

Dirençli Diyabetik Ayak Enfeksiyonlu Bir Vakada Cerrahi Yaklaşım ve Yönetim

109

Özlem ÖNDEŞ BAYAR¹

GİRİŞ

Diyabetik ayak ülserleri (DAÜ), morbidite ve mortalite ile sonuçlanan ciddi bir diyabet komplikasyonudur. Travmatik olmayan alt ekstremité amputasyonunun önde gelen nedenidir. Tüm tıbbi önlemlerin amacı, profilaksi ve yeterli enfeksiyon tedavisi yoluyla amputasyondan kaçınmaktır.

Bu vakamızda hastanın mevcut komorbiditesini optimize edip komplikasyonları en aza indirerek, hastanede kalış süresini ve iyileşme süresini azaltmak için tam kalınlıkta deri grefti (Full Thickness Skin Graft=FTSG) uyguladığımız tedaviye dirençli bir DAÜ sunuyoruz.

VAKA

89 yaşında kadın hasta sol ayak topuğunda yara ve ağrı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hasta DAÜ tanısı ile genel cerrahi kliniğine yatırıldı.

Hastanın genel durumu orta kötü idi. Bilinen mevcut hastalıkları diabetes mellitus, hipertansiyon ve demansı mevcuttu.

Hastanın fizik muayenesinde sol ayak topukta 8*8 cm nekrotik, gangrenöz, enfekte, kokulu ve ülsera yarası mevcuttu (Şekil 1a).

Anke brakial indeks: 0,45; Tansiyon:150/80 mmHg ; Nabız: 88/dk Ateş: 36,5°C idi.

Hastanın yatışındaki kan değerleri açlık kan şekeri; 162 mg/dl, kreatinin; 1.34mg/dl, CRP; 49.02 mg/dl, beyaz küre; 9,74 hc/mm³, hemoglobin; 13.5g/dl, hemotokrit; 41,5, sedim; 46 mm/saat, HbA1c; 6,5 idi.

Hasta yatırıldıktan sonra kan şekeri regülasyonu için endokrinoloji kliniğine, uygun ampirik antibiyotik tedavisinin başlanması için enfeksiyon hastalıkları kliniğine danışıldı ve önerilerine uyuldu.

Hastadan yatak başında doku kültürü alındı. Doku kültürü sonucu ile tekrar antibiyotik tedavisinin düzenlenmesi için enfeksiyon hastalıklarına danışılması planlandı.

¹ Uzman Doktor, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, ozlemondesbayar@gmail.com

(1853–1923) DAÜ tedavisinde üç önemli ilke belirlendiğinde DAÜ'ların yönetiminde devrim yarattı, günümüz bakımının temeli olmaya devam eden: keskin debridman, yara üzerindeki basıncın azaltılması, ve diyabetik ayak eğitimi idi (17). Bu ilkelere dayanarak, bugün tedavi temelleri cerrahi debridman ile lokal yara bakımı, nemli bir yara ortamını destekleyen pansumanlar, yara boşaltma, vasküler değerlendirme, aktif enfeksiyon tedavisi ve glisemik kontrolü içermektedir (18-20).

Tablo 4. PEDIS sınıflandırma vepuan sistemi						
Derece	Perfizyon	Genişlik	Derinlik	Enfeksiyon	Duyu	Puan
1	PAH yok	Cilt bozulmamış	Cilt bozulmamış	Yok	Kayıp yok	0
2	PAH var KUI yok	< 1 cm ²	Yüzeysel	Yüzey	Kayıp	1
3	KUI	1- 3 cm ²	Fasya, kas, tendon	Abse, fasiit, septik artrit		2
4		>3 cm ²	Kemik veya eklem	Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu		3

PAH = Periferik arter hastalığı; KUI = Kritik uzuv iskemisi

DAÜ bakımında standart uygulamalara ek olarak, adjuvan ajanları vardır. Bunlar cerrahi olmayan debridman ajanları, pansumanlar ve topikal ürünler, oksijen tedavileri, negatif basınçlı yara tedavisi, hücrel biyoproductler, insan büyüme faktörleri, deri greftleri ve biyomühendislik cilt, enerji bazlı tedaviler ve sistemik tedavilerdir (5).

Diyabetli hastalarda ülserasyonlardan kaynaklanan açık ayak yaraları yavaş iyileşir, sıklıkla enfekte olur ve uzuv amputasyonuna yol açabilecek ciddi komorbiditeye neden olabilmektedir. Cerrahlar bu yaraların kısa zamanda iyileşmesi için, cilt greftlerini (STSG= Split Thickness Skin Graft ve FTSG) bu hasta grubunda hızlı ve uygulanabilir bir yöntem olarak tanımlırlardır (21).

Deri grefti, vücudun bir kısmından alınan ve başka bir yerde bir kusuru onarmak için kullanılan bir cilt birimidir. Tüm epidermisi ve değişken kalınlıkta dermisin bir bölümünü içerir. Tüm dermisi içeren cilt greftlerine tam kalınlıkta deri greftleri (FTSG veya Wolfe Krause greftleri) denir. Dermisin sadece bir kısmı dahil edilirse, kısmi kalınlıkta deri grefti terimi kullanılır (STSG veya Thiersch grefti). Deri greftleri cerraha hızlı ve kolay bir yara kapatma yöntemi sunmaktadır (22).

Diyabetli tüm hastalar için yıllık ayak muayenesi gerekmektedir. Diyabetik ayak enfeksiyonu öyküsü olan herhangi bir hasta için daha sık inceleme (1-3-aylık) önerilmektedir. Amaç ülser riski altında olan hastaları tanımlamak, ciltte bozulma belirtileri olup olmadığını değerlendirmek, ilerlemeyi önlemek için uygun yönetimi başlatmak ve endikasyon varsa hastayı sevk etmektir (4).

SONUÇ

DAÜ nedenlerinin multifaktöriyel olması ve hastaların mevcut komorbiditelerinden dolayı sinerjik olarak çalışan multidisipliner ekip tarafından sistematik multimodal tedavi yaklaşımı gerektirmektedir.

KAYNAKÇA

1. Leone A, Vitiello C, Gulli C, Sikora AK, Macagnino S, Colosimo C. Bone and soft tissue infections in patients with diabetic foot. *Radiol Med*. 2020; 125(2):177-187.
2. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med*. 2017;49(2):106-116.
3. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New Engl J Med* 2017;376(24):2367–75.
4. Reardon R, Simring D, Kim B, Mortensen J, Williams D, Leslie A. The diabetic foot ulcer. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(5):250-255.
5. Everett E, Mathioudakis N. Update on management of diabetic foot ulcers. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1411(1):153-165.
6. Murphy-Lavoie HM, Ramsey A, Nguyen M, Singh S. Diabetic Foot Infections. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
7. Song K, Chambers AR. Diabetic Foot Care. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
8. Oliver TI, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
9. Morton LM, Phillips TJ. Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(4):589-606.
10. Wheat LJ, Allen SD, Henry M, et al. Diabetic foot infections. Bacteriologic analysis. *Arch Intern Med*. 1986;146(10):1935-1940.
11. Abid A, Hosseinzadeh S. Foot Ulcer. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
12. Schaper NC. Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. *Diabetes Metab Res Rev* 2004; 20 Suppl 1:S90–5.
13. Wagner FW Jr. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot Ankle* 1981; 2(2):64–122.
14. Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. *Diabetes Care* 1998;21(5):855–9.
15. Ince P, Abbas ZG, Lutale JK, et al. Use of the SINBAD classification system and score in comparing outcome of foot ulcer management on three continents. *Diabetes Care*. 2008;31(5):964-967.
16. Karthikesalingam A, Holt PJ, Moxey P, Jones KG, Thompson MM, Hinchliffe RJ. A systematic review of scoring systems for diabetic foot ulcers. *Diabet Med*. 2010;27(5):544-549.

17. Naves CCLM. The Diabetic Foot: A Historical Overview and Gaps in Current Treatment. *Adv wound care*. 2016;5(5):191–197.
18. Lavery LA, Davis KE, Berriman SJ, et al. WHS guidelines update: Diabetic foot ulcer treatment guidelines. *Wound Repair Regen*. 2016;24(1):112–126.
19. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections a. *Clin Infect Dis*. 2012;54(12):132–173.
20. Bakker K, Apelqvist J, Lipsky BA, et al. The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32(suppl 1):2–6.
21. Donegan RJ, Schmidt BM, Blume PA. An overview of factors maximizing successful split-thickness skin grafting in diabetic wounds. *Diabet Foot Ankle*. 2014; 5:1.
22. Tamer S. "Split-Thickness Skin Grafts." *Skin Grafts: Indications, Applications and Current Research*. In: Spear M, ed. London, UK: InechOpen; 2011: 3–16.