Uzun Süre Antibiyotik Tedavisi Ne Kadar Gerekli?
IV- PO Geçiş Protokolleri

Ayten Kadanalı
Biruni Üniversitesi

- Uzun süreli IV antibiyotik = her zaman daha iyi mi?
- Oral tedaviye erken geçiş güvenli mi?
- Kanıt ne diyor — kılavuzlar ne öneriyor?

"IV antibiyotiklerin üstünlüğüne dair inanç, kontrollü kanıttan değil — onlarca yıllık klinik alışkanlıktan kaynaklanmaktadır."

Wald-Dickler et al., Am J Med 2022

Clinical Infectious Disea

IDSA GUIDELI

nivma medicine association

OXFORD

IWGDF/IDS of Diabetes-I

nd Treatment /IDSA 2023)

Éric Senneville,[1,2] Zaina Albalaw ánchez,[7] John M. Embil,[8] Lawrence A. Lavery,[9] Majdi Alha dgar J. G. Peters[15,16,17]

[1]Gustave Dron Hospital, Tourcoing, Franc ity, St. John's, Newfoundland and Labrador,

Table 1. The classification system for defining the presence and severity of foot infection in a person with diabetes.[a]

Clinical classification of infection, definitions	IWGDF/IDSA classification
No systemic or local symptoms or signs of infection	1/Uninfected
Infected: At least two of these items are present: • Local swelling or induration • Erythema >0.5 but <2 cm[b] around the wound • Local tenderness or pain • Local increased warmth • Purulent discharge	2/Mild
And, no other cause of an inflammatory response of the skin (e.g., trauma, gout, acute charcot neuro-arthropathy, fracture, thrombosis, or venous stasis)	
Infection with no systemic manifestations and involving: • Erythema extending ≥2 cm[b] from the wound margin, *and/or* • Tissue deeper than skin and subcutaneous tissues (e.g., tendon, muscle, joint, and bone)[c]	3/Moderate
Infection involving bone (osteomyelitis)	Add "(O)"
Any foot infection with associated systemic manifestations (of the systemic inflammatory response syndrome [SIRS]), as manifested by ≥2 of the following: • Temperature, > 38°C or <36°C • Heart rate, > 90 beats/min • Respiratory rate, > 20 breaths/min, *or* PaCO2 < 4.3 kPa (32 mmHg) • White blood cell count >12,000/mm^3, *or* < 4G/L, *or* >10% immature (band) forms	4/Severe
- Infection involving bone (osteomyelitis)	Add "(O)"

Diya
Tedo
Uzla

Diagno
Ulcers

Ayten Ka
Bayrakta
Güner[9,25]
Oglou[1,2]
Serkan S
Erdinç Ya

anısı,
Ulusal

ot

[33], Taner
e Çayırlı-
umperra Chral
n Sencer[9,25],
r[1,17],

IWGDF/IDSA	İnfeksiyonun Klinik Tanımı
1/İnfekte Değil	Lokal veya sistemik inflamasyon bulgu ve semptomu yok
2/Hafif İnfeksiyon	Lokal inflamasyon bulgularından en az ikisinin varlığı; - Lokal şişlik veya endurasyon - Eritem >0.5 - <2 cm - Lokal hassasiyet veya ağrı - Pürülan akıntı
3/Orta İnfeksiyon	Sistemik inflamasyon bulgularının yokluğunda; - Yara etrafında ≥2 cm eritem - Tendon, kas, eklem, fasiya, kemik tutulumu
3(O)	Kemik tutulumu (osteomiyelit)
4/Şiddetli İnfeksiyon	Ayaktaki herhangi bir infeksiyon ile SIRS bulgularından en az ikisinin bir arada olması SIRS bulguları; - Ateş >38 °C veya hipotermi <36°C - Nabız >90/atım/dk - Solunum sayısı >20/dk veya $PaCO_2$ <32 mmHg - Lökositoz >12 000/mm^3 veya lökopeni <4000/mm^3 veya ≥%10 band formu
4(O)	Kemik tutulumu (osteomiyelit)

SIRS: "Systemic inflammatory response syndrome"

Wound Bed Preparation 2024: Delphi Consensus on Foot Ulcer Management in Resource-Limited Settings

N
E
R
D
S

İyileşmeyen
Eksüda
Kırmızı gevşek granülasyon dokusu
Debris
Koku

YÜZEYEL YARA ENFEKSİYONU:
3 veya üstü topikal antimikrobiyal kullanın

Woo KY, Sibbald RG. A cross-sectional validation study of using NERDS and STONEES to assess bacterial burden. Ostomy Wound Manage 2009;55(8):40.

Wound Bed Preparation 2024: Delphi Consensus on Foot Ulcer Management in Resource-Limited Settings

S
T
O
N
E
E
S

- Boyut artışı
- 3 ^{0}F sıcaklık artışı
- Os Kemiğe prob
- Yeni bozulma alanları
- Eritem >2
- Eksuda
- Koku

DERİN YARA İNFEKSİYONU:

3 veya üstü sistemik antimikrobiyal ve lokal antiseptik kullanın

Woo KY, Sibbald RG. A cross-sectional validation study of using NERDS and STONEES to assess bacterial burden. Ostomy Wound Manage 2009;55(8):40.

YAKLAŞIM

Enfeksiyon Tanısı

Öncelikle klinik: Lokal inflamasyon bulguları (kızarıklık, ısı, ödem, ağrı, pürülan akıntı) temel alınır. CRP, ESR, PCT — tanı belirsizse destekleyici.

Mikrobiyolojik Örnek

Yara sürüntüsü değil — doku biyopsisi veya küretaj önerilir.
Klinikle ilişkilendirilmeli.

Antibiyotik tedavisi yeterli mi?

Antibiyotik tek başına yetmez. Debridman, off loading, vasküler değerlendirme, metabolik kontrol olmadan tedavi başarısız olacaktır.

IDSA GUIDELINES

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

AB Veriliş Yolu –Süresi Enf Ağırlığına Göre Belirlenecek.

Table 11. Sug… Therapy, by Cli…

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

Clinical Infectious Diseases
IDSA GUIDELINES
IDSA Infectious Diseases Society of America
hivma hiv medicine association
OXFORD

IWGDF/IDSA Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Diabetes-related Foot Infections (IWGDF/IDSA 2023)

Table 5. Duration of antibiotic therapy according to the clinical situation.

	Route	Duration
Infection severity (skin and soft tissues)		
Class 2: Mild	Oral	1–2 weeks
Class 3/4: Moderate/severe	Oral/initially iv	2–4 weeks[a]
Bone/joint		
Resected	Oral/initially iv	2–5 days
Debrided (soft tissue infection)	Oral/initially iv	1–2 weeks
Positive culture or histology of bone margins after bone resection	Oral/initially iv	3 weeks
No surgery or dead bone	Oral/initially iv	6 weeks

Abbreviation: iv, intravenous.

[a]10 days following surgical debridement.

Tablo 5. Klinik Duruma Göre Antibiyotik Tedavi Süresi ve Uygulama Yolu (40,100)

İnfeksiyon Şiddeti (Deri ve Yumuşak Doku)	Veriliş Yolu	Süre
Rezeke	PO / Başlangıçta İV	2-5 gün
Debrite (yumuşak doku infeksiyonu)	PO / Başlangıçta İV	1-2 hafta
Pozitif kültür veya kemik rezeksiyonundan sonra kemik sınırında pozitif histolojisi	PO / Başlangıçta İV	3 hafta
Cerrahi yapılmayan veya ölü kemik	PO / Başlangıçta İV	6 hafta

*Cerrahi debridmanı takiben 10 gün.

PO: "Per oral", **İV:** İntravenöz

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE

Three Weeks Vers… Diabetic Foot Ost… Noni…

Karim Garia… Benjamin A.

[1]Service of Endo… Switzerland, [3]Or… University Hospi…

Backgro… a short (3 … results for …

Method… surgical de… therapy wa…

Results. arm. The m… occurred in… similar in the 2 study arms (17/44 vs 16/4…

Conclusions. In this randomized con… gave similar (and statistically noninferior…

gave similar (and statistically noninferi…

Table 1. Characteristics and Outcomes of Subjects With a Diabetic Foot Osteomyelitis Episode, by Duration of Treatment With Systemic Antibiotic Therapy After Debridement (Intention-to-Treat Population) (n = 93)

Characteristic	Duration of Antibiotic Therapy: 3 Weeks (n = 44)	6 Weeks (n = 49)	*P* Value
Clinical			
Female sex	6 (14)	11 (22)	.27
Median age	70 years	65 years	.23
Median body mass index	27 kg/m^2	28 kg/m^2	.89
Osteomyelitis involving toe	22 (50)	31 (63)	.20
Charcot midfoot deformities	6 (14)	6 (12)	.84
Clinical peripheral arterial disease	27 (61)	26 (53)	.42
Transcutaneous oxygen tension (dorsal foot), median	36 mm Hg	41 mm Hg	.58
Successful angioplasty performed	4 (9)	4 (8)	.87
Wound score at admission, median	16 points	17 points	.56
Pathogens			
Staphylococcus aureus	21 (48)	23 (47)	.94
Gram-negative bacteria	11 (25)	17 (35)	.31
Polymicrobial infection	20 (45)	28 (57)	.26
Therapy			
No. of surgical debridements, median	1 intervention	1 intervention	.27
Partial amputation	16 (36)	18 (36)	.97
Hyperbaric oxygen therapy	6 (14)	5 (10)	.61
Duration of intravenous therapy, median	1 day	3 days	.37
Outcome			
Complete remission	37 (84)	36 (73)	.21
Microbiological recurrence only	3 (7)	[illegible]	.56
Adverse events	17 (39)	16 (33)	.54
Serious adverse events	5 (11)	9 (18)	.35
Antibiotic-related adverse events	4 (9)	7 (14)	.44
Complete wound healing after therapy	28 (64)	29 (59)	.67

- DAO 93 …
- Debridma…
- Ortalama…
- Remisyon…

…davi…

…%84),

…%73) p=0.21

hivma hiv medicine association

OXFORD

…f America… …s Diseases® 2021;73(7):e1539–45

…Therapy for … Randomized,

…ist…

…er…

…or…

…er…

…of…

…ek…

…on…

…as…

…col (PP) population (33/39 vs 32/43;

…erapy course for DFO of 3 weeks

…nuscript

Clinical Infectious Diseases
MAJOR ARTICLE

Three Weeks Versus Six Weeks of Antibiotic Therapy for

Allowed Antibiotic Agents and Doses

Antibiotic	Allowed Dosing Regimens	Allowed Total Daily Dose Range
Levofloxacin PO	750 mg q.24h or 500 mg q.12h	750 to 1000 mg
Levofloxacin IV	750 mg q.24h or 500 mg q.12h	750 to 1000 mg
Amoxicillin/clavulanate PO	500/125 mg q.12h. or q.8h	1000/250 mg to 1500/375 mg
Amoxicillin/clavulanate IV	1000/200 mg q.12h or q.8h	2000/400 mg to 3000/600 mg
Clindamycin PO	300 mg or 450 mg q.6h	1200 mg to 1800 mg
Linezolid PO	600 mg q.12h	1200 mg
Linezolid IV	600 mg q.12h	1200 mg
Metronidazole PO	400 mg or 500 mg q.8h or 500 mg q.6h	1200 mg to 2000 mg
Metronidazole IV	500 mg q.8h or q.6h	1500 mg to 2000 mg
Aztreonam IV	1 g or 2 g q.12h or q.8h	2 g to 6 g
Piperacillin/tazobactam IV	3000/375 mg q.6h or 4000/500 mg q.8h	12000/1500 mg (12 g/1.5 g)

Infectious diseases now 54 (2024) 104975

Contents lists

Infecti

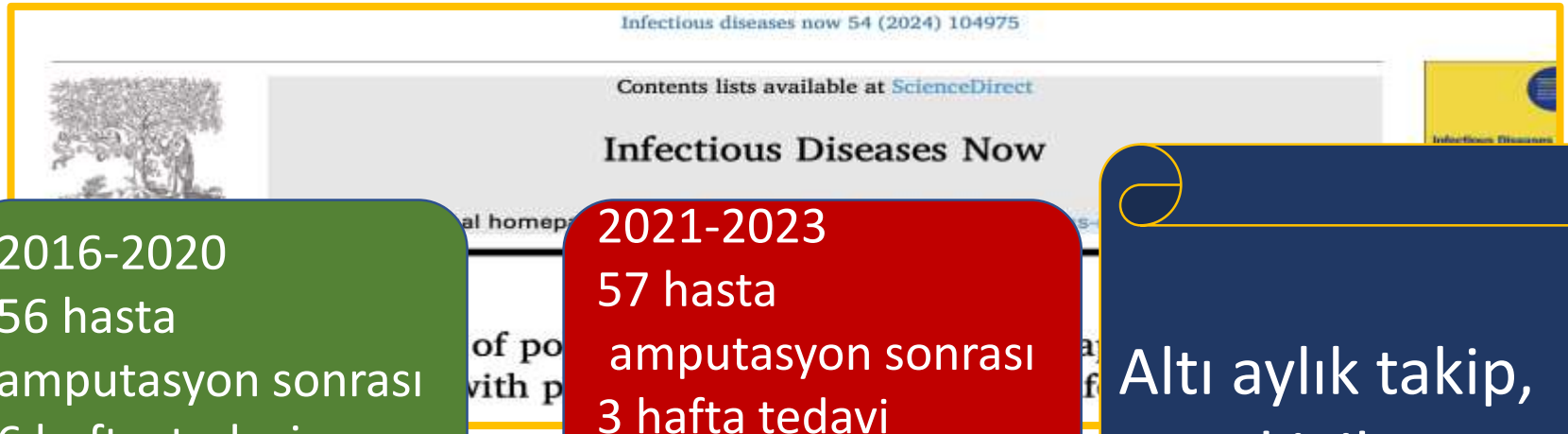
DYDİ için antibiyotik tedavisine 73 hastada (%65) başlandı; bu tedavi, ameliyattan ortalama 9 gün önce başlatıldı.

En sık kullanılan antibiyotikler amoks-klav (%40) ve pip- tazo (%41)

Diğer hastalarda antibiyotik tedavisine ameliyat günü başlandı , duyarlılığa göre düzenleme, .

Kemik biyopsisinden, S. aureus (%48), Enterobacterales (%29) ve P. aeruginosa (%8).

...ceived three weeks of therapy. Over six ...
...are did not differ between groups.
...tic therapy in diabetic patients with forefoot osteomyelitis



2016-2020
56 hasta
amputasyon sonrası
6 hafta tedavi

Tedavi
başarısızlığı % 5

2021-2023
57 hasta
amputasyon sonrası
3 hafta tedavi

Tedavi
başarısızlığı % 5

Altı aylık takip, genel iyileşme oranı %95, Tedavi başarısızlığı benzer

Table 4—Clinical outcome of 40 diabetic patients with osteomyelitis of the foot treated nonsurgically according to the duration of antibiotic therapy

Patient outcome	6 weeks $n = 20$	12 weeks $n = 20$	P
Overall remission	12 (60)	14 (70)	0.50
Complete healing[a]	18 (90)	16 (80)	0.38
Time to complete healing (weeks ± SD)	13.1 ± 12.2	16.8 ± 17.4	0.44

Cerrahi uygulanmayan DFO hastalarında 6 haftalık antibiyotik tedavisinin yeterli olabileceğini düşündüren veriler sunmaktadır

Data are number of patients in whom the event was recorded (%). The total number of each column may exceed the total (overall failure), since more than one event may be recorded in a given patient. [a]Complete healing of wound sustained for at least 4 consecutive weeks.

RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Moderate to Severe Soft Tissue Diabetic Foot Infections

A Randomized, Controlled, Pilot Trial of Post-debridement Antibiotic Treatment for 10 versus 20 days

Pham, Truong-Thanh MD[*,†]; Gariani, Karim MD[‡]; Richard, Jean-Christophe MD[†];

Conclusions:

In this randomized, controlled pilot trial, post-debridement antibiotic therapy for soft tissue DFI for 10 days gave similar (and non-inferior) rates of remission and AEs to 20 days. A larger confirmatory trial is under way.

Medicina **2021**,

medicina

MDPI

Review

Treating Diabetic Foot Osteomyelitis: A Practical State-of-the-Art Update

Benjamin A. Lipsky [1,*] and İlker Uçkay [2]

[1] Department of Medicine, University of Washington, Seattle, WA 98116, USA
[2] Department of Orthopedic Surgery, Balgrist University Hospital, University of Zurich, 8008 Zurich, Switzerland; ilker.uckay@balgrist.ch
* Correspondence: balipsky@uw.edu

Antibiyotik tedavisi ağırlıklı olarak oral yolla ve geçmişte kullanılandan daha kısa süreler için uygulanabilir.

Journal of *Clinical Medicine*

MDPI

2022

Article

Development of National Antimicrobial Intravenous-to-Oral Switch Criteria and Decision Aid

4.	Enteral route	Gastrointestinal tract is functioning with no evidence of malabsorption
		Safe swallow or enteral tube administration
		Suitable oral switch option available, considering oral bioavailability, any clinically significant drug interactions or patient allergies
		No significant concerns over patient adherence to oral treatment
		No vomiting within the last 24 h
5.	Special considerations	Does your patient have an infection that may require special consideration? Infections that may require special consideration include: Deep-seated infection; Infection requiring high tissue concentration; Infection requiring prolonged IV therapy; Critical infection with high risk of mortality. Specific infections for special consideration are: - Bloodstream infection - Empyema - Endocarditis - Meningitis - Osteomyelitis - Severe or necrotising soft tissue infections - Septic arthritis - Undrained abscess

IV → ORAL GEÇİŞ: KRİTERLER VE ZAMANLAMA

UKHSA 2023 Ulusal Konsensüs | Harvey et al., J Clin Med 2023

UKHSA 5 Bölümlü IV→PO Geçiş Çerçevesi

1.Zamanlama
IV başlangıcından 48 saat içinde gözden geçir. Teorik olarak 24 saatte bile mümkün (GI trakt sağlamsa)

2.Kl bulgular
Ateş yok/ düzelme var.
Hemodinamik stabilite.
Klinik enfeksiyon bulgularında gerileme

3. Enfeksiyon belirteçleri
CRP, WBC düşüş eğiliminde.
Procalcitonin gerilemekte.
Bakteremi çözülmüş.

4. Enteral yol
Oral alım mümkün. GI malabsorpsiyon yok. Bilinç açık, oral alım sorunu yok.

5. Istisna durumlar
S. aureus bakteremisi, endokardit, menenjit, immünsüpresyon — bireysel değerlendirme gerektirir

© 2021 Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research, 9 (5), 695-703, 2021
ISSN 0719-4250
http://jppres.com/jppres

Original Article

Erken PO geçişle hastanede kalış süresi 2-3 gün az, sağlık harcamalarında %30-40 oranında düşüş ($p<0.001$).
Antibiyotik tedavi başarısını etkilemiyor..
Tedaviyi optimize etmek için ameliyat hastaları için erken geçiş düşünülebilir...

antibiotic treatment while this protocol is superior to non-switching and late-switching in terms of length of hospital stay and cost of treatment. Early switching should be considered for surgery patients to optimize the treatment.

RESEARCH ARTICLE Open Access

Systematic review: the bioavailability of orally administered antibiotics during the

Ateşli, YB dışı hastanede yatan hastalarda,
Erken (< 24 saat) intravenözden oral tedaviye geçiş
Hastalarda oral antibiyotiklerin biyoyararlınımı
Sonuç: Bu hastalarda PO antibiyotiklerin biyoyararlanımı konusunda **açık bir bilgi eksikliği var, iyi tasarlanmış çalışmalar gereklidir.**
⚠ *Ateşli hastalarda ciprofloksasin ve klaritromisin çalışmaları: farmakokinetik fark saptanmamıştır.*

OVIVA ÇALIŞMASI: ‘Kemik-eklem infeksiyonları PO –IV Antb karşılaştırılması

Baseline surgical procedure — no. (%)			
No implant or device present; débridement of chronic osteomyelitis performed	153 (29.0)	169 (32.1)	322 (30.6)
No implant or device present; débridement of chronic osteomyelitis not performed	25 (4.7)	29 (5.5)	54 (5.1)
Débridement and implant retention	124 (23.5)	123 (23.3)	247 (23.4)
Removal of orthopedic device for infection	89 (16.9)	78 (14.8)	167 (15.8)
Prosthetic joint implant removed	68 (12.9)	67 (12.7)	135 (12.8)
Prosthetic joint implant, one-stage revision	47 (8.9)	43 (8.2)	90 (8.5)
Surgery for diskitis, spinal osteomyelitis, or epidural abscess; débridement performed	8 (1.5)	5 (0.9)	13 (1.2)
Surgery for diskitis débridement n			

Organisms identified — no./total no. (%)§			
Staphylococcus aureus	196/500 (39.2)	182/503 (36.2)	378/1003 (37.7)
Coagulase-negative staphylococcus	137/500 (27.4)	135/503 (26.8)	272/1003 (27.1)
Streptococcus species	72/500 (14.4)	73/503 (14.5)	145/1003 (14.5)
Pseudomonas species	28/500 (5.6)	23/503 (4.6)	51/1003 (5.1)
Other gram-negative organisms	84/500 (16.8)	84/503 (16.7)	168/1003 (16.7)
Culture negative	77/500 (15.4)	78/503 (15.5)	155/1003 (15.5)

* There was no significant difference between the groups for any variable shown other than sex (P=0.02). Percentages may not total 100 be

OVIVA ÇALIŞMASI: ‘PO –IV Antb karşılaltırılması '

Li et al., NEJM 2019 — Dönüm noktası çalışma

1054	NON-INF	£2740	9.4% vs 1%
hasta 26 UK merkezi	Oral ≥ IV 1 yıl takipte	hasta başına IV'e kıyasla tasarruf	IV hattı komplik. (IV vs PO kolu)

Çalışma Tasarımı

Paralel gruplu, açık etiketli, non-inferiority RKÇ

- 18 yaş üzeri kemik/eklem enfeksiyonu
- Cerrahi sonrası ≤7 günde randomizasyon
- 6 hafta IV veya PO — sonraki PO izin verildi
- Primer sonlanım: 1 yılda tedavi başarısızlığı
- Non-inferiority marjini: %7.5

Temel Bulgular

✓ Tedavi başarısızlığı: PO vs IV fark −1.38%
(90% GA → non-inf karşılandı)

✓ IV kolu: medyan hastane yatışı 14 gün
PO kolu: 11 gün (p anlamlı)

✓ C. difficile — iki kol arasında fark yok

✓ Oral tedavi kemikte enfeksiyonu olan çok sayıda hasta için güvenli ve maliyet-etkin alternatiftir

"ORAL YENİ IV'DIR" — SİSTEMATİK DERLEME

Wald-Dickler et al., Am J Med 2022 | 21 RKÇ

Osteomyelit, bakteremi ve endokardit için IV-ted ile oral ardışık tedaviyi karşılaştıran prospektif kontrollü çalışmaların sistematik derlemesi — 21 çalışma analiz edildi.

Tüm 20 RKÇ + 1 quasi-deneysel çalışma

Oral antibiyotiklerin IV'e kıyasla en az eşdeğer olduğunu gösterdi. Hiçbir

Mortalite dahil tüm sonlanımlar

Bakteremi ve endokardit çalışmalarında birçoğunda oral tedavi mortalite

"IV antibiyotik üstünlüğüne dair inanç, 1970'lerden kalma kontrolsüz kanıya dayanmaktadır; güncel RKÇ verisi bunu desteklememektedir."

Geniş ajan yelpazesi

Sonuçlar tek bir antibiyotiğe özgü değil — farklı ilaçlarla elde edildi. Etkinlik sınıfsal bir özellik.

Oral tedavi için önerilen kriterler

(1) Hemodinamik stabilite
(2) Kaynak kontrolü sağlanmış
(3) Oral alım & emilim mümkün
(4) Yüksek biyoyararlanımlı ajan mevcut

Sonuçlar:

Ölüm oranları dahil , IV--IV/PO tedavinin klinik etkinliğinde **fark olmadığı** görüldü

Kateter ilişkili YE ve hastanede yatış süresi, IV tedavi gruplarında daha yüksek

Tartışma:

Tedavi kılavuzları, PO tedavinin osteomiyelit, bakteriyemi ve endokarditli seçilmiş hastalar için uygun olduğunu belirtecek şekilde değiştirilmelidir.

Tanımlanmış belirli bir intravenöz ön tedavi süresi bulunmamakta

ORAL ANTİBİYOTİK KULLANIMININ AVANTAJLARI

Shorter stays in the hospital

Fewer days on inpatient antibiotic treatment

Lower hospital costs

DİRENÇ, MALİYET VE ANTİMİKROBİYAL STEWARDSHİP

Uzun süreli IV antibiyotiğin görünmez maliyetleri

Antimikrobiyal Direnç

- Gereksiz uzun IV tedaviler → seçici baskı → direnç
- IWGDF 2023: Süre kısaltma = stewardship katkısı
- Geniş spektrum IV → C. diff, MRSA riski ↑
- Kültür yönlendirmeli dar spektrum oral = daha az baskı

Maliyet Analizi

- OVIVA: IV kolu hasta başına £2.740 fazla maliyet
- Oral ilaç maliyeti IV'ün yaklaşık 1/10'u
- IV uygulama komplikasyonu: mortalite %12–25 (OVIVA)
- Uzun yatış → hastane kaynaklı enfeksiyon riski ↑

Hasta Konforu & Güvenlik

- IV hat: %9.4 komplikasyon (OVIVA IV kolu)
- Uzun yatış → mobilizasyon bozukluğu, tromboz
- Oral: ev ortamı, yaşam kalitesi, uyum ↑
- OPAT (ev IV): ekip yükü, maliyet, risk devam eder

IWGDF/IDSA 2023: Antibiyotik süre kısaltması ve oral geçiş, stewardship programlarının somut hedefleridir. Uzun IV uygulama = hasta yükü + maliyet + direnç riski + iatrogenez.

We have suggested that such clinical criteria may include [30, 101, 102] the following: (1) the patient is clinically and hemodynamically stable; (2) procedural source control has been achieved when appropriate, ideally with clearance of bacteremia; (3) the patient's gut is functioning and likely to absorb oral medications; (4) a published regimen is available for the target pathogen(s); and (5) there are no patient-level, psychosocial, or economic factors that would cause IV therapy to be favored.

Sonuçlar:

1. Farklı antibiyotik tedavi süreleri için tedavi başarı oranları eşdeğer olsa da,
2. **Çalışma tasarımındaki yüksek heterojenlik sonuçların** klinik uygulamaya aktarılmasını zorlaştırmaktadır.
3. Gelecekteki araştırmalar için çalışma tasarımının standartlaştırılması ve tedavilerin risk profiline göre belirlenmesi, DFO tedavisinin daha iyi anlaşılması için şart olacaktır.

COMMENTARY https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2025.10.040

THE AMERICAN JOURNAL of MEDICINE®

2025 Update to WikiGuidelines for the management of pyogenic osteomyelitis in adults

PO ted osteomiyelit için en az sadece IV tedavi kadar etkin

Tedavi başarısı önce uygulanan IV başlangıç süresi ile ilişkisiz

Osteomiyelitde oral tedavinin etkinliği sonucunu güçlendirmektedir.

Wald-Dickler, N. *Am J Med.* 2022
Lima, JPC ·Bone. 2025
Sendi, P. ·CMI,2023

SONUÇ VE ÖNERİLER

Süreyi Kısalt

IWGDF 2023: Orta/ağır yumuşak doku inf. için 10 gün yeterli. Yara iyileşmesini bekleme — klinik yanıtı hedefle.

Oral'e Erken Geç

48–72 saatte kriterler karşılanıyorsa IV'ten PO'ya geç. OVIVA kanıtladı: oral ≥ IV, maliyet ↓, komplikasyon ↓.

Ajan Seç

Biyoyararlanım >60–90% olanları tercih et. Linezolid, klindamisin, florokinolonlar, kotrimoksazol — kronik yarada güçlü seçenekler.

Stewardship

Uzun IV uygulama= direnç riski + maliyet + …. Süre kısaltma ve oral geçiş = antimikrobiyal koruma.

Kılavuzların DFO için 4-6 hafta tedavi önerisi var ancak uzun süreli (>6 hafta) antibiyotik tedavisi tedavi etmekte

DFO için antibiyotik tedavisi vakaların

- %23'ünde <6 hafta
- %34'ünde 6 hafta-3 ay ,
- % 12'sinde >3-6 ay
- %5 inde 6 ay-1 yıl arası olduğunu bildirmiş

M Arias, Retrospective analysis of diabetic foot osteomyelitis management and outcome at a tertiary care hospital in the UKS PLoS One, 2019

Sir William Osler
1849- 1919

Johns Hopkins University

"Bugün yoğun eğitiminizi tamamlayarak mezun oluyorsunuz. Şunu söylemeliyim ki maalasef size öğrettiklerimizin yarısı yanlıştır."

"Fakat ne yazık ki hangi yarısının yanlış olduğunu biz de bilmiyoruz !!!"