



II. ULUSAL DİYABETİK AYAK İNFEKSİYONLARI SİMPOZYUMU

OLGU SUNUMU



Dr.Şua Sümer

Selçuk Üniversitesi

Selçuklu Tıp Fakültesi

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
KONYA

- ◉ 49 yaşında, erkek hasta
- ◉ Sol ayakta şişlik, kızarıklık
- ◉ Sol ayak altında siyah renkte yara
- ◉ Sağ ayak 2. ve 3. parmaklarda siyah renkte yara
- ◉ Titreme
- ◉ Ateş

Acil servise başvurmuş

ANAMNEZİNDE:

- ◉ Şikayetleri 4 gün önce başlamış
- ◉ Bilinen bir travma öyküsü yok
- ◉ Önce sol ayağında şişlik ve kızarıklık
- ◉ Sonra sol ayak altında yara oluşmuş
- ◉ Yara önce sulu ve akıntılı, sonra siyah görünüm
- ◉ 4. günde titreme ile yükselen ateşi olmaya başlayınca hasta acil servise başvurmuş

- ◉ Özgeçmiş: Tip 2 DM (15 yıldır)
(3 yıldır insülin kullanıyor)
Diyabetik ayak inf. (birkaç kez
ayaktan tedavi görmüş)
- ◉ Soygeçmiş: Özellik yok

ACİL SERVİSTE YAPILAN FİZİK MUAYENEDE...

- ◉ Ateş: 38°C
- ◉ Nabız: 110/dak.
- ◉ Tansiyon arteriyel: 90/50 mmHg

- ◉ Şuuru açık ve koopere, obes görünümde
- ◉ Her iki bacakta da nabızları (+)
- ◉ Sol bacakta 3+ pretibial ödem (+)
- ◉ Her iki ayakta Charcot eklem deformitesi (+)

© Sol ayak; Şiş

Kızarık

Tabanında yaklaşık 10x5 cm nekrotik yara

Medial malleolde nekroze yara

Ayakta deskuamasyon

Parmak aralarında tinea pedis



- © Sağ ayak;2. ve 3. parmaklarda nekrotik yara
Ayakta deskuamasyon
Parmak aralarında tinea pedis



ACİL SERVİSTE İSTENEN TETKİKLERİNDE...

○Biyokimyasal tetkikler;

- Glukoz: **568 mg/dl** (70-110 mg/dl)
- Üre: **71 mg/dl** (18-55 mg/dl)
- Kreatinin: **1.8 mg/dl** (0.7-1.2 mg/dl)
- Total protein: **5.2 g/dl** (6.4-8.3 g/dl)
- Albümin: **2.7 g/dl** (3.4-4.8 g/dl)
- CRP düzeyi: **>218 mg/L** (0-5 mg/L)
- Prokalsitonin: **92 ng/ml** (0-0.1 ng/ml)

○Tam idrar tetkikinde;

- Şeker **4+**

PEDİS SINIFLAMASI

◉ **P**erfusion (perfüzyon)

Evre 1: Dermisden daha derin dokular sağlam

Evre 2: Dermin tutulumu var
Dermin altında tutulum

Evre 1: Duyu kaybı (-)

Evre 2: Duyu kaybı (+)

Yaranın Klinik Özellikleri

İnfeksiyonun Derecesi

PEDİS

İnflamasyon bulguları (+) (eritem, ağrı, indürasyon, duyarlılık, ısı artışı), pürülan akıntı (-)

1

İki veya daha fazla eritemli alan, ancak büyüklükleri 2 cm²'yi aşmamış ülsere lezyon, infeksiyon deri ve/veya yüzeysel cilt altı doku ile sınırlı. Lokal veya sistemik belirti yok.

2

Sistemik olarak iyi durumda, metabolik olarak stabil infekte ayak yarası ve aşağıdaki bulgulardan en az biri olan hasta; 2 cm²'den büyük selülit, lenfanjit, gangren, yumuşak dokuda abse ve fascia altına yayılmış kas, tendon, eklem ve/veya kemiği içeren infeksiyon bulguları (-))

3

SIRS bulguları bulunan ve/veya metabolik olarak stabil olmayan infekte ayak yarası bulunan hasta (ateş veya hipotermi, taşikardi, hipotansiyon, lökositoz veya lökopeni, asidoz vb.)

4



© Acil serviste hasta;

- Endokrinoloji Kliniği,
- Plastik Cerrahi Kliniği,
- Kalp Damar Cerrahisi Kliniği,
- Ortopedi Kliniği

ile konsülte edildi.

Hasta kliniğimize;
DIYABETİK AYAK İNFEKSİYONU ve **SEPSİS**
tanıları ile yatırıldı

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 1.GÜNÜ;

- ◉ Plastik Cerrahi Kliniği tarafından ameliyathane şartlarında debridmanı yapıldı
- ◉ Kültürleri (kan, idrar, yara) alındı
- ◉ Sıvı tedavisi düzenlendi
- ◉ Endokrinoloji Kliniği tarafından hastaya 4'lü insülin tedavisi başlandı

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 1.GÜNÜ;

- Kalp Damar Cerrahisi tarafından doppler USG ile değerlendirilen hastada ciddi bir arteriyel tıkanıklık tespit edilmedi
- Nöroloji konsültasyonunda periferik nöropati tespit edildi
- **ANTİBİYOTİK SEÇİMİ.....**

- Dirençli bakteri izolasyonu için risk faktörü var mı?
- MRSA için risk faktörü var mı?
- Etken olabilecek mikroorganizmanın ulusal verilere göre değerlendirilmesi

○ Etken olabilecek mikroorganizmanın ulusal verilere göre değerlendirilmesi

- Gram pozitif ?
- Gram negatif ?
- Miks infeksiyon ?

Şerefhanoglu K, ve ark. Ankem Derg 2006;20(2):85-8.
Örmen B, ve ark. İnfeksiyon Derg 2007;21(2):65-9.
Ertuğrul MB, et al. J Am Podiatr Med Assoc 2008;98(4):290-5.
Richard JL, et al. Diabetes Metab 2008;34:363-9.
Crouzet J, et al. Int J Infect Dis 2011;15(9):601-10.

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 1.GÜNÜ;

- ◉ Dirençli bakterilere etkin olabilecek geniş spektrumlu antibiyotik seçimi uygun görüldü
- ◉ Hastaya kreatinin klirensine göre; **İMİPENEM** tedavisi başlandı.....

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 2.GÜNÜ;

- ◉ Kan şekeri 500 mg/dl'nin altına düşürülemediği için insülin infüzyonuna başlandı
- ◉ Biyokimyasal parametrelerde bozulmalar;
 - ◉ Üre: **135** mg/dl (**71** mg/dl) ,
 - ◉ Kreatinin: **3.1** mg/dl (**1.8** mg/dl)
 - ◉ ALT: **65** U/L (0-55 U/L),
 - ◉ AST: **217** U/L (5-34 U/L)
 - ◉ Na: **125** mEq/L (136-145 mEq/L)
 - ◉ K: **5.7** mEq/L (3.5-5.1 mEq/L)
- ◉ Plastik Cerrahi Kliniği'nin günlük debridmanları devam etti

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 3.GÜNÜ;

- ◉ İmipenem tedavisinin 3. günü...
- ◉ Hastanın;
 - Genel durum bozukluğu devam ediyor
 - Ateşi kontrol altına alındı
 - Kan şekerleri kontrol altına alınamadı
 - CRP düzeyi: **>218** mg/L (**>218** mg/L)
 - Prokalsitonin: **100** ng/ml (**92** ng/ml)

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 3.GÜNÜ;

- ◉ Yara kültürü: Üreme olmadı
- ◉ İdrar kültürü: Üreme olmadı
- ◉ Kan kültürleri: Bekliyor

- ◉ HbA1c: 14.2 (4-6)

- ◉ Tedaviye **LINEZOLID** eklendi....

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 4.GÜNÜ;

- ◉ İmipenemin 4. ve linezolidin 1. günü....
- ◉ Günlük pansumanlar ve seri debridmanlar devam ediyor...
- ◉ Amputasyon düşünülmedi...

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 6.GÜNÜ;

- ◉ İmipenemin 6. ve linezolidin 3. günü...
- ◉ Tetkiklerinde;
 - Üre: **102** mg/dl (**135** mg/dl) ,
 - Kreatinin: **2.1** mg/dl (**3.1** mg/dl)
 - ALT: **29** U/L (**65** U/L),
 - AST: **57** U/L (**217** U/L)
- ◉ İnsülin infüzyonunun dozu azaltıldı, seri debridmanlara devam edildi
- ◉ Albümin (2.5 g/dl'nin altında) ve eritrosit süspansiyonu (Hb düzeyi 8.5 gr/dl) verildi

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 8.GÜNÜ;

- ◉ İmipenemin 8. ve linezolidin 5. günü....
- ◉ Kliniği daha iyi olmakla birlikte;
 - Seri debridmanlara rağmen infeksiyonun tam olarak kontrol altına alınamaması,
 - Lezyonda anlamlı düzelme olmaması,
 - Kan şekerinin hala kontrol altına alınamaması,

AMPUTASYON KARARI VERİLDİ

KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 8.GÜNÜ;

- ◉ Hasta ve yakınları ile görüşülerek ASA-3 riskle hasta amputasyona verildi
- ◉ Amputasyon sonrası antibiyotik tedavisine devam edildi
- ◉ Beklenen kan kültürlerinde üreme olmadı



KLİNİĞİMİZE YATIŞININ 10.GÜNÜ (POSTOP 2.GÜN):

- ◉ İmipenemin 10. ve linezolidin 7. günü...
- ◉ İnsülin infüzyonu kesilerek, 4'lü insüline başlandı
- ◉ Tetkiklerinde;
 - ◉ Lökosit sayısı: **9.720**/mm³ (**19.510-2.180**/mm³)
 - ◉ CRP düzeyi: **54** mg/L (**117-218** mg/L)
 - ◉ Prokalsitonin: **0.14** ng/ml (**4.8-100-92** ng/ml)
 - ◉ ESR: **65** mm/sa (**100** mm/sa)
 - ◉ Üre: **45** mg/dl (**102-135** mg/dl)
 - ◉ Kreatinin: **1** mg/dl (**2.1-3.1-1.8** mg/dl)

- ⦿ Amputasyon g d ğ nde herhangi bir infeksiyon gelişmedi
- ⦿ Amputasyon sonrası depresyon bulguları görülmesi üzerine Psikiyatri Kliniğ  ile konsülte edilerek antidepressan tedavi başlandı
- ⦿ Protez uygulanması planlanan hasta Ortopedi Kliniğ  ile konsülte edildi
- ⦿ Yatışının 15.gününde genel durumu ve labotaruvar parametreleri düzelen hasta taburcu edildi



© Hastamız protez ile
yürümeye başladı ve
günlük hayata geri
döndü.....



Hasta;

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
Endokrinoloji Kliniği
ve
Ortopedi Kliniği

tarafından halen takip edilmektedir.....



TEŞEKKÜRLER....

LEZİZLİKLER....