

DİABETİK AYAKLI HASTALARIMIZDA AMPUTASYON ORANLARI VE DEMOGRAFİK VERİLER

Ayten Oğuz¹, Neslihan Çuhacı¹, Alper C. Usluoğulları¹, Sedat Caner¹, Mahmut Uğurlu², Reyhan Ersoy¹, Bekir Çakır¹

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği,

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Bilkent, ANKARA

GİRİŞ

➤ Diyabetik ayak, nontravmatik amputasyonların en önemli nedenidir.

➤ Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde takip edilen ve diyabetik ayak tanısı almış olan hastalarımızın demografik verilerini, major ve minör amputasyon oranlarını ve diyabetik ayak ile kronik komplikasyonların birlikteliğini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

➤ Haziran 2007- Haziran 2010 tarihleri arasında diyabetik ayak tanısı ile kliniğimizde yatırılarak izlenen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

➤ Hastaların yaşı, cinsiyeti, diyabetes mellitus (DM) süresi, beden kitle indeksi (BKİ), sigara kullanımı, hipertansiyon (HT), periferik arter hastalığı (PAH), koroner arter hastalığı (KAH), diyabetik retinopati, nefropati ve nöropati varlığı, osteomyelit varlığı, alt ekstremitte arteriyel doppler incelemesi, major ve minör amputasyon oranları, mikroalbuminüri varlığı, renal fonksiyonlar, glisemik veriler ve lipid profili (LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, trigliserid) değerlendirildi.

BULGULAR

➤ Çalışmaya 13 (%37,1)'ü kadın 22 (%62,9)'si erkek toplam 35 hasta alındı. Yaş ortalaması 64,85 ± 10,01 (43-85) yıl idi. Hastalara ait demografik ve laboratuvar verileri Tablo 1' de izlenmektedir.

➤ 16 hastaya (%45,7) major amputasyon, 10 hastaya (%28,6) ise minör amputasyon uygulanmıştı (Tablo 2).

➤ Amputasyon uygulanan 23 hastanın (%65,71), 10'u kadın (43,47), 13'ü erkek (%56,21) idi. 21 hastada (%91,3) HT ve KAH mevcuttu. 13 hasta (%56,21) sigara kullanıyordu.

➤ 20 hastada (%86,95) alt ekstremitte arteriyel dopplerde monofazik akım ve PAH öyküsü ile birlikte retinopati ve nöropati bulunuyordu.

➤ 23 hastada (%65,71) osteomyelit, 17 hastada (%73,91) nefropati saptandı. Hastaların 20'sinde (%86,95) HbA1c > 6,5 idi.

	Minimum	Maksimum	Ortalama
YAŞ	43,00	85,00	64,85 ± 10,01
BKİ	17,10	37,90	26,49 ± 4,75
TG	50,00	713,00	143,31 ± 112,89
LDL	17,70	234,20	92,70 ± 46,82
HDL	14,00	60,90	33,10 ± 12,30
TKOL	61,00	303,00	152,74 ± 47,98
HbA1c	5,72	11,72	9,13 ± 1,70
DM süresi	1,00	30,00	11,97 ± 6,45

Tablo 1. Hastalara ait demografik ve laboratuvar verileri

		Hasta sayısı	% (yüzde)
Majör amputasyon (sayı)	+	10	28,6
	-	6	17,1
Minör amputasyon (sayı)	+	5	14,3
	-	5	14,3
Hipertansiyon	+	33	94,3
	-	2	5,7
Sigara	+	20	57,1
	-	15	42,9
KAH	+	29	82,9
	-	6	17,1
PAH	+	22	62,9
	-	13	37,1
Doppler USG (Monofazik akım)	+	27	77,1
	-	8	22,9
Osteomyelit	+	31	88,6
	-	4	11,4
Mikro-makroalbuminüri	+	24	68,5
	-	11	31,5
Background diyabetik retinopati	+	20	57,1
	-	10	28,6
Proliferatif diyabetik retinopati	+	24	68,5
	-	11	31,5
Diyabetik nefropati	+	22	62,9
	-	13	37,1

Tablo 2. Diyabetik ayak hastalarının amputasyon, hipertansiyon, sigara kullanımı, KAH, PAH, osteomyelit, mikro-makroalbuminüri, monofazik akım ve komplikasyon oranları

TARTIŞMA VE SONUÇ

➤ Diyabetik ayak DM'un mortalite ve morbiditesi yüksek bir komplikasyonudur.

➤ Farklı çalışmalarda amputasyon oranları diyabetik hastalarda %5,2-39,4 arasında bildirilmiştir. Periferik arter hastalığı, diyabetik nöropati ve enfeksiyonlar diyabetik ayak gelişiminde en önemli risk faktörleridir.

➤ Çalışmamızda amputasyon uygulanan hastalarımızda HbA1c seviyelerini, mikro-makrovasküler komplikasyon varlığını, hipertansiyon, sigara kullanımı sıklığını amputasyon uygulanmayan hastalara göre daha yüksek oranda saptadık.

➤ Kronik komplikasyonlar gelişmiş, kan şekeri kötü regüle, sigara ve hipertansiyon öyküsü olan hastalarda amputasyon riskinin yüksek olduğu, ancak glisemik kontrolün ve kan basıncı regülasyonunun sağlanmasının ve komplikasyonların gelişiminin önlenmesinin amputasyon oranlarını da azaltabileceği görüşündeyiz.