



Diyabetik Ayak İnfeksiyonu Olgu Sunumu

Dr. Gül KARAGÖZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr Behiye DEDE İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik

Mikrobiyoloji Kliniği

İstanbul

**IV. Ulusal Diyabetik Ayak İnfeksiyonları Simpozyumu
(5-7 Mayıs 2016, İstanbul)**

DİYABETİN EPİDEMİYOLOJİSİ

North America and
Caribbean

2015 **44.3 million**
2040 **60.5 million**

Europe

2015 yılında 415 Milyon

2040 yılında 642 Milyon

2015 te diyabet nedeni ile ölen sayısı: 5 milyon

South and
Central America

2015 **29.6 million**
2040 **48.8 million**

Africa

2015 **14.2 million**
2040 **34.2 million**

2015 **78.3 million**
2040 **140.2 million**

World

TÜRKİYE'DE İSE



- $\approx$ 79 milyon
- 20 milyonu obez
- **Diyabetli sayısı >7 milyon**
- **2035 te >12 milyon**

DIYABETİN ÖNEMLİ KOMPLİKASYONU

JAMA. 2005 Jan 12;293(2):217-28.

Preventing foot ulcers in patients with diabetes.

Singh N¹, Armstrong DG, Lipsky BA.

⊕ Author information

Abstract

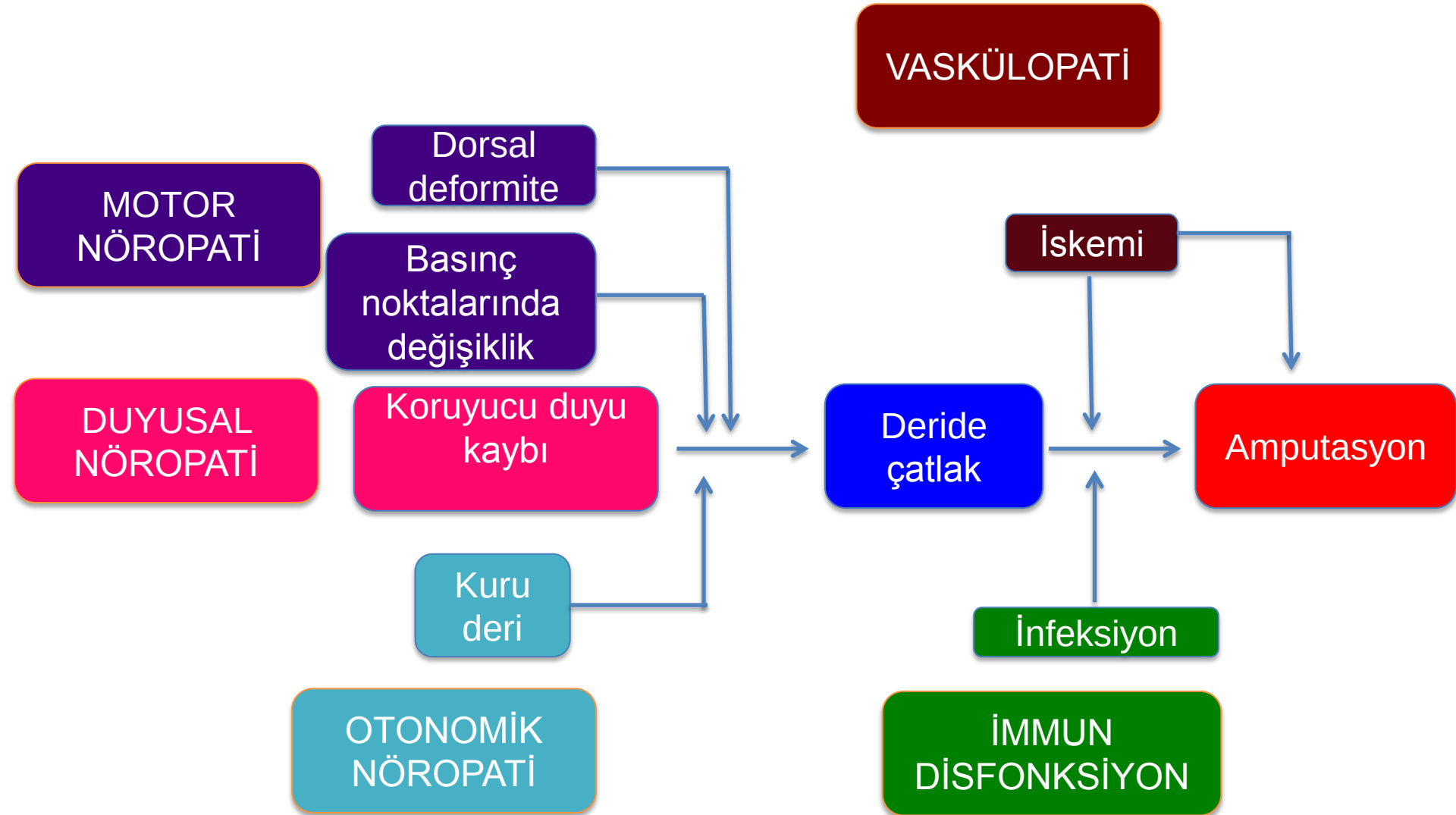
Toplumda ayak ülser prevalansı : % 1-4

Diyabetik hastalarda prevalans : %4-10

...determine the type of intervention. Educating patients about proper foot care and periodic foot examinations are effective interventions to prevent foot ulceration. Other possibly effective clinical interventions include optimizing glycemic control, smoking cessation, intensive podiatric care, debridement of ulcers, and certain types of prophylactic foot surgery. The value of various types of prescription footwear for ulcer prevention is not clear.

CONCLUSIONS: Substantial evidence supports screening all patients with diabetes to identify those at risk for foot ulceration. These patients might benefit from certain prophylactic interventions, including patient education, prescription footwear, intensive podiatric care, and evaluation for surgical interventions.

Patofizyoloji



OLGU

- Ö.B
- 51 yaşında erkek hasta
- Şoför
- 18 yıldır Tip II DM
- VKİ : 32.8
- Şikayeti : Sağ ayakta yara

Hikaye

- 12 gün önce başlamış
- Başka bir merkeze başvurmuş
- Debridman yapılmış
- Metronidazol+ Fusidik asit başlanmış
- 1 haftalık tedavi sonrası diyabetik ayak polikliniğimize gelmiş



5. gün

Kullandığı İlaçlar

- ECOPİRİN 300 1x1
- TRİPLUS MR 35 2x1,
- NEURONTIN 600 2x1,
- BENEXOL 1x1
- THİOCTACID 600 1x1
- GALVUS MET 2x1
- LANTUS 1x30, NR 3x16

Fizik Muayene

- Ateş : 38°C
- TA : 130/ 80 mmHg
- Nabız :92/dk
- Genel durum orta, şuur açık, oryante koopere



12. gün

Laboratuvar Bulguları

- WBC : 22.700/ mm³
(% 82.5 PNL)
- Hb: 11.7 gr/dl,
- Hct: % 33.5
- CRP : 15 mg/dl (<0.5)
- ESR : 102 mm/saat
- Glukoz : 206 mg/dl
- HbA1C: 9.4
- BUN : 21.4 mg/dl
- Kreatin : 0.8 mg/dl
- Albumin : 2.8 mg/dl
- Kolestrol : 143 mg/dl
- LDL : 94 mg/dl
- Trigliserid :122 mg/dl
- HDL : 17 mg/dl





Diyabetik Ayak Yarası ve Enfeksiyonunun Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi: Ulusal Uzlaşı Raporu

*Diagnosis, Treatment and Prevention of Diabetic Foot Wounds and Infections:
Turkish Consensus Report*

Neşe Saltoğlu¹, Önder Kılıçoğlu², Selçuk Baktıroğlu³, Zeynep Oşar-Siva⁴, Şamil Aktaş^{3,5}, Muzaffer Altındaş⁶,
Caner Arslan⁷, Turan Aslan¹, Selda Çelik⁸, Aynur Engin¹, Haluk Eraksoy¹, Önder Ergönül¹, Bülent Ertuğrul¹,
Serdar Güler⁹, Ayten Kadanalı¹, Lütfiye Mülazımoğlu¹, Nermin Olgun⁸, Oral Öncül¹, Ali Öznur², İlhan Satman¹⁰,
İrfan Şencan¹¹, Özlem Tannöver¹², Özge Turhan¹, Abdullah Kemal Tuynun⁷, Hasan Tüzün⁷, Ahmet Çınar Yastı¹³, Temel Yılmaz¹⁴

İnfeksiyon

Derece 1: İnfeksiyon belirti ve bulgusu olmaması.

Derece 2: İnfeksiyonun yalnız deri ve deri altı dokuları tutması (daha derin dokuların tutulumu veya sistemik bulgular olmaksızın) ve aşağıdakilerden en az ikisi:

- Yerel şişlik veya indürasyon
- Yara çevresinde 0.5-2 cm eritem
- Yerel duyarlılık veya ağrı
- Yerel sıcaklık artışı
- Pürülan akıntı (koyu, rengi opaktan beyaza değişen ya da kanlı sekresyon).

Deride inflamatuvar yanıt oluşturabilecek travma, gut, akut Charcot osteoartropatisi, kırık, tromboz ve venöz staz gibi diğer nedenler dışlanmalıdır.

Derece 3: Genişliği 2 cm'nin üzerinde olan eritem ve yukarıda sayılan bulgulardan (şişlik, duyarlılık, sıcaklık, akıntı) en az birisi veya infeksiyonun, apse, osteomyelit, septik artrit veya fasiit biçiminde deri ve deri altı dokularından daha derin yapıları tutması. Aşağıda tanımlanan SIRS bulguları yoktur.

Derece 4: SIRS bulgularıyla birlikte herhangi bir ayak infeksiyonu.

SIRS, aşağıdakilerden iki veya daha fazlasının olmasıdır:

- Vücut sıcaklığı $>38^{\circ}\text{C}$ ya da $<36^{\circ}\text{C}$
- Nabız $>90/\text{dakika}$
- Solunum sayısı $>20/\text{dakika}$ ya da $\text{PaCO}_2 <32 \text{ mmHg}$
- Lökosit sayısı $>12\ 000$ ya da $<4000/\mu\text{l}$ ya da $\geq\%10$ band formasyonu.

I.Diyabetik Ayak Konseyi

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ : MR anjiyo istendi.

ORTOPEDİ :

MR anjiyografi sonrası seviye belirlenmesi ve amputasyon

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ :
Ortopedi, Kalp ve Damar Cerrahi görüşü uygundur.

DAHİLİYE : İnsülin tedavisi düzenlendi.

2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections^a

Benjamin A. Lipsky,¹ Anthony R. Berendt,² Paul B. Cornia,³ James C. Pile,⁴ Edgar J. G. Peters,⁵ David G. Armstrong,⁶ H. Gunner Deery,⁷ John M. Embil,⁸ Warren S. Joseph,⁹ Adolf W. Karchmer,¹⁰ Michael S. Pinzur,¹¹ and Eric Senneville¹²

¹Department of Medicine, University of Washington, Veterans Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle; ²Bone Infection Unit, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford University Hospitals NHS Trust, Oxford; ³Department of Medicine, University of Washington, Veteran Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle; ⁴Divisions of Hospital Medicine and Infectious Diseases, MetroHealth Medical Center, Cleveland, Ohio; ⁵Department of Internal Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ⁶Southern Arizona Limb Salvage Alliance, Department of Surgery, University of Arizona, Tucson; ⁷Northern Michigan Infectious Diseases, Petoskey; ⁸Department of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Canada; ⁹Division of Podiatric Surgery, Department of Surgery, Roxborough Memorial Hospital, Philadelphia, Pennsylvania; ¹⁰Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ¹¹Department of Orthopaedic Surgery and Rehabilitation, Loyola University Medical Center, Maywood, Illinois; and ¹²Department of Infectious Diseases, Dron Hospital, Tourcoing, France

Table 8. Suggested Empiric Antibiotic Regimens Based on Clinical Severity for Diabetic Foot Infections^a

MRSA, Enterobacteriaceae, <i>Pseudomonas</i> , and obligate anaerobes	Vancomycin ^c , ceftazidime, cefepime, <i>piperacillin- tazobactam</i> ^b , aztreonam, ^b or a carbapenem ^b	Very broad-spectrum coverage; usually only used for empiric therapy of severe infection. Consider addition of obligate anaerobe coverage if ceftazidime, cefepime, or aztreonam selected
--	--	---

TAKİP

- Şiddetli infeksiyon tanısı ile hasta infeksiyon kliniğine yatırıldı.
- Doku kültürü gönderildi.
- Daptomisin & ertapenem başlandı
- Hastanın stabilizasyonu sağlandı.
- Yara bakımı planlandı

Günlük değerlendirme

Bacak elevasyonu sağlanarak ayak yük ve basıdan kurtarıldı

Gerektiğinde debridmanları yapıldı

- Hiperbarik oksijen tedavisi başlandı

KONSULTASYONLAR

ORTOPEDİ : (2. GÜN) Ayak plantar yüzeyde püy lokülasyonu olduğu görüldü. Orta ayak ve distalinde enflamasyon mevcut. Ayak plantar yüzden, yaklaşık 3 cmlik insizyonla abse koleksiyonuna ulaşıldı. Püy drenajı sağlandı. Yara açık bırakılması ve ıslak pansuman önerilir

NÖROLOJİ :

Diyabetik polinöropati tanısı ile thioctacid ve neurontin kullanan hastanın semptomları kontrol altında ek önerimiz yoktur. Nöroloji poliklinik takibi uygundur.

- Yara kültüründe
S. agalactiae üredi
- Yatışının 6 ve 9. gün
görüntüleri



Takip Laboratuvar Bulguları

	9. gün	17.gün
WBC/ mm ³	9.940	8.610
PNL %	63.7	57.6
CRP mg/dl	5.6	3.4
ESR mm/saat	92	81

2012 Infectious Diseases Society of America
Clinical Practice Guideline for the Diagnosis

IX. In which patients with a diabetic foot infection should I consider surgical intervention, and what type of procedure may be appropriate?

Medikal tedavinin etkinliğini gözlemek veya canlı ve ölü dokular arasında demarkasyon hattını saptamak amacıyla cerrahi geciktirilebilir..

Expert opinion on the management of infections in the diabetic foot.

Lipsky BA¹, Peters EJ, Senneville E, Berendt AR, Embil JM, Lavery LA, Urbančič-Rovan V, Jeffcoate WJ.

⊕ Author information

Abstract

This update of the International Working Group on the Diabetic Foot incorporates some information from a related review of diabetic foot osteomyelitis (DFO) and a systematic review of the management of infection of the diabetic foot. The pathophysiology of these infections is now well understood, and there is a validated system for classifying the severity of infections based on their clinical findings. Diagnosing osteomyelitis remains difficult, but several recent publications have clarified the role of clinical, laboratory and imaging tests. Magnetic resonance imaging has emerged as the most accurate means of diagnosing bone infection, but bone biopsy for culture and histopathology remains the criterion standard. Determining the organisms responsible for a diabetic foot infection via culture of appropriately collected tissue specimens enables clinicians to make optimal antibiotic choices based on culture and sensitivity results. In addition to culture-directed antibiotic therapy, most infections require some surgical intervention ranging from minor debridement to major resection, amputation or revascularization. Clinicians must also provide proper wound care to ensure

Yaranın genişliğinin ≥ 2 cm², derinliğinin ise ≥ 3 mm olması osteomyelit tanısında sınır değerler kabul edilmektedir

Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012 Sep;31(9):2345-52. doi: 10.1007/s10096-012-1574-1. Epub 2012 Feb 22.

A prospective, multi-center study: factors related to the management of diabetic foot infections.

Ertugrul BM¹, Oncul O, Tulek N, Willke A, Sacar S, Tunccan OG, Yilmaz E, Kaya O, Ozturk B, Turhan O, Yapar N, Ture M, Akin F.

⊕ **Author information**

Abstract

Yara yüzeyinin genişliğinin 4.5 cm²'nin üzerinde olmasının, osteomyelit olasılığını yaklaşık üç kat artırdığı gösterilmiştir

Ertugrul BM, Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012 Sep;31(9):2345-52

Osteomyelit Tanısında Fizik Muayene Bulguları

“Probing to bone”

Duyarlılık : % 38-94

Özgüllük : % 85-98

Dezavantajı : Yara yüzeyindeki bakterilerin derin dokuya doğru itilebilmesi

Osteomyelit Tanısında Hangi Laboratuvar Bulguları

- ESH'nin >70 mm/saat olması
- Kemik biyopsisi
- Histopatolojik inceleme altın standard

Görüntüleme Yöntemleri

2014 te Avrupa Nükleer Tıp Birliği;
Ortopedi, Radyoloji, Enfeksiyon Hst Uzmanlarının katılımı ile yapılan konsensus toplantısına göre

■ Hangi teknik? Hangi zamanda?

Direk grafi : İlk yaklaşım
Düşük sensitivite ve spesifite
İlk 2-4 hafta negatif olabilir
Geç dönemde ise
kortikal erozyon, kemik destrüksiyonu, periostal reaksiyon olması
güvenilir bulgulardır.
Yumuşak dokuda gaz görülebilir.

Q J Nucl Med Mol Imaging. 2014 Mar;58(1):2-19.

Görüntüleme Yöntemleri

2014 te Avrupa Nükleer Tıp Birliği;
Ortopedi, Radyoloji, Enfeksiyon Hst Uzmanlarının katılımı ile yapılan konsensus toplantısına göre

■ Hangi teknik? Hangi zamanda?

USG: Major role sahip değil.

BT : Sınırlı

Kemik anormalliklerini direk grafiden daha iyi tespit eder

Yumuşak doku anormalliklerini ve kemik iliği ödemi tespit edemez

Radyasyon miktarı yüksek

Q J Nucl Med Mol Imaging. 2014 Mar;58(1):2-19.

Görüntüleme Yöntemleri

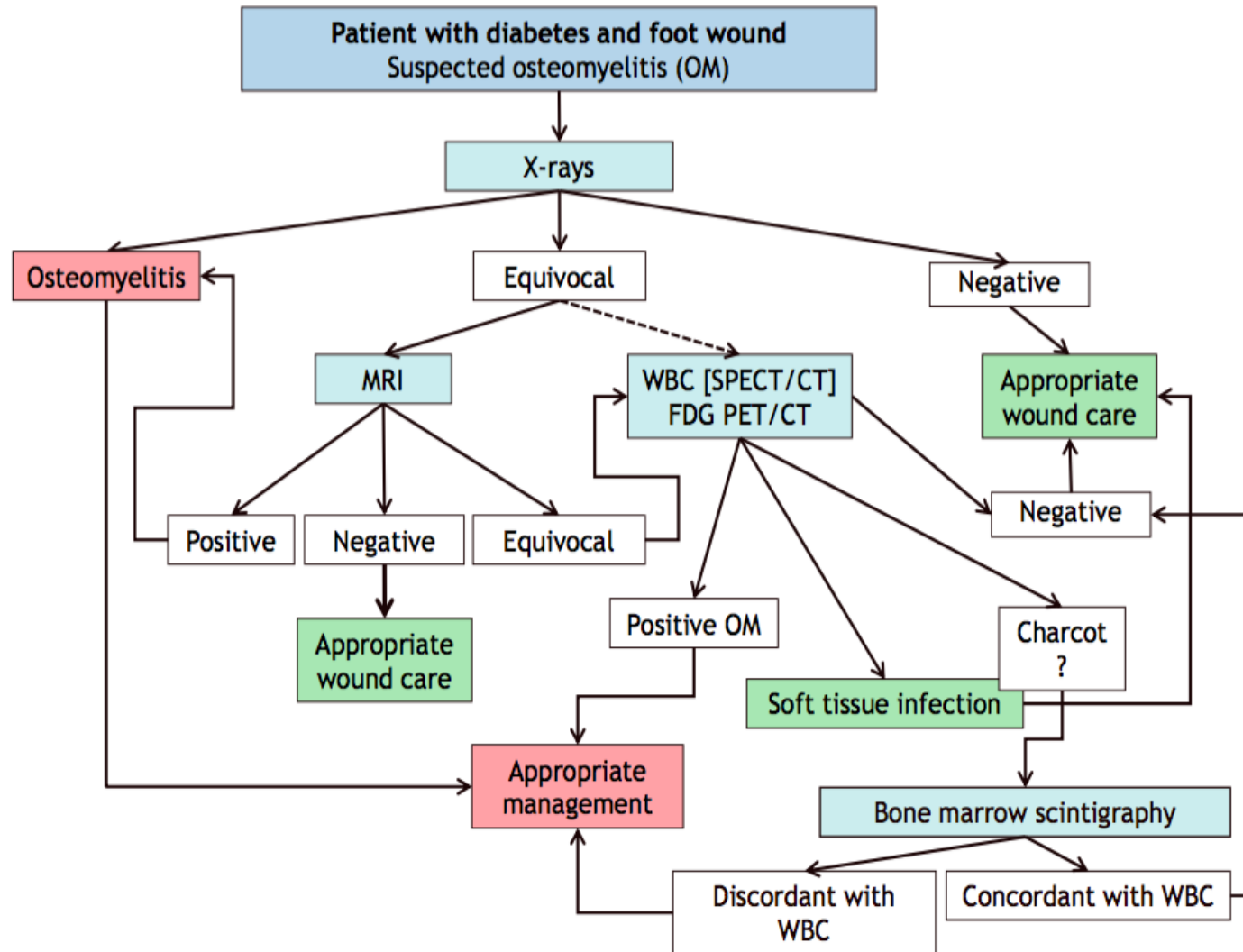
2014 te Avrupa Nükleer Tıp Birliği;
Ortopedi, Radyoloji, Enfeksiyon Hst Uzmanlarının katılımı ile yapılan konsensus toplantısına göre

■ Hangi teknik? Hangi zamanda?

MR : Diğer görüntüleme yöntemlerinden daha üstün.

Yumuşak doku ve kemik patolojilerini tek çekimde değerlendirebiliriz.
Sensitivite ve spesifite % 95 in üzerinde.

Nükleer Tıp : Gold standart teknik: Lökosit işaretli sintigrafi
%95 in üzerinde doğru tanı



Diabetic foot osteomyelitis: a progress report on diagnosis and a systematic review of treatment[†]

Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Grubu, DAO nin tanısında kullanılabilmesi için bazı kriterler önerdi.

Kategori	Osteomyelit Olasılığı	Öneri
Kesin	>%90	Osteomyelit tedavisi

- ✓ Pozitif kemik kültürü ve histopatoloji
- ✓ Cerrahi girişim sırasında kemikte püy veya
- ✓ Yaranın kabuğu kaldırıldığında
travmatik olmayan biçimde parçalanmış kemik veya
- ✓ MRG'de kemik içi apse veya
- ✓ İki yüksek olasılıklı ölçüt veya
- ✓ Bir yüksek olasılıklı ve iki düşük olasılıklı ölçüt veya
- ✓ Dört düşük olasılıklı ölçüt

Kategori

Osteomyelit Olasılığı

Öneri

Yüksek olasılık

%51-90

**Tedavi önerilir ve
araştırmaya devam edilir**

- ✓ Yarada süngerimsi kemik dokusunun görülmesi veya
- ✓ MRG'de kemik ödemi ve diğer osteomyelit işaretleri veya
- ✓ Kemik örneğinde pozitif kültür ancak negatif histopatoloji veya histopatolojik inceleme yapılmaması veya
- ✓ Kemik örneğinde pozitif histopatoloji ancak kültürde üreme olmaması veya kültür yapılmaması veya
- ✓ İki düşük olasılıklı ölçüt

Kategori	Osteomyelit Olasılığı	Öneri
Düşük olasılık	%10-50	Tedavi verilebilir; ancak ileri araştırmaya gerek var

- ✓ Direkt grafide kortikal destrüksiyon veya
- ✓ MRG'de tek başına kemik ödemi veya
- ✓ Pozitif kemik sondajı veya
- ✓ Kemiğin görünmesi veya
- ✓ Başka bir nedene bağlanamayan ESH >70mm/saat veya
- ✓ Yara üzerinde basının kaldırılmasına karşın iyileşmenin ve perfüzyonun altı haftadan uzun bir süre sağlanamaması veya
- ✓ İki haftadan uzun süren infeksiyon

ID 489440 M 51 DOB:10.12.1963
24.03.2015 14:57:30 21329
MR
UMRANIYE EGT ARS HASTANESI

RPF

W:3562 C:1781
TE: 10,016 TR: 414 TH: 4 LOC: -30,91737 FFS
(R) +C-Ax T1 FSat
MR EKSTREMITÉ TEK TARAFLI (SAG AYAK),

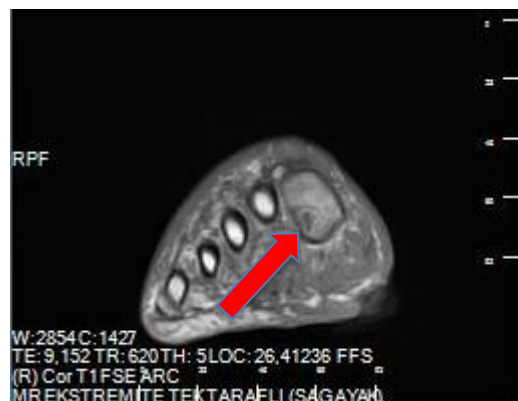
ID 489440 M 51 DOB:10.12.1963
24.03.2015 14:47:40 21329
MR
UMRANIYE EGT ARS HASTANESI

RPF

W:2531 C:1265
TE: 86,604 TR: 3615 TH: 4 LOC: -40,62617 FFS
(R) Ax T2 FSat ARC
MR EKSTREMITÉ TEK TARAFLI (SAG AYAK),

0
16
32
48
64
80
96
112
128
144





RAF

W:2465 C:1257
TE:9,912 TR:412 TH:4 LOC:-18,61357 FFS
(R) +C-Sag T1 FSat
MR EKSTREMITE TEK TARAFLI (SAG AYAK)

RAF

W:2465 C:1257
TE:9,912 TR:412 TH:4 LOC:-23,57461 FFS
(R) +C-Sag T1 FSat
MR EKSTREMITE TEK TARAFLI (SAG AYAK)



MR anjiyo koronal oblik

VASKÜLER DEĞERLENDİRME

Sağ alt extremitede diyabetik yarası olan hastanın vasküler muayenesinde distal nabızlar palpe edilemedi. Çekilen MR anjiyografide alt ektremite distal arterlerde ateroskleroz ve yer yer obstruksiyon tespit edilen hastanın periferik by pass cerrahisi açısından dış merkez konsultasyonu önerilir

II.Diyabetik Ayak Konseyi (Yatışının 20. günü)

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ : Yaygın aterosklerozu mevcut. Periferik bypass önerilmedi. Medikal tedavi ve Tarsometatarsal seviyeden amputasyon önerilir.

ORTOPEDİ : Tarsometatarsal seviyeden amputasyon

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ : Tarsometatarsal seviyeden amputasyon

DAHİLİYE : Kan şekerleri regüle

Takip Laboratuvar Bulguları

	9. gün	17.gün	30.gün
WBC/ mm ³	9.940	8.610	5200
PNL %	63.7	57.6	43.8
CRP mg/dl	5.6	3.4	0.4
ESR mm/saat	92	81	72

2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections^a

Benjamin A. Lipsky,¹ Anthony R. Berendt,² Paul B. Cornia,³ James C. Pile,⁴ Edgar J. G. Peters,⁵ David G. Armstrong,⁶ H. Gunner Deery,⁷ John M. Embil,⁸ Warren S. Joseph,⁹ Adolf W. Karchmer,¹⁰ Michael S. Pinzur,¹¹ and Eric Senneville¹²

¹Department of Medicine, University of Washington, Veterans Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle; ²Bone Infection Unit, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford University Hospitals NHS Trust, Oxford; ³Department of Medicine, University of Washington, Veteran Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle; ⁴Divisions of Hospital Medicine and Infectious Diseases, MetroHealth Medical Center, Cleveland, Ohio; ⁵Department of Internal Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ⁶Southern Arizona Limb Salvage Alliance, Department of Surgery, University of Arizona, Tucson; ⁷Northern Michigan Infectious Diseases, Petoskey; ⁸Department of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Canada; ⁹Division of Podiatric Surgery, Department of Surgery, Roxborough Memorial Hospital, Philadelphia, Pennsylvania; ¹⁰Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ¹¹Department of Orthopaedic Surgery and Rehabilitation, Loyola University Medical Center, Maywood, Illinois; and ¹²Department of Infectious Diseases, Dron Hospital, Tourcoing, France

Table 11. Suggested Route, Setting, and Duration of Antibiotic Therapy, by Clinical Syndrome

Site of Infection, by Severity or Extent	Route of Administration	Setting	Duration of Therapy
Soft-tissue only			
Mild	Topical or oral	Outpatient	1–2 wk; may extend up to 4 wk if slow to resolve
Moderate	Oral (or initial parenteral)	Outpatient/Inpatient	1–3 wk
Severe	Initial parenteral, switch to oral when possible	Inpatient, then outpatient	2–4 wk
No residual infected tissue (eg, postamputation)	Parenteral or oral	...	2–5 d
Residual infected soft tissue (but not bone)	Parenteral or oral	...	1–3 wk
Residual infected (but viable) bone	Initial parenteral, then consider oral switch	...	4–6 wk
No surgery, or residual dead bone postoperatively	Initial parenteral, then consider oral switch	...	≥3 mo

TAKİP

- Hasta amputasyon için Ortopedi Kliniğine devredildi.



TAKİP

- Perop alınan doku kültüründe *S. warneri* üredi.

2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections^a

Benjamin A. Lipsky,¹ Anthony R. Berendt,² Paul B. Cornia,³ James C. Pile,⁴ Edgar J. G. Peters,⁵ David G. Armstrong,⁶ H. Gunner Deery,⁷ John M. Embil,⁸ Warren S. Joseph,⁹ Adolf W. Karchmer,¹⁰ Michael S. Pinzur,¹¹ and Eric Senneville¹²

¹Department of Medicine, University of Washington, Veterans Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle; ²Bone Infection Unit, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford University Hospitals NHS Trust, Oxford; ³Department of Medicine, University of Washington, Veteran Affairs Puget Sound Health Care System, Seattle; ⁴Divisions of Hospital Medicine and Infectious Diseases, MetroHealth Medical Center, Cleveland, Ohio; ⁵Department of Internal Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ⁶Southern Arizona Limb Salvage Alliance, Department of Surgery, University of Arizona, Tucson; ⁷Northern Michigan Infectious Diseases, Petoskey; ⁸Department of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Canada; ⁹Division of Podiatric Surgery, Department of Surgery, Roxborough Memorial Hospital, Philadelphia, Pennsylvania; ¹⁰Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ¹¹Department of Orthopaedic Surgery and Rehabilitation, Loyola University Medical Center, Maywood, Illinois; and ¹²Department of Infectious Diseases, Dron Hospital, Tourcoing, France

Table 11. Suggested Route, Setting, and Duration of Antibiotic Therapy, by Clinical Syndrome

Site of Infection, by Severity or Extent	Route of Administration	Setting	Duration of Therapy
Soft-tissue only			
Mild	Topical or oral	Outpatient	1–2 wk; may extend up to 4 wk if slow to resolve
Moderate	Oral (or initial parenteral)	Outpatient/inpatient	1–3 wk
Severe	Initial parenteral, switch to oral when possible	Inpatient, then outpatient	2–4 wk
Bone or joint			
No residual infected tissue (eg,	Parenteral or oral	...	2–5 d
Residual infected soft tissue (but not bone)	Parenteral or oral	...	1–3 wk
(but viable) bone	parenteral, then consider oral switch		
No surgery, or residual dead bone postoperatively	Initial parenteral, then consider oral switch	...	≥3 mo

- Antibiyotik duyarlılık sonucuna göre Trimetoprim sulfametoksazol başlandı ve tedavisi 14 güne tamamlandı



Post op
15. gün



Post op 6. ay



Post op 13 . ay



Diabetics should treat their Feet like they do their Face





TEŞEKKÜR EDERİM....