

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim Araştırma
Hastanesi
Olgu Sunumu

Uzm.Dr.Fatma Yılmaz Karadağ

ANAMNEZ

- * 42 yaşında, erkek, evli
- * Serbest meslek
- * Kilo: 82 kg
- * Boy: 178cm

ŐIKAYET

- * Ateş
- * Bulantı
- * Halsizlik
- * Sağ ayakta yara

HİKAYE

- * Son 1 haftadır üşüme-titreme ile yükselen ateş
- * Son 2 gündür bulantı
- * Sağ ayağında yaklaşık olarak 9 aydır yara var, dönem dönem verilen antibiyotiklerle iyileşme olmuş. Fakat yaklaşık dört aydır sağ ayak tabanında yara olup son 1 ayda yarada büyüme, etrafında kızarıklık ve akıntı başlamış

ÖZGEÇMİŞ

- * Tip 1 DM: 12 yıl
- * İnsülin kullanımı: 12 yıl
- * HT: 10 yıl (*ilaç kendi kesmiş*)
- * Hiperlipidemi yok
- * Sigara kullanımı: nadir 2-3paket/yıl

ÖZGEÇMİŞ

- * Anemi
- * Periferik nöropati

FİZİK MUAYENE

- * Ateş: 38.5°C
- * Nabız: 88/dk
- * Solunum sayısı: 14/dk
- * TA:160/90 mm Hg
- * Bilinç açık, genel durum orta

FİZİK MUAYENE

- * Sağ ayak tabanında laterale doğru uzanan 2 cm çapında 3-4 mm derinlikte
- * Sağ ayak dorsalinde dış bölgede 3 cm çapında, 1-2 mm derinlikte
- * Hiperemik, ısı artışı ve pürülan akıntı
- * İki farklı ülser lezyon mevcut

LABORATUAR SONUÇLARI

(ACİL)

- * **BK: 20300 / mm³**
- * Hb: 10.5 gr/dl
- * Htc: % 32.6
- * MCV : 77 U/mm³
- * PLT: 556 000 /mm³
- * **CRP: 40.7 mg/dl (0-0.8)**

- * **Glukoz: 493 mg/dl**
- * Üre: 39 mg/dl
- * Kreatinin: 1,54 mg/dl
- * AST: 14 U/L
- * ALT: 10 U/L
- * Na: 130 mEq/L
- * K: 4.31mEq/L

* Tam idrar

Glukoz: +++++

Protein: +

Keton: +++

Lökosit esteraz: +++

pH: 6

Dansite: 1005

Bakteri: +

Lökosit: 310

* Kan Gazı: Normal

* PA akc grafi: Normal

* Ayak grafisi: 5.metatarsal kemikte kortikal destrüksiyon

899272
09.12.2011

CR 85
Acc:9360111001
Srs:2
Img:2

AP



14cm

Acile Başvurduğu Gün/09.12.2011

899272
09.12.2011

CR 85
Acc:9360111001
Srs:1
Img:1

AP



14cm

Acile Başvurduğu Gün/ 09.12.2011

Acil Uzmanı

Dahiliye Uzmanı
Hiperglisemi => insülin tedavisi

Enfeksiyon Hast.ve Klin. Mik. Uzmanı
Diyabetik Ayak İnfeksiyonu => Kültür-
Ampirik Antibiyotik Tedavi

Genel Cerrahi Uzmanı
*Serum fizyolojik ile günlük pansuman
*Kalp damar cerrahi konsultasyonu
*Plastik cerrahi konsultasyonu

Ortopedi Uzmanı
Amputasyon açısından genel cerrahi uzmanın
değerlendirilmesi

Diyabetik Ayak
Sınıflandırması



Ampirik
Antibiyotik
Tedavi

Hangi servise
yatırılmalı ?

Diyabetik Ayak Sınıflandırması

- * Forrest ve Gamburg Neilsen
- * Knighton
- * Pacero
- * Meggit- Wagner sınıflaması
- * Teksas Üniversitesi San Antonio yara sınıflama sistemi
- * SSS (simple staging system)
- * Size (Area and Depth),sepsis,arteriopathy and denervation S(AD)SAD
- * PEDİS

PEDİS SİSTEMİ

- * Diyabetik ayak ülserlerini sınıflandırmak üzere IWGFD (The International Working Group of the Diabetic Foot = Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Grubu) tarafından özellikle araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş.

Lipsky A. et al. Guidelines for Diabetic Foot Infections, CID 2004;885-910

PEDİS SİSTEMİ

* Beş kategori vardır:

1. Perfüzyon
2. Yara genişliği
3. Doku kaybı
4. İnfeksiyon
5. Duyu kaybı

IWGDF Grade (PEDİS)

İnfeksiyon Klinik Tanımı (IDSA)

1 (infekte değil)

İnfeksiyonla ilişkili sistemik yada lokal semptom veya bulgu yok

2 (hafif infeksiyon)

Pürülan akıntı yada inflamasyon bulguları ≥ 2 tane
Deri ve subkutanöz doku ile infeksiyon sınırlı
Yara çevresindeki eritem ≤ 2 cm
Sistemik infeksiyon bulgu ve semptomlar yok

3 (orta infeksiyon)

Kemik, eklem yada tendon tutulumu var
Yara çevresindeki eritem > 2 cm
Sistemik infeksiyon bulgu ve semptomlar yok

4 (ciddi infeksiyon)

En az 2 tane bulunması;
Ateş > 38 yada $< 36^{\circ}\text{C}$
Kalp atım hızı > 90 /dk
Solunum sayısı > 20 /dk yada $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
BK > 12000 yada < 4000 mm³

*Lokal şişlik yada endürasyon, *Ülser çevresinde > 0.5 cm eritem

*Lokal hassasiyet yada ağrı, *Lokal ısı artışı

Meggit-Wagner Sınıflaması

Evre	Ülserin Tarifi
0	Lezyon yok
1	Yüzeyel ülser (subkutan doku intakt-ülser derinliği dermise sınırlı)
2	Subkutan dokuya invaze (osteomiyelit /abse yok)
3	Osteomiyelit veya abse formasyonlu derin ülser
4	Lokalize gangren (parmak veya ayak ön kısmı)
5	Ayağın geniş gangreni (generalize gangren)

Ampirik Antibiyotik Tedavi

MRSA için risk faktörler

- * Önceden hastaneye yatmak
- * Kronik yara
- * Kronik böbrek yetmezliği

Yates C. Et al. Diabetes Care 2009;32: 1907-9

- * İleri evre ayak infeksiyonlarında çoklu ilaç direncine sahip etkenler düşünülmelidir.

Richard J.L. et.al Diabetes Metab 2008 ; 34:363-9

Ampirik Antibiyotik Tedavi

* Uzun süredir iyileşmeyen yara

*S.aureus, koagulaz negatif stafilokok

*Enterococcus spp., difteroidler

*Enterobacteriaceace spp.

*Non fermentatif gram negatif basil

*Mantarlar

Ampirik Antibiyotik Tedavi

* Yaygın nekroz ve gangrenle giden kötü kokulu yara

*Gram pozitif koklar

*Enterobacteriaceace spp.

*Non fermentatif gram negatif basil

*Zorunlu anaeroplur

Diyabetik Ayak İnfeksiyonda Ampirik Antibiyotik

İnfeksiyon Ciddiyeti	Ek Faktörler	Patojenler	Antibiyotik
Hafif	Komplikasyon yok	Gram pozitif kok (stafilokok, streptokok)	*Penisilin *1.kuşak sefalosporin
	Yakın zamanda antibiyotik kullanımı	Gram pozitif kok + gram negatif basil	*AMC/SAM *SXT *Florokinolon
	MRSA için yüksek risk	MRSA	*Linezolid *SXT *Doksisiklin

İnfeksiyon Ciddiyeti	Ek Faktörler	Patojenler	Antibiyotik
Orta ve Ciddi İnfeksiyon	Komplikasyon yok	gram pozitif kok ± gram negatif basil	*AMC/SAM *TZP *2/3.kuşak sefalosporin *Ertapenem
	Yakın zamanda antibiyotik kullanımı		
	Masere Ülser	gram negatif basil (<i>Pseudomonas sp</i>)	*Florokinolon *TZP *Karbapenem
	İskemi/nekroz/gaz	Gr (-) ± gr (+) ± anaerob	*AMC/SAM yada TZP *Ertapenem yada Karbapenem *2/3.kuşak sefalosporin +klindamisin /metronidazol
	MRSA için yüksek risk	MRSA	*Linezolid *Glikopeptit *Daptomisin *SXT,*Fusidik asit *Doksisiklin

KLİNİK SEYİR

- * Dahiliye servisine interne ediliyor
- * Lezyonlar PEDİS: grade 4, Wagner : evre 3
- * Kan, idrar ve akıntı kültür alındıktan sonra
 - *İmipenem 4 x250 mgr
 - *Linezolid 2 x 600 mgr
- * İnsülin (3x14 ünite NR, 1x30 ünite Lantus)
- * Delix 5mg tbl

KLİNİK SEYİR

(Dahiliye Servisinde 3.gün)

- * Dermatoloji uzmanı önerisiyle negatif basınçlı yara bakım tedavisi (VAC tedavi) başlanıyor
- * Doku kültür alınıyor

Negatif Basıncılı Yara Tedavisi

* Yara yüzeyine kontrollü subatmosferik basınç uygulanmasına ‘vakum yardımcı kapama (VAC) yada negatif basınçlı yara tedavisi’ denir.

1-Perfüzyon arttırarak

2-Ödemi azaltarak

3-Lokal bakteriyel yükü azaltarak

4-Dokuların oluşumunu arttırarak yara iyileşmesini sağlar.

KLİNİK SEYİR

(Dahiliye Servisinde 4.gün)

- * Genel durum iyi, ateş subfebril (ateş: 37.1°C)
- * AKŞ: 250 gr/dl (regüle)
- * BK: 8300 mm³
- * CRP: 21.1 mg/dl
- * HbA1c: 14.1
- * Sedim: 81mm/saat
- * Enfeksiyon Hastalıkları ve Klin.Mik.servisine devir

KLİNİK SEYİR

(Enfeksiyon Servisinde 1.gün,hastane yatış: 5 gün)

- * Kan Kültür: Henüz üreme yok
- * İdrar Kültür: Bakteri üremedi
- * Yara Akıntı Kültür: α hemolitik streptokok
- * Doku Kültür: 1-MRKNS
2- Enterococcus spp
- * İmipenem ve linezolid tedavi kesildi
- * Daptomisin 1x350 mgr başlandı

KLİNİK SEYİR

(Enfeksiyon Servisinde 3.gün,hastane yatış: 7 gün

- * Ateş yok
- * VAC tedavisi 4.gün
- * Daptomisin tedavisi: 3.gün
- * Ortopedi Konsultasyon: Direkt ayak grafide 5.metatarsal segmentte spontan rezolüsyon ve orta kısımdan laterale deviye görüntü mevcut. VAC tedavisi tamamlandıktan 10 gün sonra rezeksiyon için poliklinik kontrolü

KLİNİK SEYİR

(Enfeksiyon Servisinde 7.gün,hastane yatış: 11 gün

	Acil	Yatış 4.gün	Yatış 11.gün
WBC _(mm³)	20300	8300	7500
Hb/Htc	10.5/32.6	9.8/28.8	9.5/29.1
PLT _(mm³)	556000	426000	620000
CRP <i>(mg/dl)</i>	40.7	21.1	2.64
Sedim _(mm/saat)	--	81	74
Glukoz _(mg/dl)	493	290	113

KLİNİK SEYİR

(Enfeksiyon Servisinde 14.gün,hastane yatış: 18 gün

- * Ateş yok
- * VAC tedavisi sonlandırıldı
- * Lezyonlarda belirgin küçülme mevcut, akıntı yok
- * Daptomisin tedavisi: 14. gün
- * Kan şekeri regüle

KLİNİK SEYİR

(Enfeksiyon Servisinde 21.gün,hastane yatış: 25 gün

- * Lezyonda ülser, akıntı yok, yara yeri tama yakın kapandı
- * Daptomisin tedavisi 3 hafta tamamlandı
- * Siprofloksasin 2x750 mgr => toplam 6 hafta tamamlanacak
- * Ortopedi poliklinik kontrolü
- * Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji poliklinik kontrolü

KLİNİK SEYİR

- * Taburcu olduktan 15 gün sonra
Ortopedi plk => Kemik rezeksiyon gerek yok
Stafine 3x 500 mgr (2 hafta)
- * Toplam antibiyotik kullanım süresi: 8 hafta
- * Hasta yaklaşık 2 aydır antibiyotik tedavisi almıyor.

KLİNİK SEYİR

Taburcu Olduktan 3 ay sonra

Şikayet: Ateş, sağ ayakta şişlik, kızarıklık

Hikaye: *Son 15 gündür sağ ayak bileğinden başlayan ve tüm ayağında şişlik ve kızarıklık

*Son 4 gündür ateş

KLİNİK SEYİR

Taburcu Olduktan 3 ay sonra

Ateş: 37.9°C
Nabız: 96/dk
TA:140/90 mmHg

*Sağ ayak bileği ve sağ ayak
dorsalinde şişlik, kızarıklık, ısı artışı
*Periferik nabızlar açık



Laboratuvar Bulgular

- * **BK: 13600 mm³**
- * Hb: 9.8 mg/dl
- * Htc: %30
- * MCV: 73
- * PLT: 487000 mm³
- * **CRP: 34 mg/dl**
- * TİT: keton (-), protein +
glukoz +++
bakteri (-)
- * **Glukoz: 376 mg/dl**
- * Üre/kreatinin: 34/1,38
mg/dl
- * AST/ALT: 13/10 U/L
- * Total bil: 0,63 mg/dl
- * Na: 130 mEq/L
- * K: 4.73 mEq/L

Direkt Ayak Grafi



- * Lateral kuneiformlar ile 5.metatarsalda tama yakın, 3 ve 4 metatarsal proksimal bölümlerinde destrüksiyon görülmektedir.
- * 4. ve 5.metatarsa falangial eklem aralığında genişleme, bu bölgede yumuşak doku şişliği ve yağ planlarında kayıp
- * Destrukte kemiklerin çevresinde periostal reaksiyon mevcut

KOFOZ, SINAN|0451|101
899272
02.04.2012
10:51:05

SIEMENS FD-X
Acc:9912637001
Srs:1
Img:1



Kronik osteomyelit bağlı kemik destrüksiyonu ve yumuşak doku tutulumu ile uyumlu (selülit)

KLİNİK SEYİR

- * Hospitalize ediliyor
- * Kan kültür alındıktan sonra
 - *İmipenem 4 x500 mgr
 - *Linezolid 2 x 600 mgr
- * İnsülin (3x14 ünite NR, 1x34 ünite Lantus)

KLİNİK SEYİR

(Hastaneye yatışı : 3.gün)

- * Genel durum iyi, ateş subfebril (ateş: 37.3°C)
- * Ayak dorsalinde şişlik devam ediyor. Dış malleolus hizasında belirgin fluktasyon mevcut
- * Kızarıklık ve ısı artışında azalma var.
- * AKŞ: 491 gr/dl (insülin infüzyonu)
- * BK: 10000 mm³
- * CRP: 16.2 mg/dl
- * Sedim: 122 mm/saat

KLİNİK SEYİR

(Hastaneye yatışı : 4. gün)

Alt ekstremite arteriyel-venöz doppler USG

- * Sağ CFA (common femoral arter)'dan itibaren tüm arteriyel sistemde düşük pulsaliteleri olan poststenotik monofazik akım paterni izlendi
- * Tüm venlerde trombüs saptanmadı.

KLİNİK SEYİR

(Hastaneye yatışı: 7. gün)

- * Yüzeyel Doku USG: Tüm ayak bileği çevresinde lenf ödem mevcut olup belirgin yumuşak dokuya ait koleksiyon, abse formasyonu izlendi. İvedilikle kontrastlı MR ile değerlendirme önerilir.
- * Ortopedi Konsultasyonu: MR sonucu ile danışılması

Kontrastlı Ayak MR





Oto senkronizasyon Diğer çalışmalarla senkronize et Scout çizgileri Tüm çizgiler
Tamamlandı, 899272, KOPUZ, SINAN Exa... - 2 : S... - 7 : ...
Tamamlandı, 899272, KOPUZ, SINAN Exa... - 3 : A... - 3 : A...

<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.15.14</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.27.03 Srs:2 Img:12</p> <p>SL : 4.00 sp5.50 SP : 33.67 PP:FFS Mat 320 x 224</p> <p>FoV 290 x 290 RC HEAD AC 1.000000 SE FAST_GEMS SEQ_GEMS TRF_GEMS FA:90 TR:4320 TE:34 145.000000</p> <p>Zoom : 148.83% WL : 207 WW : 414 TE 910.000000</p>	<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.18.36</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.18.36 Srs:3 Img:4</p> <p>SL : 6.00 sp7.50 SP : 33.97 PP:FFS Mat 384 x 224</p> <p>FoV 20 FoV 240 x 240</p> <p>RC HEAD AC 0.500000 SE FAST_GEMS SAT_GEMS NP WEDR_GEMS TRF_GEMS SFS FA:90 TR:800 TE:910.000000</p> <p>Zoom : 149.61% WL : 287 WW : 574</p>	<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.18.36</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.18.36 Srs:3 Img:8</p> <p>SL : 4.50 sp5.00 SP : 25.98 PP:FFS Mat 384 x 256</p> <p>FoV 174 x 290</p> <p>RC HEAD AC 1.000000 IR FAST_GEMS EDR_GEMS SEQ_GEMS TRF_GEMS FA:90 TR:3520 TE:35 150.000000</p> <p>Zoom : 74.80% WL : 201 WW : 337</p>	<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.18.36</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.18.36 Srs:3 Img:8</p> <p>SL : 4.50 sp5.00 SP : 25.98 PP:FFS Mat 384 x 256</p> <p>FoV 174 x 290</p> <p>RC HEAD AC 1.000000 IR FAST_GEMS EDR_GEMS SEQ_GEMS TRF_GEMS FA:90 TR:3520 TE:35 150.000000</p> <p>Zoom : 74.80% WL : 201 WW : 337</p>
--	--	--	--

Tamamlandı, 899272, KOPUZ, SINAN Exa... - 4 : A... - 8 : ...
Tamamlandı, 899272, KOPUZ, SINAN Exa... - 4 : A... - 4 : A...
Tamamlandı, 899272, KOPUZ, SINAN Exa... - 3 : A... - 3 : A...

<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.21.26</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.30.17 Srs:4 Img:8</p> <p>SL : 4.50 sp5.00 SP : 25.98 PP:FFS Mat 320 x 192</p> <p>FoV 174 x 290</p> <p>RC HEAD AC 1.000000 SE FAST_GEMS SAT_GEMS NP WEDR_GEMS TRF_GEMS SFS FA:90 TR:840 TE:810.000000</p> <p>Zoom : 74.41% WL : 267 WW : 514</p>	<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.21.26</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.21.26 Srs:8 Img:8</p> <p>SL : 4.50 sp5.00 SP : 25.98 PP:FFS Mat 512 x 256</p> <p>FoV 174 x 290</p> <p>RC HEAD AC 2.000000 SE FAST_GEMS EDR_GEMS TRF_GEMS FA:90 TR:440 TE:1710.000000</p> <p>Zoom : 149.61% WL : 317 WW : 634</p>	<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.18.36</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.18.36 Srs:4 Img:8</p> <p>SL : 4.50 sp5.00 SP : 25.98 PP:FFS Mat 384 x 256</p> <p>FoV 174 x 290</p> <p>RC HEAD AC 1.000000 IR FAST_GEMS EDR_GEMS SEQ_GEMS TRF_GEMS FA:90 TR:3520 TE:35 150.000000</p> <p>Zoom : 74.80% WL : 267 WW : 514</p>	<p>KOPUZ, SINAN 043Y M 89272 13.04.2012 15.18.36</p> <p>Scout</p> <p>GOZTEPE EGITIM ARASTIRMA HAST Signa HDx 89272 13.04.2012 15.18.36 Srs:8 Img:8</p> <p>SL : 4.50 sp5.00 SP : 25.98 PP:FFS Mat 384 x 256</p> <p>FoV 174 x 290</p> <p>RC HEAD AC 1.000000 IR FAST_GEMS EDR_GEMS SEQ_GEMS TRF_GEMS FA:90 TR:3520 TE:35 150.000000</p> <p>Zoom : 74.80% WL : 201 WW : 337</p>
--	---	--	--

KONTRASTLI SAĞ AYAK MR İNCELEMESİ;

İnceleme;

- Sagittal planda 4 mm kesit kalınlığında FSE tekniği ile T1 ağırlıklı,
- Sagittal planda 4 mm kesit kalınlığında FSE tekniği ile FAT SAT T2 ağırlıklı,
- Coronal planda 5 mm kesit kalınlığında FSE tekniği ile T1 ağırlıklı,
- Coronal planda 5 mm kesit kalınlığında FSE tekniği ile FAT SAT T2 ağırlıklı sekanslarla gerçekleştirilmiştir.

Tibia ve fibula distalinde talusun tamamına yakın bölümünde kalkaneusta, kuboid kemikte, lateral ve medial kuneiform kemikte, naviküler kemikte 5. Metatarsta daha belirgin olmak üzere 5., 4., 3., 2. Metatarslarda, 5. Parmak proksimal falanksta osteomyelelit ile uyumlu T1A hipo, T2A hiperintens özellikte patolojik sinyal değişiklikleri ve kontrast madde enjeksiyonuna takiben heterojen tarzda kontrast tutulumları izlenmiştir.

Tibiotalar ve posterior subtalar eklem ile kalkaneokuboidal eklemden, kuboidometatarsal eklemden orjin alıp, dorsal ve plantar yüze doğru büyüme gösteren, komşu tendonları kısmen çevreleyen, en büyüklerinin çapı 5.6cm olarak ölçülen çepersel kontrast tutulumu oluşturan abse ile uyumlu lezyonlar izlenmiştir.

Distal cruris ve ayak düzeyinde tüm musküler yapılarda, tendon kılıfları çevresinde enfeksiöz miyozit ve tenosinovite ait patolojik sinyal değişiklikleri ve sıvı lokülasyonları görülmektedir.

Anterior ve posterior talofibuler ligamanda periligamatöz ödem izlenmiştir.

5. metatarsometatarsal eklem düzeyinde lateral ve plantar kısımda ciltte ülserasyon ile uyumlu fokal tarzda defekt ve cilt altında fokal kalınlaşma dikkati çekmiştir.

Distal kruris ve ayak bileği eklemi çevresinde subkutan dokuda yaygın ödem ile uyumlu patolojik intensite değişiklikleri izlenmiştir.

Aşil tendonunun trasesi kalınlığı ve konturları tabii izlenmiş olup, tendon içerisinde longitudinal split ile uyumlu lineer tarzda patolojik sinyal değişikliği izlenmiştir.

Birinci metatarsta, 1. Parmakta, medial kuneiform kemikte, 2., 3., ve 4. Parmakların falankslarında belirgin osteomyelit lehine sinyal değişikliği saptanmamıştır.

KLİNİK SEYİR

(Hastaneye yatışı : 10.gün)

- * Genel durum iyi, ateş : 36.2°C (5 gündür ateş yok)
- * Ayak dorsalinde şişlik devam ediyor. Spontan drene olmadı.
- * Kızarıklık hafif , ısı artışı yok
- * İmipenem + linezolid tedavisi 10 gün
- * AKŞ: 88 gr/dl
- * BK: 11000 mm³
- * CRP: 10.7 mg/dl

KLİNİK SEYİR

(Hastaneye yatışı : 10.gün)

- * **Ortopedi Konsültasyon:** Kalp damar cerrahi, plastik cerrahi ve genel cerrahi klinikleri birlikte olan bir merkeze amputasyon yapılmak üzere sevk edilmesi önerilir

Sevk Edildi

Osteomyelit Tanısı

- * Osteomyelit tanısında henüz bir uzlaş1 yok
- * Kemik biyopsi ve k1lt1r altın standarttır.

Butalina S. et al. JAMA 2008;299(7): 806-813

Lipsky BA. et al. Plast Reconstr Surg. 2006;117:2125-2385

Berent AR. et al. Diabetes Metab Res Rev 2008; 24 (suppl1)

Osteomyelit Tanısı

- 1-Derin ülser ve kemik görülmesi
- 2-Probe to bone testinin pozitif olması
- 3-Ülser boyutunun 2x2 cm² büyük olması
- 4-Sedim > 70 mm/saat

Direkt Grafi

Osteomyelit var

Osteomyelit yok

MR

Görüntüleme

HEDEF: Ampütasyon Oranı Azaltmak

- * Diyabetik ayak infeksiyon yaklaşımında klinik protokoller yapmak
- * Hastaları bilgilendirmek için eğitim seminerleri düzenlemek
- * Yara bakımına gereken önemi ve özeni göstermek
- * Konseyler oluşturmak

TEŞEKKÜR EDERİM

