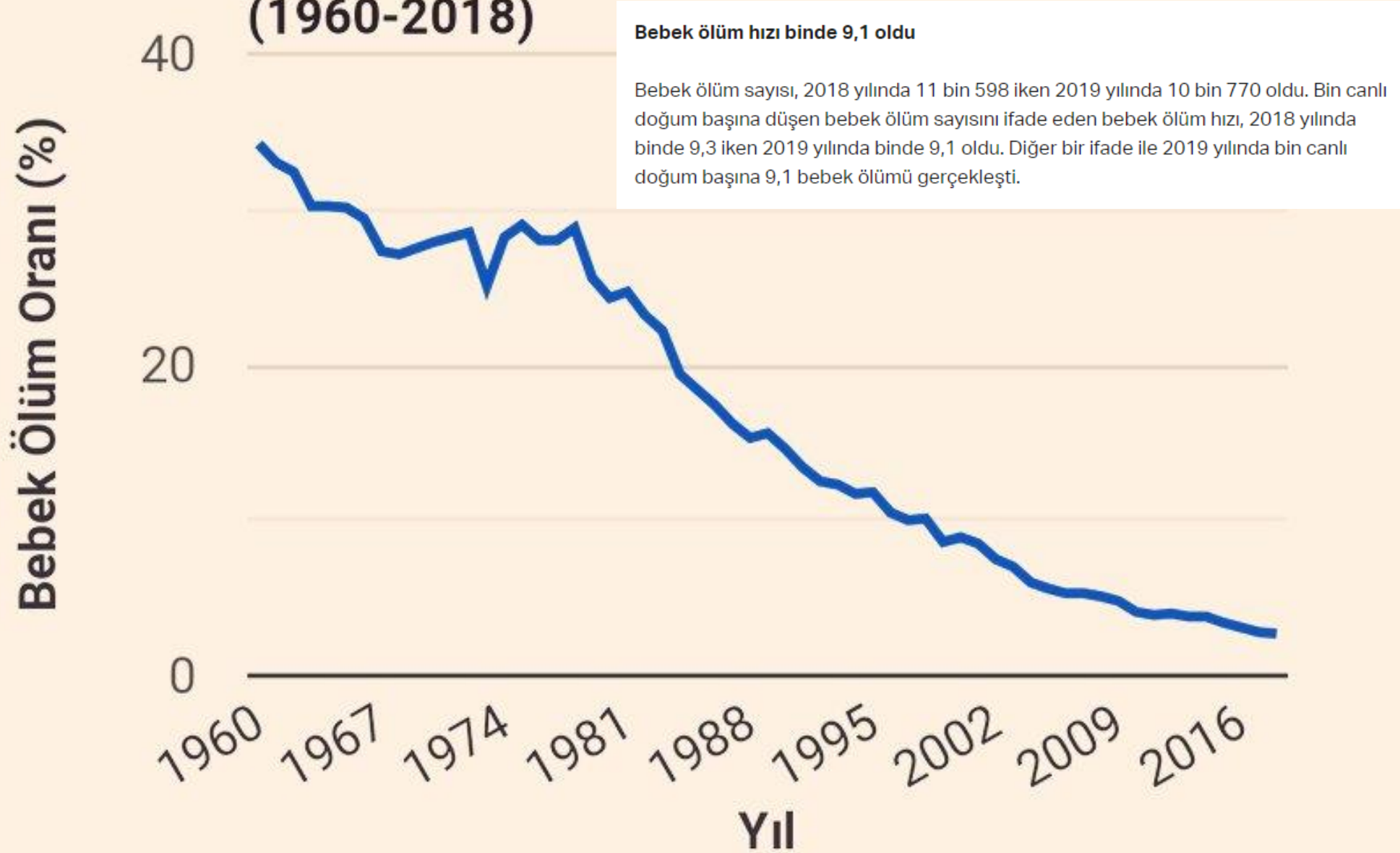


Kaynak: Hancıoğlu, 1991; Yüksel, 2008; HÜNEE, 2009

Türkiye’de ölümler açısından son yıllara kadar en temel konu bebek ve çocuk ölümleri oldu. Ekonomik kalkınma seviyesinin çok gerisinde bir seyir izleyen bebek ölümleri ancak son yıllarda bir iyileşme göstererek, bölgedeki diğer ülkelerin seviyesine yaklaşmaya başladı.

GRAFİK: İ. Koç, M. A. Eryurt, T. Adalı, P. Seçkiner, 2010, s.45

Grafik 4d: Yıllara Göre Türkiyede Ölümler İçinde Bebek (0 Yaş) Ölüm Oranı (%) (1960-2018)

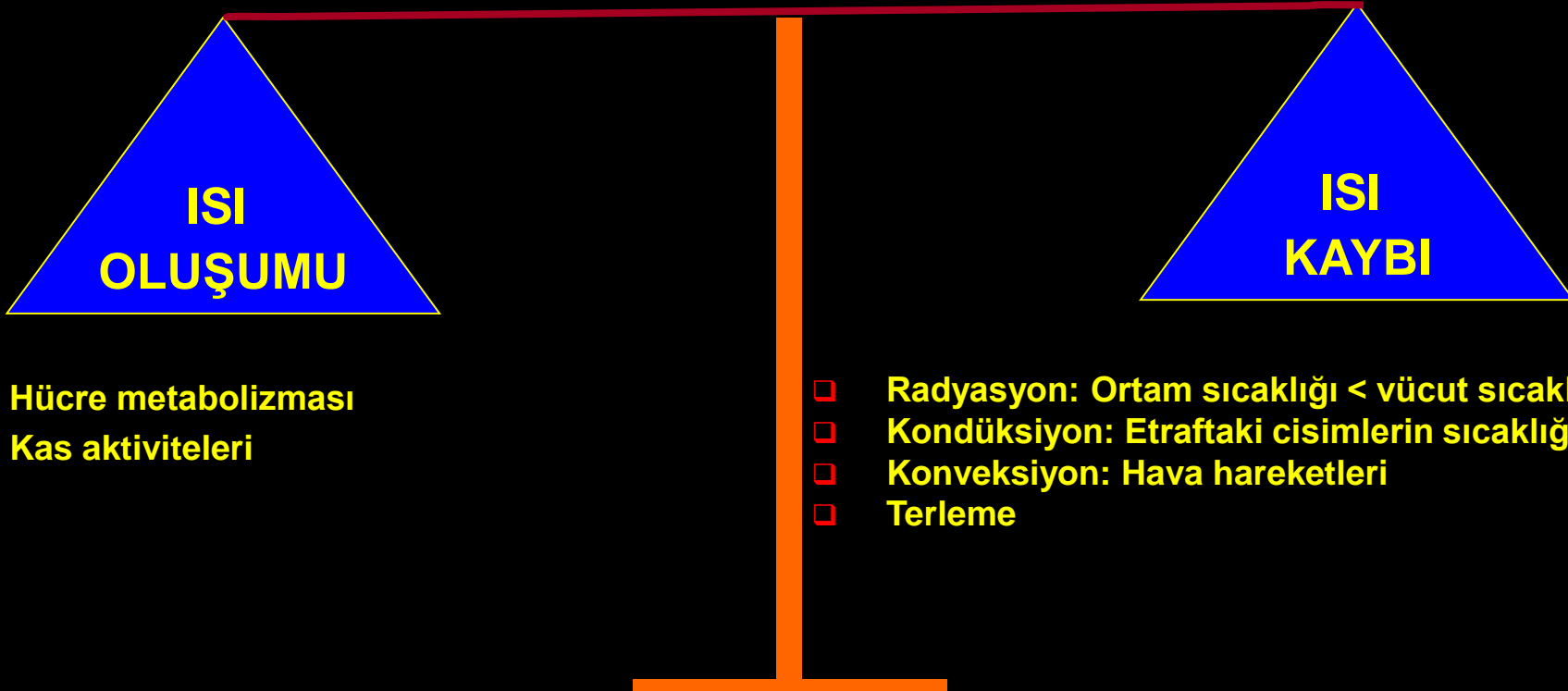


ATEŞ NEDİR?

Vücut sıcaklığının kontrollü bir biçimde normalin üstüne çıkmasıdır.

TERMOREGÜLASYON

Vücut iç sıcaklığının dengeli bir şekilde sabit tutulmasıdır

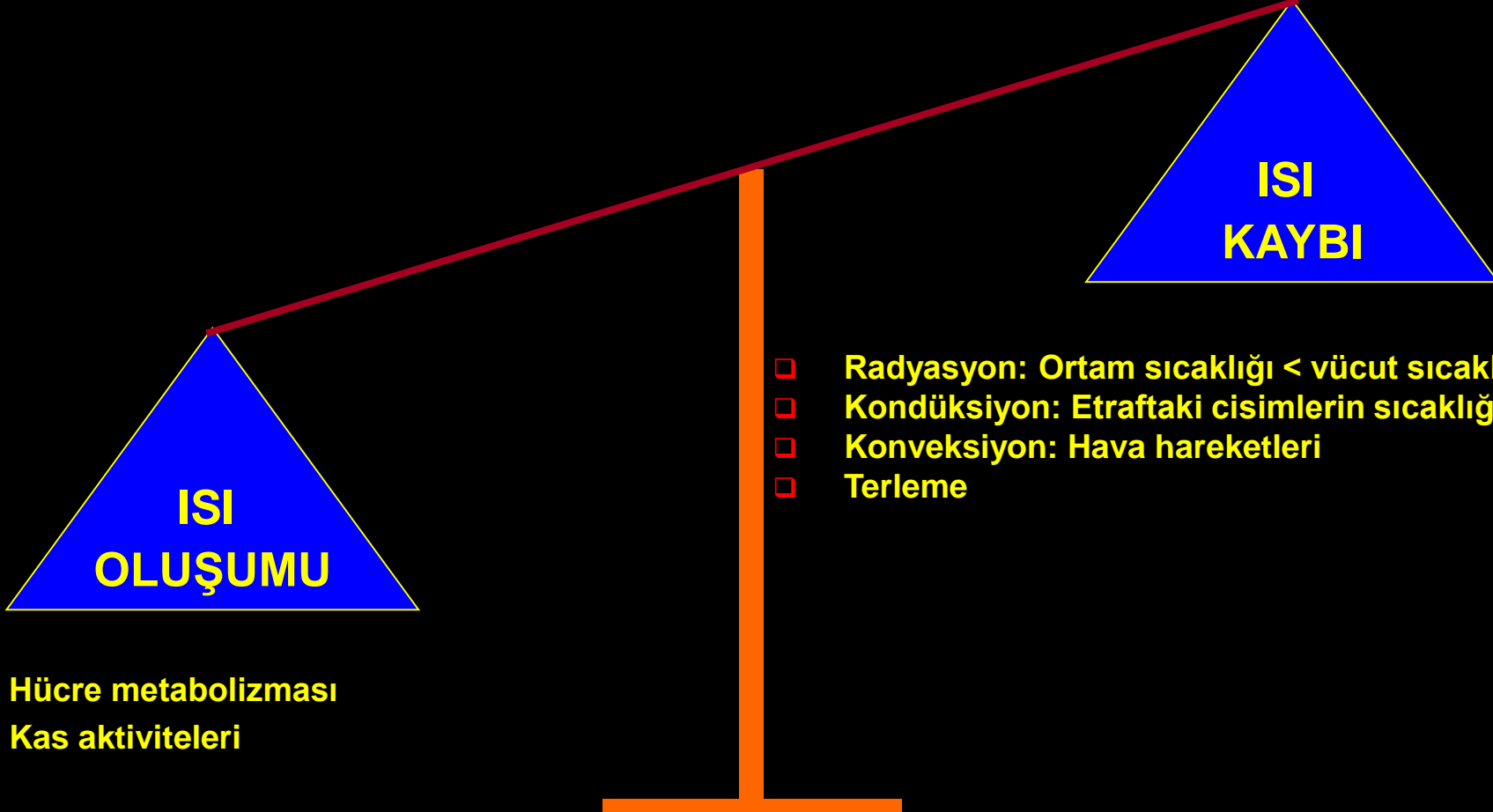


- ❑ Hücre metabolizması
- ❑ Kas aktiviteleri

- ❑ Radyasyon: Ortam sıcaklığı < vücut sıcaklığı
- ❑ Kondüksiyon: Etraftaki cisimlerin sıcaklığı < vücut sıcaklığı
- ❑ Konveksiyon: Hava hareketleri
- ❑ Terleme

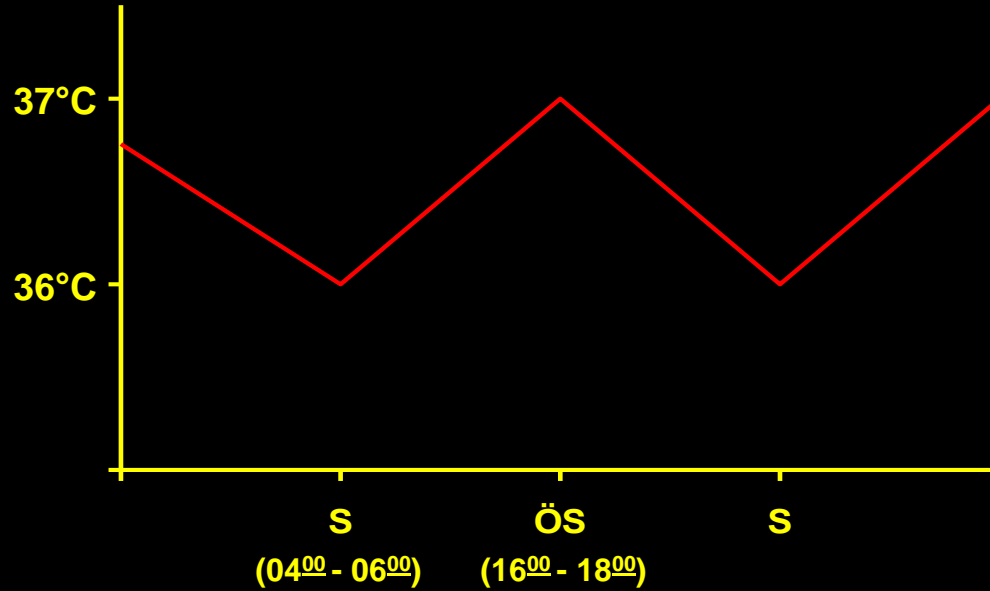
ATEŞ

Ateş dengenin ısı oluşumu lehine bozulmasıdır.



VÜCUT SICAKLIĞININ DİJURNAL RİTMİ

Sabah-akşam saatleri arasındaki fark ortalama: $0.9-1.1^{\circ}\text{C}$
İlk 2 yaşta bu fark belirgin değil
6 ay-2 yaş $\rightarrow 0.6^{\circ}\text{C}$ fark



Ođlum
cennete
geldik
galiba!

Kesin
cennetteyiz
lan!

Sıcak.

Ooof
of-





HEMŞİRELİK BÖLÜMÜNDEN
DERECE İLE MEZUN OLDUM.

BALTAYLA MI
MEZUN OLACAKTIN?..
HEMŞİRESİN, DERECEYLE
OLACAN TABİ HAH HAH
HAH!

BANA DAHA İYİ
KALPLI, TATLI Bİ KIZ
LAZIM...BU KÜFREDİYOR



TERMOMETRELER

❑ Civalı termometreler



❑ Dijital Termometreler

- ❑ Dijital çok amaçlı termometre
- ❑ Temporal arter termometresi
- ❑ Timpanik termometre



❑ Plastik Şerit Termometreler

❑ Giyilebilir Termometreler



VÜCUT SICAKLIĞININ HANGİ DEĞERLERİN ÜSTÜNE ÇIKMASI ATEŞ OLARAK KABUL EDİLİR?

- **Aksiller** > 37.2°C
- **Oral** > 37.8°C
- **Rektal** ≥ 38°C
- **Timpanik** > 38°C (Rektal mod) >37.5°C (Oral mod)
- **Alın** > 38°C

DOLAŞIM

Davranış değişikliği

Korteks

ENDOJEN
PİROJENLER

HİPOTALAMUS

Monosit, makrofaj, nötrofil,
lenfosit, endotel, glial
hücreler, mezankimal
hücreler

PGE₂

TERMOREGÜLATUAR
NÖRONLAR

[Ayar noktasının (set
point) yükselmesi]

Periferal efferentler

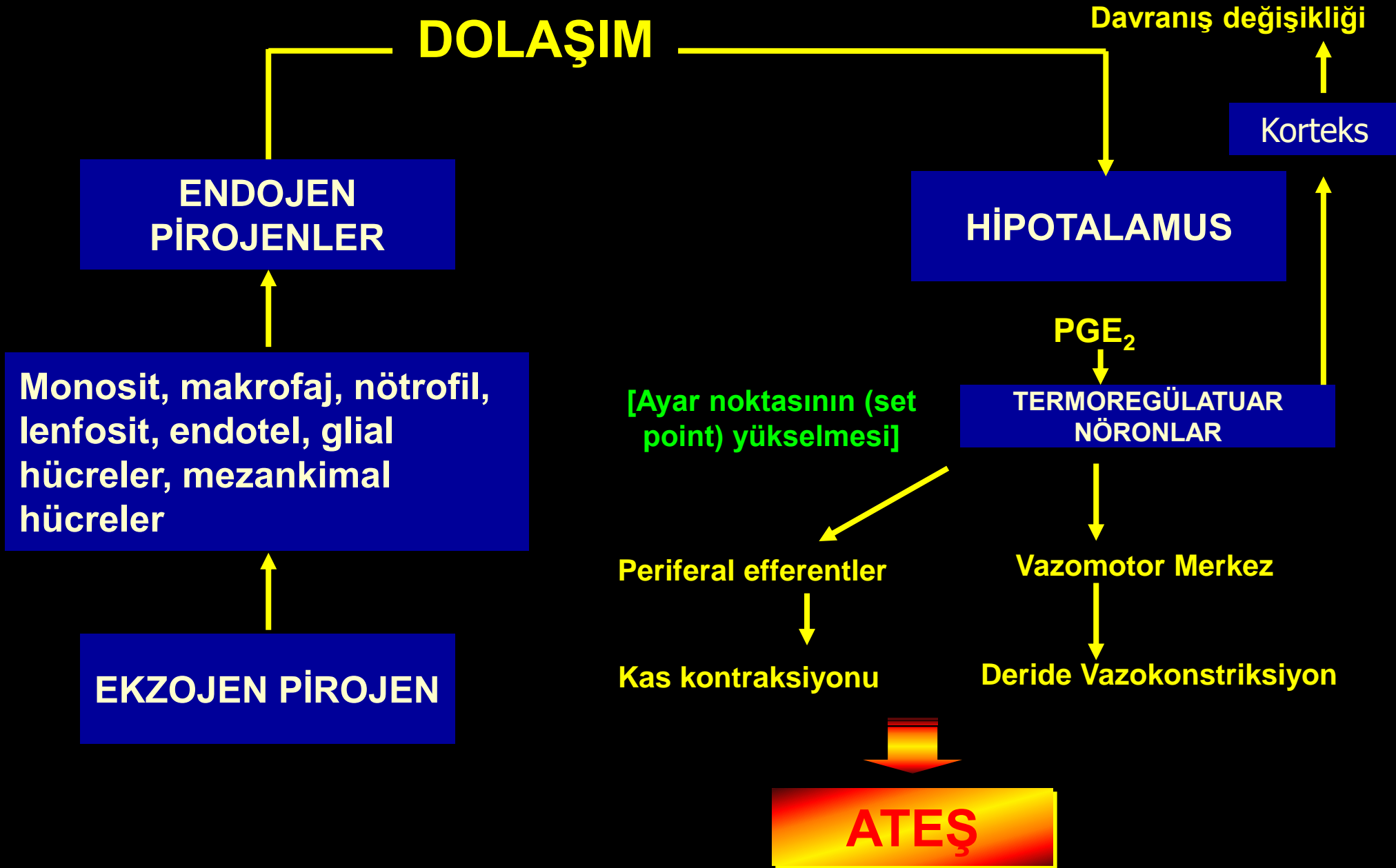
Vazomotor Merkez

EKZOJEN PİROJEN

Kas kontraksiyonu

Deride Vazokonstriksiyon

ATEŞ



AZ BIŞEY YAKTIK 400 GELMİŞ,
NE YAKTIK KI'?

NE DİYOSUN?



NE BİLİM?!

Ateş, vücudun zararlı etkenlere karşı geliştirdiği adaptif bir yanıttır

Vücut sıcaklığı arttığında;

- 1. İnflamasyon sistemi daha iyi çalışır**
- 2. Mikrobiyal çoğalma hızı azalır**

ATEŞ, ORGANİZMANIN YARARINA İŞLEV GÖRÜR

BU DÜNYAMIZ
CEHENNEMİN TA KENDİSİ
DOSTUM...

Kabullenemedi
bi türlü!



ATEŞİN NEDEN OLDUĐU DEĐİŐİKLİKLER

Metabolik hızda artma

Oksijen tüketimde artma

Karbondiyoksit üretiminde artma

Kardiyak output artışı

Solunum iş yükünde artma

Konvülsiyon eşğinde düşme



Ouuu...
Bu hakaten
canımı
yakacak.

ATEŞİN TEDAVİSİ

DESTEK TEDAVİSİ

Ortam sıcaklığının ayarlanması

İnce ve gevşek giysi giydirilmesi

Bol su verilmesi

Suuuu...
Suuuuuu...

Fahriiii!
Kim lan bu Su? Eski
sevgilin mi yoksa?!

Eyvaaah,
susuzluk
etkisini
göstermeye
başladı.

ERDİN

ATEŞİN TEDAVİSİ

DESTEK TEDAVİSİ

Ortam sıcaklığının ayarlanması

İnce ve gevşek giysi giydirilmesi

Bol su verilmesi

Yeterli kalori alımının sağlanması

Ilık su ile pansuman ve banyo

Söylee! Nasıl soktun
bunu içeri?!





Fever! Fever! Fever!

Clinical report addresses educating parents to reduce ‘fever phobia’

by Hank Farrar, M.D., FAAP, and
Janice E. Sullivan, M.D., FAAP

It is 3 a.m. and you get your third call of the night about a child with fever. A parent asks about giving antipyretics prior to routine immunizations. You are educating first-time parents about fever prior to discharge of their infant from the newborn nursery. These scenarios are common in everyday practice.



Fever accounts for one-third of all presenting conditions in children. What guidance is available to pediatricians and pediatric health care providers regarding fever treatment or prophylaxis and education for parents/caregivers?

A new AAP clinical report, *Fever and Antipyretic Use in Children*, summarizes recommendations and controversies related to the use of antipyretics in pediatrics (*Pediatrics*. 2011;127:580-587). The report, from the AAP Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics and the Committee on Drugs, addresses the state of knowledge about antipyretic usage in pediatric patients, including common concerns, indications, treatment goals, single or combination therapy, and instructions for caregivers. Limited evidence-based information is available regarding antipyretic therapy, combination therapy and the role of fever in the natural history of an illness.

Need to educate

The report highlights the need to educate patients and families about fever and “fever phobia.”

Fever is a physiological mechanism that has beneficial effects in fighting infection. Fever, in and of itself, is not known to endanger



Although many parents administer antipyretics to a child with minimal or no fever, this report emphasizes that the primary goal of treating the febrile child should be improvement of the child's overall comfort rather than normalization of body temperature.

of an illness or that it causes long-term neurological complications. Possible exceptions may be children with certain underlying chronic disease (i.e., myocardial dysfunction or heart failure) or acute illness (i.e., acute myocarditis, shock, etc.) that may result in limited tolerance of the increased metabolic demands caused by a fever.

Many physicians continue to encourage the use of antipyretics, believing that most benefits result from improved comfort and the accompanying improvements in activity and feeding, less irritability, and a more reliable sense of the child's overall clinical condition.

Çocuklarda ateş tedavisinde birinci basamak ilaç parasetamoldür.

T.C. Sağlık Bakanlığı
Kanıta Dayalı Tıp Rehberi



İlaç tedavisi

Antipiretik ilaçlar sadece gerektiği durumda kullanılmalıdır.

Birinci basamak ilaç parasetamoldür.

Tek doz 15 mg/kg, maksimum doz 60 mg/kg/24 saat. İlaç uygulandıktan sonra bir iki saat içinde sıcaklık 1,5 °C azalır. Etki süresi 5–6 saattir.

Çocuklarda kullanım için uygun diğer antipiretikler: İbuprofen (>6 kg) ve naproksen (>12 ay).

Bunların antipiretik etkisi en az parasetamol kadar iyidir ve etki süresi daha uzundur.

Aspirin (asetilsalisilik asit) çocuklarda antipiretik ilaç olarak kullanılmamalıdır; çünkü kullanımı Reye sendromu riskini artırır.

ATEŞİN TEDAVİSİ

ANTİPİRETİK İLAÇ TEDAVİSİ

Parasetamol 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saatte bir

ATEŞİN TEDAVİSİ

ANTİPİRETİK İLAÇ TEDAVİSİ

Parasetamol 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saatte bir

İbuprofen 5-10 mg/kg/doz, 6-8 saatte bir

	Parasetamol ^{1,2}	Ibuprofen ³⁻⁶
Endikasyon	Çocuklarda hafif ve orta şiddetli ağrılar ile ateşin semptomatik tedavisi	6 ay ve üzerindeki çocuklarda ateşin düşürülmesi ve hafif ve orta derecedeki ağrıların giderilmesi amacıyla kısa süreli olarak
Yaş	3 ay ve üzeri çocuklarda ^{1*}	6 ay ve üzeri çocuklarda (> 7 kg)
GİS yan etkiler	Yaygın: Bulantı, diyare, dispepsi, flatulans, karın ağrısı, konstipasyon, kusma	Yaygın: Dispepsi, diyare, bulantı, kusma, abdominal ağrı, flatulans, konstipasyon, melana, hematemez, gastrointestinal hemoraji^{2*}
Astımlı çocuklarda	Çok seyrek: Bronkospazm ^{3*}	Geçmişinde veya halen bronşiyal astım öyküsü bulunan hastalarda bronkospazm gelişmesini tetikleyebilir. ^{3*}
Kanama zamanı	Parasetamol ile varfarin veya kumarin (antikoagülant) türevleri arasındaki etkileşimler, INR* değerinde bir artışa ve kanama riskinde bir artışa neden olabilir. ^{4*}	Diğer NSAİİ'ler gibi, trombosit agregasyonunun inhibe edebilir ve kanama zamanını uzatabilir.

ATEŞİN TEDAVİSİ

ANTİPİRETİK İLAÇ TEDAVİSİ

Parasetamol 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saatte bir

İbuprofen 5-10 mg/kg/doz, 6-8 saatte bir

Ketoprofen

Aspirin

Metamizol

Nimesulid

Specific recommendations	AAP ²	SIP ²⁷	South- Africa ³⁰	NICE ⁴⁴	NSW ⁴⁷	SA ⁴⁸	WHO ⁴⁹
Age of target population	Not specified	0–18years	Not specified	<5years	1 month–5years	<3years	<5years
Indications and treatment goals							
Antipyretics are indicated to improve overall comfort of the febrile child	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Antipyretics should not be used with the aim of reducing body temperature	✓	✓	✓	✓	✓	nr	✓
Fever response to antipyretics is not a predictor of serious illness	nr	✓	✓	✓	✓	nr	nr
Antipyretics do not prevent febrile convulsions	✓	✓	✓	✓	nr	✓	nr
Antipyretics are not indicated to prevent vaccine reaction	✓	✓	✓	nr	nr	nr	nr
Antipyretics are not indicated to treat vaccine reaction	nr	nr	✓	nr	nr	nr	nr
Physical management							
The use of physical devices is not recommended	nr	✓	nr	nr	x*	nr	x†
Children with fever should not be under-dressed or over-wrapped	nr	✓	✓	✓	x*	nr	x†
The use of alcoholic baths is not an appropriate cooling method	✓	✓	nr	nr	✓	nr	nr
Tepid sponging is not recommended for the treatment of fever	✓	✓	✓	✓	✓	nr	nr
Pharmacological management							
Consider using either paracetamol or ibuprofen in children with fever who appear distressed	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paracetamol from the age of	3months‡	Birth§	3months	nr	Birth	Birth§	2months
Ibuprofen from the age of	6months	nr	3months	nr	6months		2months
Combination of paracetamol/ibuprofen is not recommended	x¶	✓	✓	✓	nr	✓	nr
Alternating paracetamol/ibuprofen is not recommended	x¶	✓	✓	x**	✓	x**	nr
Oral administration of paracetamol is preferred to rectal	nr	✓	nr	nr	nr	nr	nr
Rectal administration is allowed only if the oral is not feasible	nr	✓	nr	nr	nr	nr	nr

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

NICE
National Institute for
Health and Care Excellence



**World Health
Organization**



Società
Italiana di
Pediatria

ATEŞİN TEDAVİSİ

NEDENE YÖNELİK TEDAVİ

Enfeksiyonun tedavisi

Hastalığa özgü tedavi

ODAĞI BİLİNMEYEN AKUT ATEŞ

ATEŞLİ HASTA

Odak belli

Anamnez ve fizik muayene

Odak belli değil

Tedavi

Ciddi bakteriyel enfeksiyon yönünden risk taşıyor mu?

Toksik görünüm

**Yaş
Altta yatan hastalık**

**Laboratuvar
incelemeleri**

GROUP	MANAGEMENT
Any toxic-appearing child 0-36 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, broad cultures plus other tests,* parenteral antibiotics
Child <1 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, broad cultures plus other tests,* parenteral antibiotics
Child 1-3 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	<p>Two-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 Normal physical examination Normal laboratory studies Urine: negative leukocyte esterase, nitrite and <10 WBC/HPF Peripheral blood: $5,000-15,000$ WBC/mm^3; $<1,500$ bands or band: total neutrophil ratio <0.2 Stool studies if diarrhea (no RBC and <5 WBC/HPF) CSF cell count (<8 WBC/μL) and negative Gram stain Chest radiograph without infiltrate If child fulfills all low-risk criteria, administer no antibiotics, ensure follow-up in 24 hr and access to emergency care if child deteriorates. Daily follow-up should occur until blood, urine, and CSF cultures are final. If any cultures are positive, child returns for further evaluation and treatment. If child does not fulfill all low-risk criteria, hospitalize and administer parenteral antibiotics until all cultures are final and definitive diagnosis determined and treated
Child 3-36 mo and temperature $38-39^{\circ}\text{C}$ ($100.4-102.2^{\circ}\text{F}$)	Reassurance that diagnosis is likely self-limiting viral infection, but advise return with persistence of fever, temperatures $>39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F), and new signs and symptoms
Child 3-36 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 girls, all boys <6 mo old, all uncircumcised boys <2 yr, 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> 22:1198-1210, 1993.)</p>

*Other tests may include chest radiograph, stool studies, herpes simplex polymerase chain reaction.

CSF, cerebrospinal fluid; HPF, high-powered field; RBC, red blood cell; WBC, white blood cell.

GROUP	MANAGEMENT
Any toxic-appearing child 0-36 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, broad cultures plus other tests,* parenteral antibiotics
Child <1 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Hospitalize, broad cultures plus other tests,* parenteral antibiotics
Child 1-3 mo and temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100.4°F)	Two-step process 1. Determine risk based on history, physical examination, and laboratory studies. Low risk: <ul style="list-style-type: none"> • Uncomplicated medical history • Normal physical examination • Normal laboratory studies • Urine: negative leukocyte esterase, nitrite and <10 WBC/HPF • Peripheral blood: $5,000-15,000$ WBC/mm^3; $<1,500$ bands or band: total neutrophil ratio <0.2 • Stool studies if diarrhea (no RBC and <5 WBC/HPF) • CSF cell count (<8 WBC/μL) and negative Gram stain • Chest radiograph without infiltrate 2. If child fulfills all low-risk criteria, administer no antibiotics, ensure follow-up in 24 hr and access to emergency care if child deteriorates. Daily follow-up should occur until blood, urine, and CSF cultures are final. If any cultures are positive, child returns for further evaluation and treatment. If child does not fulfill all low-risk criteria, hospitalize and administer parenteral antibiotics until all cultures are final and definitive diagnosis determined and treated
Child 3-36 mo and temperature $38-39^{\circ}\text{C}$ ($100.4-102.2^{\circ}\text{F}$)	Reassurance that diagnosis is likely self-limiting viral infection, but advise return with persistence of fever, temperatures $>39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F), and new signs and symptoms
Child 3-36 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 girls, all boys <6 mo old, all uncircumcised boys <2 yr, 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> 22:1198-1210, 1993.)

*Other tests may include chest radiograph, stool studies, herpes simplex polymerase chain reaction.

CSF, cerebrospinal fluid; HPF, high-powered field; RBC, red blood cell; WBC, white blood cell.

NEDENİ BİLİNMEYEN **UZAMIŞ** ATEŞ

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

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

NEDENİ BİLİNMEYEN **UZAMIŞ** ATEŞİN NEDENLERİ

1. **Enfeksiyonlar**
2. **Kollajen-vasküler hastalıklar**
3. **Maligniteler**
4. **Diğer hastalıklar**
5. **Tanı konulamayanlar**

 **Onur Canik** ▶ Tıpçı Yaylası - GRUP ...
Dün, 22:47 • 

← Tweet

 **canik** ^_(\ツ)_/~
@onurcanik10

tıp fakültelerinde ciddi ciddi
"NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞİN
NEDENLERİ" diye ders var. tweet
bitti bu kadar

15:14 · 25 Eyl 17

10 Retweet 185 Beğeni

   Sen, Halil Ibrahim Kurgan ve 149 diğer kişi

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ Çocuklarda Nedenler

YAZAR Hasta sayısı	Enfeksiyonlar	Malignite	KDH	Diğer	Tanı 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

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 Muayene Bulguları



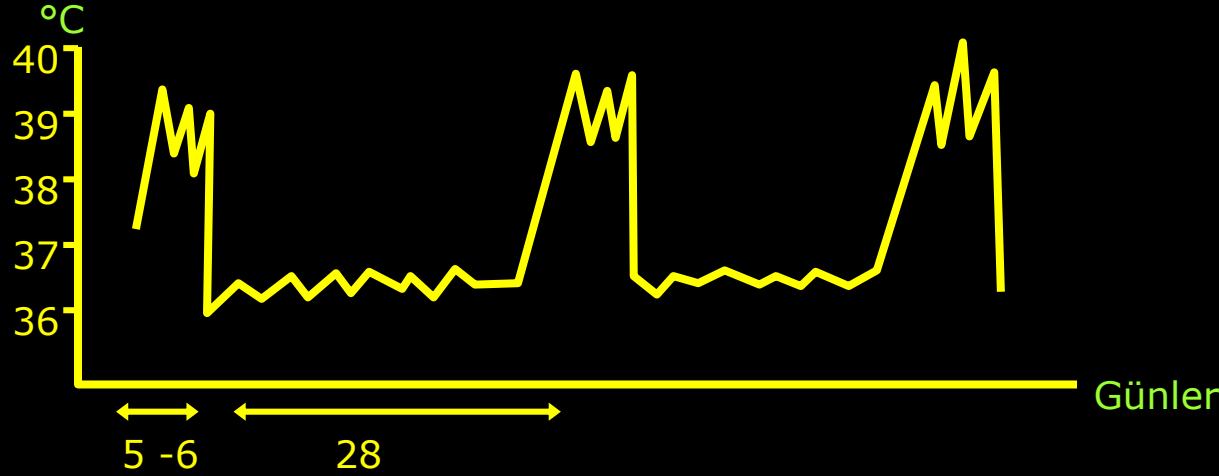
Kawasaki Hastalığı

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Arşivi**

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ

Muayene Bulguları

ATEŞ ÇİZELGESİ



PFAPA Sendromu

Türk Pediyatri 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 ağzında yaralar çıkması yakınmalarıyla başvuran iki beş yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın öyküsünden atakların 28 günde bir yinelenmesi ve 5-6 günde kendiliğinden düzeldiği öğrenildi. Anak sırasında akut faz reaksiyonlarının yüksekliği 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 prednizolon ile dramatik biçimde düzeldi. İzlemede 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

Ateş \geq 8 Gün

Hasta iyi görünüyor

Evet

Hayır

İLK ETAP

HASTANEYE YATIR

Gereksiz tedavileri kes

Kan sayımı ve formül

BFT, elektrolitler, glukoz

Transaminazlar

İdrar incelemesi

Gerekiyorsa görüntüleme yap

Gözlem ve muayeneye devam et

Gereksiz tedavileri kes

Kan sayımı ve formül

BFT, elektrolitler, glukoz

Transaminazlar

İdrar incelemesi

Gerekiyorsa 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)
Ampririk 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

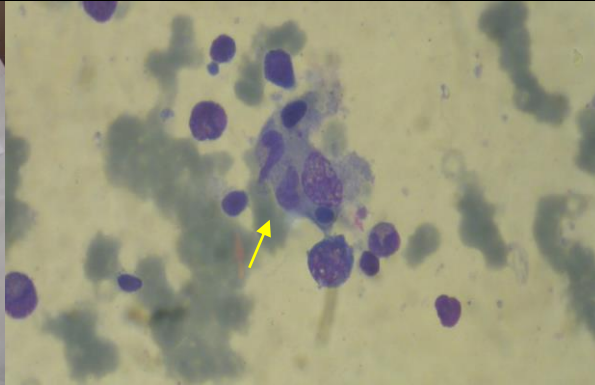
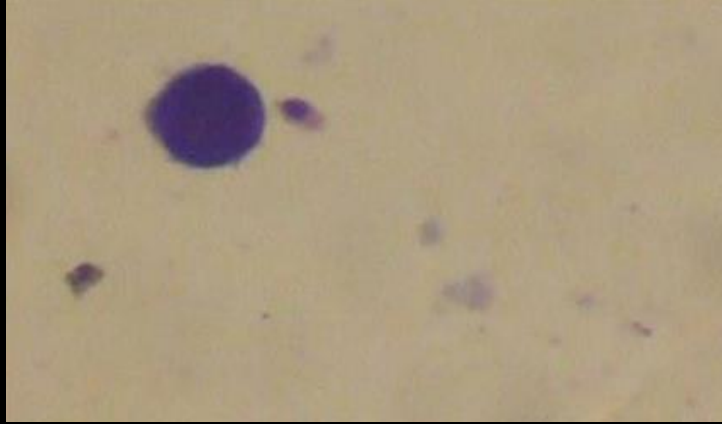
İmmünglobulinler
Lenfosit markerları
Antikorlar (aşıllara karşı)

Neden saptanamadı

Uzmanla danış
Üçüncü basamak merkeze sevk

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

NEDENİ BİLİNMEYEN UZAMIŞ ATEŞ Biyopsi



Kala Azar

Case Report

Hemophagocytic Lymphohistiocytosis Associated with Visceral Leishmaniasis

by Anil Tapisiz, Nurşen Belet, Ergin 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

BİZ DE ALDIK
ÇOCUĞU HASTANEYE
GÖTÜRDÜK. 40
DERECE ATEŞİ
ÇIKMIŞTI!

BİZ BÖYLE
DERECE DEDİĞİMİZ
İÇİN BOZULMALIYO -
SUN DI MI
FAHRENAYT?



CIK!



NEDEN HİÇ
CENNETLİ KARİKATÜR
ÇİZİLMİYOR...

CENNETTE
KOMİK BİR ŞEY
OLMIYOR...

AMAAN... O
ZAMAN NE ANLADIM
ÖYLE CENNETTEN?

ATTIYORUM
BİR ODLUN DAHA...

E HADI
AT MADEM...

