DİYABETİK AYAK ENFEKSİYONU

Multidisipliner Yaklaşımla Uzun Süreli Yara Yönetimi

MRG ile osteomiyelit doğrulanan, IWGDF/IDSA Evre 3(O) olgu

Arş. Gör. Dr. Şuheda YAVİLİOĞLU

Danışman: Prof. Dr. Ayşe ALBAYRAK

Olgu Özeti

60 yaş, erkek | 6 yıldır diabetes mellitus

Özgeçmiş

Diabetes mellitus (6 yıl)

Hipertansiyon

Koroner bypass öyküsü

Başvuru ve yatış

Yatış: 13.05.2026

Sağ topukta nekrotik yara

CRP: 207 mg/L

Lökosit: 15.000/mm³

Nötrofil: %88

HbA1c: %11,1

Önceki Yatıştan Mevcut Yatışa



26 Ocak 2026

Önceki kısa süreli yatış



14 Mayıs 2026

Mevcut yatışın erken dönemi

IWGDF/IDSA Enfeksiyon Şiddeti

Diyabetik ayak enfeksiyonunda klinik sınıflama

Evre 1	Enfeksiyon bulgusu yok
Evre 2	Hafif: yüzeyel, sınırlı lokal enfeksiyon
Evre 3	Orta: derin doku tutulumu ve/veya yaygın lokal enfeksiyon; SIRS kriterleri karşılanmıyor
Evre 4	Ağır: Enfeksiyonla birlikte en az 2 SIRS kriteri (Ateş >38°C veya <36°C; nabız >90/dk; solunum >20/dk veya $PaCO_2$ <32 mmHg; WBC >12.000 veya <4.000/mm^3 ya da immatür nötrofil >%10)

Kaynak: IWGDF/IDSA diyabetik ayak enfeksiyonu sınıflaması (2023)

Enfeksiyon Şiddeti ve Osteomiyelit

IWGDF/IDSA diyabetik ayak enfeksiyonu sınıflaması

EVRE 3(O) | Orta şiddetli enfeksiyon + osteomiyelit

MRG: Kalkaneus posteriorunda osteomiyelit açısından şüpheli sinyal değişiklikleri.

Radyoloji raporunda klinik değerlendirme ile korelasyon önerildi.

Ateş, taşikardi ve takipne saptanmadı.

Kaynak: IWGDF/IDSA 2023 diyabetik ayak enfeksiyonu kılavuzu.

İlk Değerlendirme ve Multidisipliner Yaklaşım

IWGDF/IDSA Evre 3(O) tanısı sonrası konsültasyonlar

Klinik değerlendirme ve yara evrelendirilmesi yapıldıktan sonra hastaya **siprofloksasin** tedavisi başlandı.

1. ## Ortopedi ve Travmatoloji

   Nekrotik/enfekte dokunun değerlendirilmesi; cerrahi debridman planı.

2. ## Kalp ve Damar Cerrahisi

   Distal arteriyel akım bozukluğunun değerlendirilmesi; revaskülarizasyon planı.

3. ## Endokrinoloji

   HbA1c %11,1 nedeniyle glisemik regülasyon ve metabolik optimizasyon.

4. ## Nöroloji

   EMG: alt ekstremitelerde sensörimotor aksonal polinöropati.

Amaç: Enfeksiyon kontrolü, perfüzyon, glisemik kontrol ve nöropatik riskin birlikte değerlendirilmesi.

Alt Ekstremite Doppler USG Bulguları

14 Mayıs 2026 | Revaskülarizasyon öncesi değerlendirme

Proksimal arterler

Femoral ve popliteal arterlerde trifazik akım.

Distal arterler

Bilateral tibial ve dorsalis pedis arterlerde monofazik akım paterni.

Venöz sistem

DVT lehine bulgu saptanmadı.

İleri vasküler değerlendirme

Distal arterlerde monofazik akım saptanması üzerine Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği tarafından ileri görüntüleme amacıyla BT anjiyografi istendi.

SONRAKİ ADIM → BT ANJİYOGRAFİ

BT Anjiyografi Bulguları

İleri vasküler değerlendirme | Revaskülarizasyon öncesi

İliak arterler

Bilateral ana iliak arterlerde orta dereceli darlık oluşturan miks plaklar.

Yüzeyel femoral arterler

Sağda orta, solda hafif dereceli darlık.

Popliteal arterler

Solda orta dereceli darlık; sağda kontrast dolumu izlenmiyor (oklüzyon şüphesi).

Krural arterler

İleri darlıklar ve yer yer oklüzyon şüphesi oluşturan dolum defektleri.

KLİNİK DEĞERLENDİRME

BT anjiyografi bulguları doğrultusunda Kalp ve Damar Cerrahisi kliniği tarafından endovasküler girişim kararı alındı.

Revaskülarizasyon: Endovasküler ve Açık Cerrahi Yaklaşım

21 MAYIS 2026

1. **Bilateral femoral arter erişimi**

   Sağ ve sol kasık insizyonlarıyla femoral arterlere ulaşıldı.

2. **Endovasküler balon dilatasyonu**

   Sağ femoral arter yoluyla distal arteriyel segmente balon uygulandı.

3. **Açık cerrahi revaskülarizasyon**

   Sol femoral arterde tromboendarterektomi gerçekleştirildi.

4. **Damar onarımı ve kontrol**

   Perikardiyal yama ile kapatma; kontrol görüntülemesi yapıldı.

Klinik hedef: Alt ekstremite perfüzyonunu iyileştirmek

Yara Sürecinin Kronolojik İzlemi

Revaskülarizasyon sonrası, cerrahi debridman öncesi



2 Haziran 2026

Topukta geniş nekrotik eskar dokusu izleniyor.



18 Haziran 2026

Yara bakım hemşiremiz tarafından yüzeyel debridman uygulandı.

Cerrahi Kaynak Kontrolü

25 Haziran 2026

1. **Nekrotik ve enfekte dokuların uzaklaştırılması**

   Sağ topuk yara alanına cerrahi debridman uygulandı.

2. **Yara yatağının temizlenmesi**

   Serum fizyolojik ile irrigasyon gerçekleştirildi.

3. **Hemostaz ve pansuman**

   Kanama kontrolü sonrası rifampisinli pansuman yapıldı.

4. **İleri yara bakımına geçiş**

   VAC destekli yara tedavisi başlatıldı.

Klinik hedef: Enfeksiyon odağını azaltmak ve yara yatağını hazırlamak

Yara Sürecinin Kronolojik İzlemi

3 Temmuz 2026 | Debridman sonrası, VAC tedavisinin erken dönemi



Debridman sonrası erken yara görünümü
Yara yatağında fibrinöz doku izleniyor.

Uygulanan Yara Bakımı



VAC (Negatif Basınçlı Yara Tedavisi)
uygulamasına başlandı.



Gümüş sülfadiazin içeren örtü
ile pansuman uygulandı.



Alginat içeren yara bakım kremi
ile pansumana devam edildi.

Yara Bakımındaki Önemi

Gümüş örtü: Lokal mikrobiyal yükün kontrolüne yardımcı olabilir.

Alginat: Eksüda yönetimini ve nem dengesini destekler.

Yara Sürecinin Kronolojik İzlemi

Debridman sonrası - VAC destekli seri yara bakımı



13 Temmuz 2026



20 Temmuz 2026



13 Ağustos 2026

Negatif Basınçlı Yara Tedavisinin (NPWT) Olgumuzdaki Yeri

VAC ve Granülasyon Dokusu

1

Granülasyonun desteklenmesi

Mikrodeformasyon ve mekanik uyarı, hücresel proliferasyonu ve granülasyon dokusu oluşumunu destekler.

2

Eksüda ve ödem kontrolü

Yara sıvısının uzaklaştırılmasıyla lokal yara yatağı koşullarının iyileştirilmesine katkı sağlar.

3

Yara kontraksiyonu

Makrodeformasyon ile yara kenarlarının yaklaşmasını ve yara alanının küçülmesini destekleyebilir.

4

Rekonstrüksiyona hazırlık

Uygun olgularda greft veya flep öncesi yara yatağının hazırlanmasında yardımcı olabilir.

OLGUYA ÖZGÜ UYGULAMA | 30 Haziran – 9 Eylül 2026

Revaskülarizasyon, debridman ve enfeksiyon kontrolü sonrasında VAC destekli seri yara bakımı.

Kaynak: IWGDF 2023 yara iyileştirme kılavuzu; NPWT, uygun postoperatif yaralarda yardımcı tedavi olarak değerlendirilebilir.

Yara Sürecinin Kronolojik İzlemi



9 Eylül 2026

TABURCULUK VE SEVK

VAC destekli granülasyon dokusu oluşan ve yara kenarları yaklaşan hasta, kompleks rekonstrüktif cerrahi için ileri merkeze sevk edildi.

Taburculuk öncesi yara değerlendirmesi

EKSTREMİTE KORUYUCU TEDAVİ: KLİNİK SONUÇ

Multidisipliner yaklaşımın aşamaları ve kazanımları

1 REVASKÜLARİZASYON

Doku perfüzyonunun iyileştirilmesi

→

2 CERRAHİ DEBRİDMAN

Nekrotik ve enfekte dokuların uzaklaştırılması

→

3 VAC / GRANÜLASYON

Yara yatağının iyileşmesinin desteklenmesi

CRP 207 → 9 mg/L

İnflamatuvar yanıtta gerileme

WBC 15.000 → 6.000/mm³

Lökosit değerlerinde normalleşme

KLİNİK KAZANIM

Son 10 gün antibiyotiksiz, afebril ve klinik stabil izlem

Enfeksiyon kontrolü sağlandı; majör amputasyon olmadan ekstremite korundu.

SONRAKİ AŞAMA: REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

Yara kapanması tamamlanmadığından kompleks rekonstrüktif cerrahi değerlendirmesi için ileri merkeze sevk edildi.

DİNLEDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.