

36 No'lu Ertuğrul Eğitim ASM Vaka Sunumu 16/01/2023

K.D 52 yaşında erkek hasta

Şikayeti: Ayak pansumanı

Hikayesi: Bilinen DM,HT,HL tanıları olan hasta ayağında çıkan yaraya evde eşine pansuman yaptırıyormuş. Yarası ilerleyince tarafımıza başvurmuş.

Özgeçmiş: DM(17 yıl), SVO(6 yıl önce),HT, HL

Soygeçmiş: Anne: DM

Kullandığı ilaçlar: Trajenta, Galvus Met, Forziga, Novorapid, Toujeu, Ecopirin, Nexivol, Nootropil,Vastarel MR, Tarden, Pulcet

Geçirilmiş Operasyon: Beyin kanaması, Sağ ayak serçe parmağı ampute, Sağ ayak 4.parmak ampute, sağ kol kırık sebebiyle platin takılmış.

Gebelik-Emzirme: Yok

Alışkanlıklar: Sigarayı 8 sene önce bırakmış, alkol yok

Meslek: Emekli

F.M.

Ateş:36.2 nabız:82/dk ss:16 ta:125/85 mmHg sat :% 98

Boy:176 cm Kilo:100 kg

Bilinen DM,HT,HL tanıları olan hastanın sağ ayak 2.parmak distalinde kemiğe kadar uzanım gösteren püy içeren ülsere lezyon,

Sağ ayak tabanında yeni oluşmaya başlayan, diyabetik ayak lehine değerlendirilen yüzeysel lezyonlar

Sol ayakta nasır oluşumu

Charcot ayağı olan hastanın

5.parmak ampute

Laboratuvar:

AKŞ:152 Hba1C:9.3

Tanı ve ön tanı: Diyabetik ayak

Tedavi: Rif+Furacin ile diyabetik ayak pansumanı yapıldı. Rif ampul, Furacin pomad, Cipro 750 mg tb reçete edildi. Dahiliye ve Enf. Hastalıkları'na sevk edildi.

Enfeksiyon Hastalıkları tarafından değerlendirilen hasta Ortopedi'ye konsulte edilmiş. Randevu 15 gün sonraya verildiğinden hasta özel hastaneye başvurmuş. Parmak amputasyonu gerçekleştirilen hastanın ilaç kullanımı sorgulandı. Bazal insülinini hiç kullanmadığı anlaşıldı. Bazal insülini reçete edildi. Diğer ilaçların nasıl kullanılacağı anlatıldı. Beslenme-diyet önerilerinde bulunuldu. Sonraki kontrolünde hastanın Toujeo kullanmaya başladığı öğrenildi. Başladıktan sonra AKŞ:110 civarlarında seyrediyormuş. TKŞ:120 civarlarında seyrediyormuş.

1 ay sonraki AKŞ:109 Hba1C:8.7

3 ay sonra kontrole çağırıldı.

DİYABETİK AYAK

Diyabetik hastalarda en sık karşılaşılan alt ekstremitte problemlerinin başında diyabetik ayak sorunları gelir. Diyabetli hastaların yaklaşık %30'u hayatlarının bir bölümünde ayak problemleri ile karşılaşmaktadırlar. Bu ayak problemleri arasında ülserler, enfeksiyon, gangren ve Charcot ayak yer alır. Hem mortaliteyi hem morbiditeyi kötü yönde etkileyen bu problemlerin en iyi tedavi şekli, hiç oluşmadan önlenmesiyle başlar.

Diyabetik hastaların ayak problemleri arasında, iskemik ve enfektif problemler en önde gelmektedir. Bu durumlar hem makrovasküler hem de mikrovasküler komplikasyonların bir sonucudur. Mikrovasküler komplikasyonların başında yer alan periferik nöropatiye bağlı olarak, ayakta koruyucu duyu kaybı (sensöriyel nöropati), eklem kontraktürleri ve şekil bozuklukları (motor nöropati), cilt kuruluğu, terleme bozuklukları ve vazo-motor yanıtta değişiklikler (otonom nöropati) meydana gelir. Duyusu kaybolmuş bir ayak, ayakkabı içine girecek yabancı cisimleri hissetmeyeceği gibi, dış travmalara da yatkın hale gelecektir. Motor nöropati nedeniyle aşil tendonda gerginlik gelişen bir ayak plantar fleksiyonda kalacak, yürüyüşün ilk fazında ön ayağın yere sert temas etmesine neden olacaktır. Ayak içi fleksör kaslarda da diyabete bağlı gelişen kontraktürler, gene bu ilk fazda parmakların yere erken vurmasına ve böylece bası ülserlerine neden olur. Otonom nöropatiye bağlı ciltte meydana gelen kuruluk, zamanla cilt çatlaklarına, fungal enfeksiyonlara ve bu enfeksiyonların derinleşebilmesine uygun ortam sağlayacaktır. Makrovasküler komplikasyonlar ise, dolaşım bozukluğuna yol açarak, yara iyileşmesinde gecikme ve gangrene neden olur. Diyabetik hastaların yüksek kan şekereğine bağlı protein glikolizasyonu ve azalmış immün yanıtlarına bağlı, hem enfeksiyonlar hem de ülserler,

ekstremitte kaybına dek gidecek bu sürece katkıda bulunurlar. Diyabetik hastalardaki amputasyon oranları, bu yüzden diğer herhangi bir sebepten amputasyona uğrama ihtimalinin 15 katıdır.

DİYABETİK AYAK ÜLSERLERİ VE OSTEOMİYELİT

Diyabetik ayaklarda özellikle bası alan bölgelerde gelişen ülserler, tedavi edilmediğinde amputasyona yol açabilen komplikasyonlara neden olabilmektedir. Diyabetik ayak yaralarında Wagner evrelemesi en sık kullanılan sistemdir. Bu sistemde yaralar evre 0 ile evre 5 arasında değerlendirmeye alınır.

Wagner Evre 0 preülseröz öncü lezyonu temsil eder. Ciltte kızarıklık, hiperemi oluşumu mevcuttur. Ancak henüz bir ülser gelişmemiştir. Bu evrede acil önlem alınmalı ve ülser gelişimi engellenmelidir (Şekil 1). Uygun ayakkabı, ortez hatta gerekir ise cerrahi ile yükten kurtarma önemlidir.

Wagner Evre 1 yaralarda ise yüzeysel ülser mevcuttur. Epidermis ve dermisin bir kısmı veya tamamı etkilenmiş olabilir. Debridman ve yara bakımı, enfeksiyon var ise kültürlerin alınarak gerekli antibiyoterapinin planlanması gerekir.

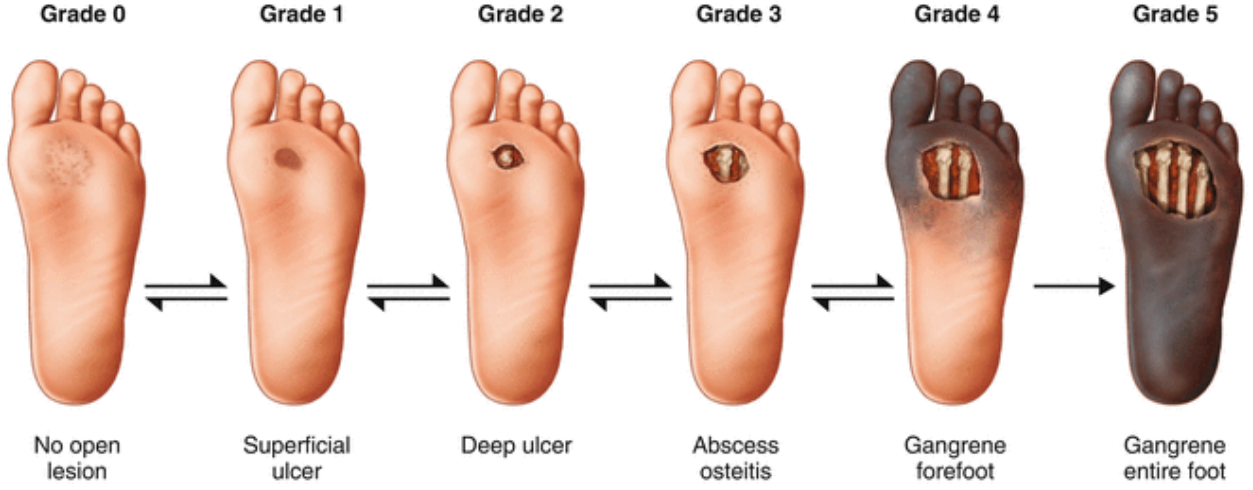
Wagner Evre 2 lezyonlarda ülser derin dokulara, tendonlara, ligamanlara, eklem kapsülüne veya derin fasyalara ulaşmıştır. Sadece basit debridman yeterli olmayabilir. Tüm enfekte ve iskemik dokuların temizlenmesi sonrası tam veya kısmi cilt greftleri, flepler, negatif basınç sistemleri, kök hücre uygulamaları, borik asit ve topikal diğer uygulamalar gerekebilir.

Wagner Evre 3 ülserler derin ülserlerdir. Ayrıca abse ve/veya osteomiyelit eşlik eder. Derin doku ve kemik kültürleri alınması şarttır. İlgili patojene yönelik antibiyoterapi başlanmalı, abse drenajı, gerekirse osteomiyelitli kemiğe cerrahi eksizyon veya sekestrektomi planlanmalıdır. Evre 3 ülser tedavisi sadece cerrahi dışı yöntemlerle başarılı olamaz.

Wagner Evre 4 dendiğinde, ayağın ön kısmında, bir veya daha fazla parmakta ya da topukta gangren mevcuttur. Bu gangrenöz bölgeler ayak dolaşımı değerlendirildikten sonra bölgesel amputasyon ameliyatları ile tedavi edilir.

Wagner Evre 5 ise tüm ayağın veya büyük bir kısmının gangreni anlamına gelir. Ayak bileği, diz altı veya dizüstü amputasyonlar uygulanabilir.

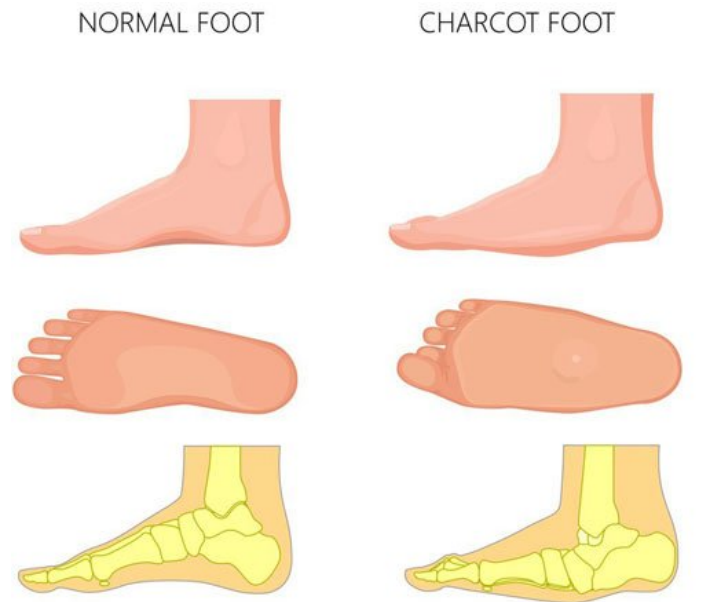
Dysvascular foot breakdown - Natural history



CHARCOT AYAK

Charcot artropatisi başta diyabete bağlı olmak üzere, sifiliz, amiloidoz, lepra vb. gibi başka hastalıklarda da gelişebilen, başta ayak olmak üzere eklemlerde ve kemiklerde yıkım ve deformitelere yol açan progresif bir hastalıktır. On yılın üzerinde diyabet hikayesi olan hastalarda ayaklarda başlayan inatçı ödem, ısı artışı, eritem ve şekil bozuklukları Charcot nöroartropatisi yönünden uyarmalıdır. Bu başlangıç evresi, ödemde azalma ve kemik fragmanlarında füzyonla konsolidasyon evresi ve semptomların yatıştığı ve deformitenin oturduğu rekonstrüktif evre ile devam eder.

Charcot artropatisinde amaç erken tanı konularak, deformitelerin oluşmadan engellenebilmesidir. Bu amaçla ayakların ortezlenmesi (AFO), atellenmesi,



tam temas alçısı uygulanması, özel yapım ayakkabıların giyilmesi ve yük verilmeden mobilizasyonun kısıtlanması başlıca tedavi şekilleridir. İleri dönemde oluşan deformiteler uygun cerrahi yaklaşımlarla tedavi edilmektedir. Kemik çıkıntılar eksize edilebileceği gibi, orta ayak ve ayak bileği artrodez (eklem dondurma) ameliyatları da yapılabilmektedir.

KORUYUCU HEKİMLİK

Diyabetli bir hastanın diyabetik ayak gelişimi için riskli olup olmadığı belirlenmelidir. Bu bağlamda hastanın risk faktörlerinden hangilerine sahip olduğu ortaya konulmalıdır. Özellikle daha önce diyabetik ayak problemi yaşamış olması, periferik nöropati, iskemi varlığı, ayak deformitesi (aşıl gerginliği, pençe ayak, charcot ayak), bası alan bölgelerde nasır oluşumu, kataraktı veya görme kaybı olması, renal yetmezliğin eşlik etmesi, sosyokültürel seviyesi düşük, bakıma muhtaç veya yalnız yaşayan yaşlı hasta olması yüksek risk teşkil etmektedir.

Bu hastalarda ayrıntılı nörolojik ve vasküler değerlendirme düzenli olarak yapılmalıdır. Diyabetli bir hastanın ayağı ayrıntılı muayene edilmeli, ülser ya da iskemi gelişimine yatkınlığı değerlendirilmelidir. Ciltte nasır oluşumu, fazla bası alan bölgeyi gösterir. 5. metatars laterali, 1. metatarsofalanjial eklem mediali gibi kemik çıkıntılarının üzerinde kızarıklık ve ısı artışı oluşması bizi uyarmalıdır.

Hastalara ayrıca evlerinde alabilecekleri önlemler de anlatılmalıdır. Her gün ayakların altı dâhil her tarafı gözleri iyi gören bir kişi tarafından değerlendirilmelidir. Yumuşak ve esnek deriden yapılmış, geniş ve derin burunlu, topuk kısmı destekli ve tabanı şoku absorbe eden ayakkabılar önerilmelidir. Her gün giymeden önce bu ayakkabıların içi yabancı cisim açısından kontrol edilmelidir. Ayak tırnakları dikkatli bir şekilde ve yatay olarak kesilmelidir. Her yıkamadan sonra ya da abdest alınması sonrası parmak araları dâhil ayaklar iyice kurulanmalıdır. Ayak tabanlarında ve topuklarda meydana gelebilecek cilt kurulukları ve çatlaklar kontrol edilmeli. yumuşatıcı kremlerle ayaklarda çatlak oluşumu önlenmelidir.