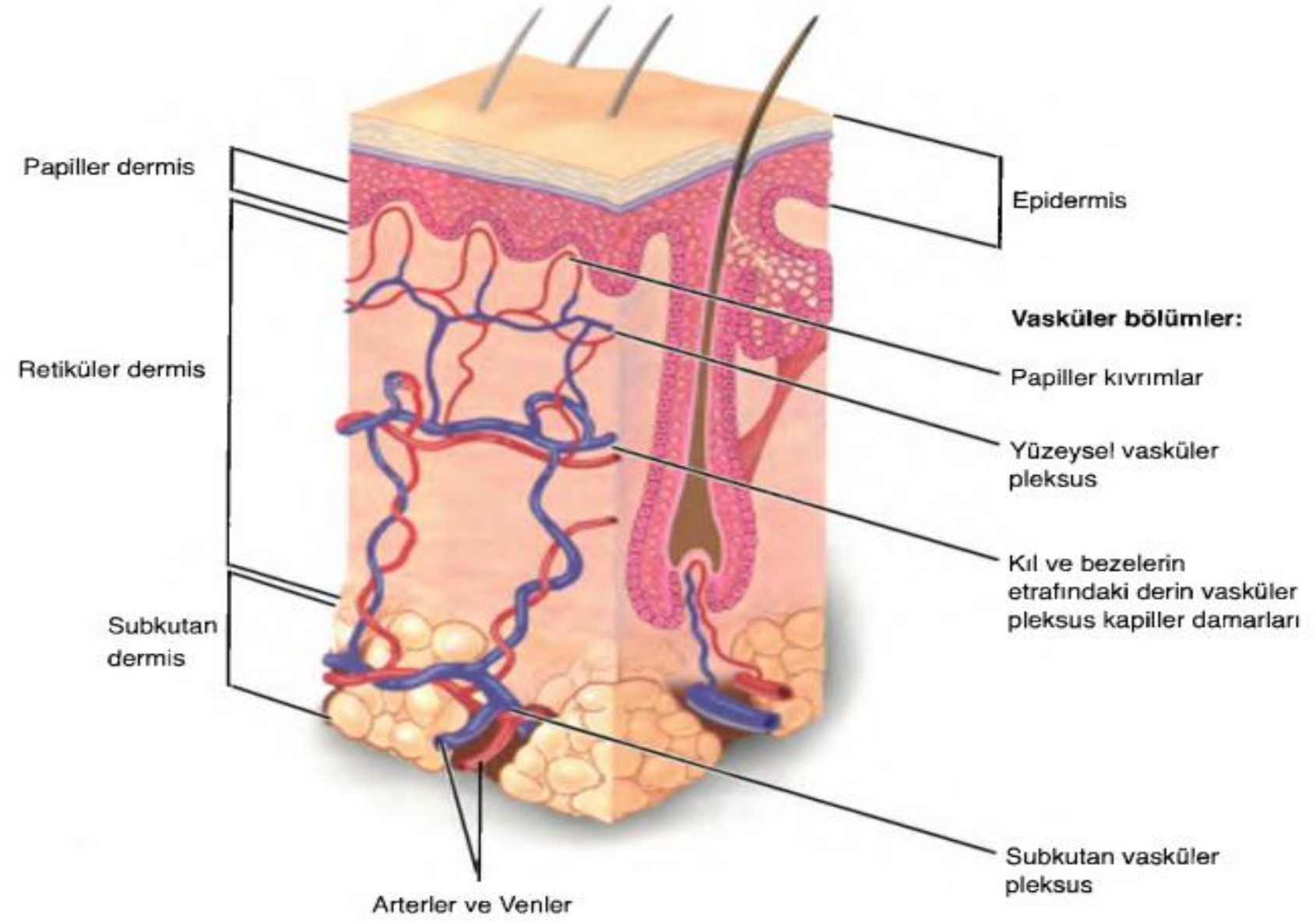
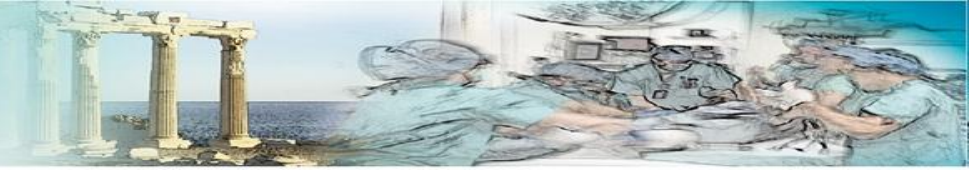


YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI

Yrd. Doç. Dr. Mücahit GÜNAYDIN
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı



- ✓ Stratum korneum
- ✓ Epidermis
- ✓ Dermis
- ✓ Subkutan doku; yüzeyel ve derin fasya
- ✓ Kas dokusu



Clinical Infectious Diseases Advance Access published June 18, 2014

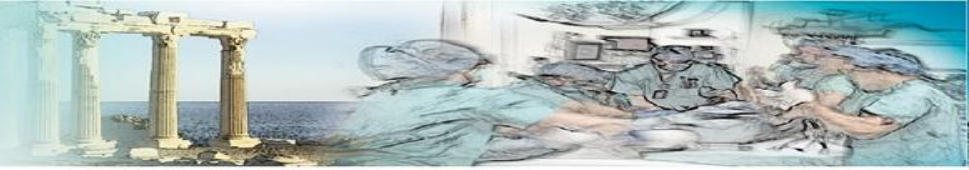
IDSA GUIDELINE

Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America

Dennis L. Stevens,[1] Alan L. Bisno,[2] Henry F. Chambers,[3] E. Patchen Dellinger,[4] Ellie J. C. Goldstein,[5] Sherwood L. Gorbach,[6] Jan V. Hirschmann,[7] Sheldon L. Kaplan,[8] Jose G. Montoya,[9] and James C. Wade[10]

[1]Division of Infectious Diseases, Department of Veterans Affairs, Boise, Idaho; [2]Medical Service, Miami Veterans Affairs Health Care System, Florida; [3]San Francisco General Hospital, University of California; [4]Division of General Surgery, University of Washington, Seattle; [5]University of California, Los Angeles, School of Medicine, and R. M. Alden Research Laboratory, Santa Monica, California; [6]Department of Community Health, Tufts University, Boston, Massachusetts; [7]Medical Service, Puget Sound Veterans Affairs Medical Center, Seattle, Washington; [8]Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas; [9]Department of Medicine, Stanford University, California; and [10]Geisinger Health System, Geisinger Cancer Institute, Danville, Pennsylvania

A panel of national experts was convened by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) to update the 2005 guidelines for the treatment of skin and soft tissue infections (SSTIs). The panel's recommendations were developed to be concordant with the recently published IDSA guidelines for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. The focus of this guideline is the diagnosis and appropriate treatment of diverse SSTIs ranging from minor superficial infections to life-threatening infections such as necrotizing fasciitis. In addition, because of an increasing number of immunocompromised hosts worldwide, the guideline addresses the wide array of SSTIs that occur in this population. These guidelines emphasize the importance of clinical skills in promptly diagnosing SSTIs, identifying the pathogen, and administering effective treatments in a timely fashion.



Sartelli et al. World Journal of Emergency Surgery 2014, 9:57
http://www.wjes.org/content/9/1/57

WJES WORLD JOURNAL OF EMERGENCY SURGERY

REVIEW Open Access

World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for management of skin and soft tissue infections

Massimo Sartelli[1*], Mark A Malangoni[2], Addison K May[3], Pierluigi Viale[4], Lillian S Kao[5], Fausto Catena[6], Luca Ansaloni[7], Ernest E Moore[8], Fred A Moore[9], Andrew B Peitzman[10], Raul Coimbra[11], Ari Leppaniemi[12], Yoram Kluger[13], Walter Biffl[9], Kaoru Koike[14], Massimo Girardis[15], Carlos A Ordonez[16], Mario Tavola[17], Miguel Cainzos[18], Salomone Di Saverio[19], Gustavo P Fraga[20], Igor Gerych[21], Michael D Kelly[22], Korhan Taviloglu[23], Imtiaz Wani[24], Sanjay Marwah[25], Miklosh Bala[26], Wagih Ghnnam[27], Nissar Shaikh[28], Osvaldo Chiara[29], Mario Paulo Faro Jr[30], Gerson Alves Pereira Jr[31], Carlos Augusto Gomes[32], Federico Coccolini[7], Cristian Tranà[1], Davide Corbella[33], Pietro Brambillasca[33], Yunfeng Cui[34], Helmut A Segovia Lohse[35], Vladimir Khokha[36], Kenneth YY Kok[37], Suk-Kyung Hong[38] and Kuo-Ching Yuan[39]

Abstract

Skin and soft tissue infections (SSTIs) encompass a variety of pathological conditions ranging from simple superficial infections to severe necrotizing soft tissue infections. Necrotizing soft tissue infections (NSTIs) are potentially life-threatening infections of any layer of the soft tissue compartment associated with widespread necrosis and systemic toxicity. Successful management of NSTIs involves prompt recognition, timely surgical debridement or drainage, resuscitation and appropriate antibiotic therapy. A worldwide international panel of experts developed evidence-based guidelines for management of soft tissue infections. The multifaceted nature of these infections has led to a collaboration among surgeons, intensive care and infectious diseases specialists, who have shared these guidelines, implementing clinical practice recommendations.

ATUDER 1999 Acil Tıp Uzmanları Derneği



FDA Sınıflaması

Komplike Olmayan Enfeksiyonlar	Komplike Enfeksiyonlar
Selülit	Travmatik yara enfeksiyonu
Erizipel	Isırık ilişkili yara enfeksiyonu
Apse, Follikülit, Fronkül	Cerrahi sonrası yara enfeksiyonu
İmpetigo, Ektima	Hastalıklı cildin sekonder enfeksiyonu (egzema vb)
	Diyabetik ayak enfeksiyonları
	Venöz staz ülserleri, Enfekte basınç yaraları
	Perianal cilt enfeksiyonları
	Nekrotizan enfeksiyonlar
	Miyonekroz

Komplike Enfeksiyon Kriterleri
1. Subkutan yağ dokusunun tutulumu
2. Ciddi cerrahi girişim gereksinimi
3. Perianal bölge tutulumu
4. Diyabetik ayak enfeksiyonu
5. DM, immunkompresyon ve obezite gibi eşlik eden bir durumun olması

ATUDER
1999
Acil Tıp Uzmanları Derneği



IDSA Sınıflaması

IDSA deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarını 5 kategoride incelemiştir
1. Yüzeyel, komplike olmamış enfeksiyonlar (impetigo, erizipel, selülit)
2. Nekrotizan enfeksiyonlar
3. Isırık veya hayvan teması birlikteliği olan infeksiyonlar
4. Cerrahi alan enfeksiyonları
5. İmmünkompremize hastalarda görülen enfeksiyonlar



Yüzeyel ve Derin Doku İnfeksiyonları

Yüzeyel Deri İnfeksiyonları	Derin Doku İnfeksiyonları
İmpetigo	Nekrotizan Fasiyit
Follikülit	Piyomiyozit
Karbonkül	Gazlı Gangren
Erizipel	
Selülit	

İMPETİGO

- Dermisi tutan yüzeyel deri enfeksiyonu
- En sık yaz aylarında ve çocukluk çağında
- Yüz, bacak gibi derinin açık olan bölgeleri
- Çok bulaşıcı; temas ve ortak havlu kullanımı
- Büllöz ve non-büllöz olabilir
- Etkenler ***S. Aureus ve S. Pyogenes***



EKTİMA

- İmpetigonun derin ülsere şekli
- Eritemli bir zemin üzerinde büllöz veya püstüler lezyonlar
- Kuruyan eksuda sert bir kabuk oluşturur
- Kabuğun altında düzensiz kenarlı ülser
- Yaşlı ve çocuklarda yaygın
- Etkenler ***S. pyogenes ve S. aureus***
- Tedaviden sonra skar oluşur



İmpetigo ve Ektima Tedavisi

- İmpetigoda topikal tedavi yeterli, bir salgın durumu varsa oral tedavi kullanılmalı.
- Ektimada oral tedavi önerilmekte.

- Büllöz ve non-büllöz impetigo topikal tedavi:
  - Mupirosin ya da Retapamulin (5 gün)

- Ektima ve İmpetigo için oral tedavi (7 gün):
  - Streptokok için; Penisilin
  - MSSA için; Dikloksasilin, Sefaleksin
  - MRSA için; Doksisiklin, Klindamisin, TMP-SMX

Impetigo[b] (*Staphylococcus* and *Streptococcus*)	Dicloxacillin	250 mg qid po
	Cephalexin	250 mg qid po
	Erythromycin	250 mg qid po[c]
	Clindamycin	300–400 mg qid po
	Amoxicillin-clavulanate	875/125 mg bid po
	Retapamulin ointment	Apply to lesions bid
	Mupirocin ointment	Apply to lesions bid
MSSA SSTI	Nafcillin or oxacillin	1–2 g every 4 h IV
	Cefazolin	1 g every 8 h IV
	Clindamycin	600 mg every 8 h IV or 300–450 mg qid po
	Dicloxacillin	500 mg qid po
	Cephalexin	500 mg qid po
	Doxycycline, minocycline	100 mg bid po
	Trimethoprim-sulfamethoxazole	1–2 double-strength tablets bid po
MRSA SSTI	Vancomycin	30 mg/kg/d in 2 divided doses IV
	Linezolid	600 mg every 12 h IV or 600 mg bid po
	Clindamycin	600 mg every 8 h IV or 300–450 mg qid po
	Daptomycin	4 mg/kg every 24 h IV
	Ceftaroline	600 mg bid IV
	Doxycycline, minocycline	100 mg bid po
	Trimethoprim-sulfamethoxazole	1–2 double-strength tablets bid po

FOLLİKÜLİT

- Kıl kökünün eritematöz, püstüllü lezyonu
- En sık saçlı deri ve sakal bölgesinde
- İyi seyirli, sistemik lezyon yok
- En sık etken ***S. Aureus***
- Tedavide lokal antiseptikler yeterli



FRONKÜL

- Follikülitin daha derin inflamatuvar nodüle dönüşmesi; çıban
- Kıldan zengin bölgeleri tutar
- Dermiste sert bir nodül olarak başlar, abseleşir, drene olarak iyileşir
- Otoinokulasyon ile uydu lezyonlar gelişebilir
- Çok yüksek olmayan ateş yapabilir
- En sık etken ***S. Aureus***
- Tedavi lokal antiseptikler ve drenaj



KARBONKÜL

- Birden fazla sayıda birbiriyle bağlantılı fronküllerin yaptığı derin inflamatuvar lezyonlar
- Derin yerleşimli, ağrılı ve apse formasyonlu
- Sıklıkla boyun bölgesinde görülür
- Sistemik semptomlar, ateş ve lökositoz eşlik edebilir
- Birden fazla sinüs ağzı ; aslan pençesi
- Skar bırakarak iyileşir
- Antibiyotik kullanılmalıdır





ABSE

- Abseler derin yumuşak dokuda oluşur
- Fluktan, hassas, eritamatöz nodüllerdir ve genellikle çevresinde kızarıklık vardır
- Deri bariyerinde bozulmaya yol açan olaylar (abrazyon, yabancı cisim vb) abse oluşumunu kolaylaştırır
- Etken çoğunlukla ***S. Aureus*** (MRSA/MSSA) veya ***polimikrabiyal***

Fronkül, Karbonkül ve Abse Tedavisi

- **Hafif klinik**;
  - İnsizyon ve drenaj yeterli
- **Orta şiddetli klinik** (sistemik bulguların eşlik ettiği);
  - **Ampirik** olarak; TMP/SMX veya Doksisiklin PO
  - **MRSA**; TMP/SMX PO
  - **MSSA**; Dikloxasilin veya Cephaleksin PO
- **Şiddetli vakalarda** (insizyon/drenaj ve oral antibiyotikten fayda görmemiş ya da SIRS bulgularının eşlik ettiği);
  - **Ampirik** olarak veya **MRSA** için; Vankomisin, Daptomisin, Linezolid, Televancin veya Ceftarolin İV
  - **MSSA**; Nafsilin, Sefazolin veya Klindamisin İV

MSSA SSTI	Nafcillin or oxacillin	1-2 g every 4 h IV
	Cefazolin	1 g every 8 h IV
	Clindamycin	600 mg every 8 h IV or 300–450 mg qid po
	Dicloxacillin	500 mg qid po
	Cephalexin	500 mg qid po
	Doxycycline, minocycline	100 mg bid po
	Trimethoprim-sulfamethoxazole	1–2 double-strength tablets bid po
MRSA SSTI	Vancomycin	30 mg/kg/d in 2 divided doses IV
	Linezolid	600 mg every 12 h IV or 600 mg bid po
	Clindamycin	600 mg every 8 h IV or 300–450 mg qid po
	Daptomycin	4 mg/kg every 24 h IV
	Ceftaroline	600 mg bid IV
	Doxycycline, minocycline	100 mg bid po
	Trimethoprim-sulfamethoxazole	1–2 double-strength tablets bid po

Tekrarlayan Cilt Abselerinde Yaklaşım

- İltihap bölgesine bağlı lokal nedenler gözden geçirilmeli; yabancı cisim varlığı, pilonidal kist, hidradenitis süpüritiva vb.
- Mutlaka drene edilmeli
- Tekrarlayan abselerde kültür alınmalı ve izole edilen patojene yönelik etkin olan bir antibiyotik ile 5-10 günlük bir tedavi düzenlenmeli
- 5 günlük dekolonizasyon tedavisi uygulanabilir;
  - günde iki kez intranazal mupirocin
  - günlük klorhekzidin banyosu
  - günlük kişisel eşya dekontaminasyonu (havlular, çarşaflar ve kıyafetler)



SELÜLİT

- Deri ve deri altı dokunun enfeksiyonu
- DM, periferik vasküler hastalık, deride bozulma/ açık bölgeler, obezite
- En yaygın patojenler **β-hemolitik streptokoklar** (*S.pyogenes*), ***S. aureus*** *(MRSA dahil)* ve **gram-negatif aerobik basiller**
- Alt ekstremite ve unilateral
- Sağlam deri ile keskin sınır yok
- Lokal; eritem, ısı artışı, şişlik, lokal ağrı, hassasiyet
- Sistemik; ateş, üşüme, titreme, halsizlik
- Bölgesel LAP ve lenfanjit eşilik edebilir

ERİZİPEL

- Derinin yüzeyel dermis ve cilt lenfatiklerinin tutulumu
- En sık etken ***A grubu β-hemolitik streptokoklar***
- En sık yüzde, sonra alt ekstremitelerde
- Bakteri bütünlüğü bozulmuş deriden girer
- Kolaylaştırıcı faktörler; DM, alkol kullanımı, venöz stazlar
- 3-4 günlük kuluçka döneminden sonra üşüme, titreme, ateş ile akut olarak başlar
- Lezyon eritem şeklinde başlar ve hızla yayılır
- Epidermisi tuttuğu için sağlam deri ile infekte deri arası keskin sınır
- Vezikül ve büller olabilir

Selülit



Erizipel



Selülit ve Erizipel Tedavisi

- **Hafif klinik;**
  - streptokoklara yönelik oral tedavi yeterli
  - Penisilin, Sefalosporin, Dikloksasilin, Klindamisin
- **Orta klinik** ;
  - Antibiyotik seçimi MSSA etkeninide kapsamalı
  - İV Penisilin, Seftriakson, Sefazolin, Klindamisin
  - Penetran travmaya eşlik eden selülitli hastalarda veya MRSA riskini artıran özellikleri olan hastalarda

    (nazal MRSA kolonizasyonu olan kişiler, iv ilaç kullanıcıları, pürülan drenaj veya SIRS kliniği) ,

    Vankomisin veya diğer hem MRSA hem de streptekoklara etkin antibiyotikler

Non-purulent SSTI (cellulitis)	Adult dosage
Streptococcal skin infections	Penicillin 2–4 million units every 4–6 h IV Clindamycin 600–900 mg every 8 h IV Nafcillin 1–2 g every 4–6 h IV Cefazolin 1 g every 8 h IV Penicillin VK 250–500 mg every 6 h po Cephalexin 500 mg every 6 h po



- **Ciddi enfeksiyonlarda**;
  - Ampirik olarak Vankomisin **+** Piperasilin-Tazobaktam
    İmipenem-Meronem

- Tedavi süresi önerisi 5 gün.
- Etkilenen bölgenin elevasyonu ve predizpozan faktörlerle alta yatan diğer cilt hastalıkların tedavisi önerilmekte
- Sistemik kortikosteroidler (40 mg prednizon günlük-7 gün) diyabetik olmayan selülitli hastalarda verilebilir



Tekrarlayan Selülit Hastalarında Yaklaşım

- Ödem, obezite, venöz yetmezlik, egzema ve ayak parmak arası yaraları gibi predispozan faktörler tedavi edilmeli
- Yılda 3-4 kez selülit atağı geçiren hastalarda profilaktik antibiyotik protokolü düşünülmeli;
  - Oral Penisilin veya Eritromisin: Günde iki kez 4-52 hafta
  - Benzatin Penisilin: Her 2-4 haftada bir



DERİN DOKU ENFEKSİYONLARI

- Derinin fasiya ve kas tabakalarını tutan infeksiyonlar
- Nekrotizan enfeksiyonlar
- Mortalitesi ve morbiditesi yüksek
- Genellikle cerrahi, travma vaya basit bir cilt hasarına sekonder gelişir
- Önemli bir kısmını nekrotizan fasiyitler ve miyonekrozlar oluşturmakta



- Selülit ile sıklıkla karıştırılır. Derin doku enfeksiyonu lehine bulgular;
  - İnatçı, ciddi ağrı
  - Bül oluşumu
  - Deri nekrozu veya ekimoz
  - Gaz varlığı
  - Eritem sınırlarını aşan ödem
  - Kütanöz anestezi
  - Sistemik toksisite bulguları (ateş, lökositoz, hipotansiyon), renal yetmezlik
  - Hızlı yayılım, antibiyotik tedavisine rağmen saatler içerisinde kötüleşen klinik



NEKROTİZAN FASİYİT

- Yüzeyel deri infeksiyonlarının derinleşerek fasiya ve deri altı yağ dokusuna ilerlemesiyle karakterize en ciddi yumuşak doku infeksiyonu
- Başlangıç lezyonu küçük bir sıyrık ve böcek ısırığı olabilir
- Başlangıç lezyonu selülittir, hızlı veya yavaş olarak nekrotizan fasiyite ilerleyebilir
- Yüksek ateş ve sistemik toksisite bulguları
- Hasta dezoryante ve letarjik
- Subkutan dokuda gelişen tahta sertliği ayırt edici özelliği
- Hipotansiyon ve organ yetmezliği olanlarda %50-70'e yakın mortalite



- **Tip 1: Polimikrobiyal** (aerob-anaerob)
  - Cerrahi, diyabet ve periferik vasküler hastalıklar predispozan faktörlerdir
- **Tip 2: Monomikrobiyal** (*S. pyogenes, S. aureus, V. vulnificus, Aeromanas hydrophila, anaerobik streptokoklar)*
  - Künt travmalar, ince kesik ve yaralanmalar, yanık, varisella enfeksiyonları ve parenteral ilaç bağımlılığı predispozan faktörler

FOURNİER GANGRENİ

- Erkek genital organının nekrotizan fasiyiti
- Skrotumla sınırlı ya da penis, perine ve abdominal duvar tutulmuş
- Predispozan faktörler; DM, lokal travma,perirektal/ perianal infeksiyonlar ve bu bölgedeki cerrahi girişim
- Etkenler; ***Aerobik gram-negatif bakteriler, enterokoklar ve Bacteroides , peptostreptokoklar gibi anaeroplar***
- İnfeksiyon çok şiddetli ağrıyla başlar, skrotum ve penisteki infeksiyon hızlı şekilde karın ön duvarına ve gluteal kaslara yayılır
- Skrotum şiş, ağrılı, koyu mor görünümde ve krepitasyon
- Acil cerrahi debridman ve uygun antibiyoterapi hayat kurtarıcı





Nekrotizan Fasiyit ve Fournier Gangreni Tedavi

- **Erken cerrahi konsültasyonu ve geniş debridman**
- Önerilen **ampirik** antibiyotik tedavisi;
  - Vankomisin
  - Linezolid + Piperasilin-Tazobaktam
  - Karbapenem
  - Seftriaksan + Metradinazol

- **Monomikrobiyal** :
  - S. Pyogenes :
    Penisilin + Klindamisin
  - Vibrio Vulnificus :
    Doksisiklin + Seftriakson
  - Aeromanas Hydrophila :
    Doksisiklin + Siprofloksasin

- **Polimikrobiyal**:
  - Vankomisin + Piperasilin-Tazobaktam

Type of Infection	First-line Antimicrobial Agent	Adult Dosage
Mixed infections	Piperacillin-tazobactam plus vancomycin	3.37 g every 6–8 h IV 30 mg/kg/d in 2 divided doses
	Imipenem-cilastatin	1 g every 6–8 h IV
	Meropenem	1 g every 8 h IV
	Ertapenem	1 g daily IV
	Cefotaxime plus metronidazole or clindamycin	2 g every 6 h IV 500 mg every 6 h IV 600–900 mg every 8 h IV
Streptococcus	Penicillin plus clindamycin	2–4 million units every 4–6 h IV (adult) 600–900 mg every 8 h IV
Staphylococcus aureus	Nafcillin	1–2 g every 4 h IV
	Oxacillin	1–2 g every 4 h IV
	Cefazolin	1 g every 8 h IV
	Vancomycin (for resistant strains)	30 mg/kg/d in 2 divided doses IV
	Clindamycin	600–900 mg every 8 h IV
Clostridium species	Clindamycin plus penicillin	600–900 mg every 8 h IV 2–4 million units every 4–6 h IV (adult)
Aeromonas hydrophila	Doxycycline plus ciprofloxacin or ceftriaxone	100 mg every 12 h IV 500 mg every 12 h IV 1 to 2 g every 24 h IV
Vibrio vulnificus	Doxycycline plus ceftriaxone or cefotaxime	100 mg every 12 h IV 1 g qid IV 2 g tid IV



GAZLI GANGREN
(KLOSTRİDİAL MİYONEKROZ)

- En sık etken ***Clostridium perfiringens***
- Travmaya sekonder olarak sık görülür
- Travmadan hemen sonra (24 saatten kısa sürede) başlayan şiddetli ağrı önemli bir klinik bulgudur
- Cilt başlangıçta soluk sonra bronz daha sonra mor renk alır
- Kötü kokulu akıntı vardır ve krepitasyon alınabilecek geç bir bulgudur
- Sistemik toksisite bulguları mevcuttur, hızla şoka ve organ yetmezliğine ilerler
- Operasyonda kasın kasılmadığı, bıçak değen yerlerin kanamadığı, kas dokusunun dağıldığı görülür
- Nontravmatik, spontan formunda (gis malignensileri) etken çoğunlukla ***Clostridium septicum***





Gazlı Gangren Tedavisi

- Şüpheli gazlı gangren alanının acil cerrahi **debridmanı**
- **Ampirik** olarak geniş spektrumlu tedavi;
  - Vankomisin **+** Piperalisin-Tazobaktam / Ampisilin-Sulbaktam / Karbepenem
- Kesinleşmiş **Klostridial miyonekrozun** tedavisi;
  - Penisilin + Klindamisin
- Hiperbarik oksijen tedavisi;
  - kanıtlanmış bir yararı yok
  - resüsitasyonu ve cerrahi debridmanı geciktirebileceği için önerilmemekte

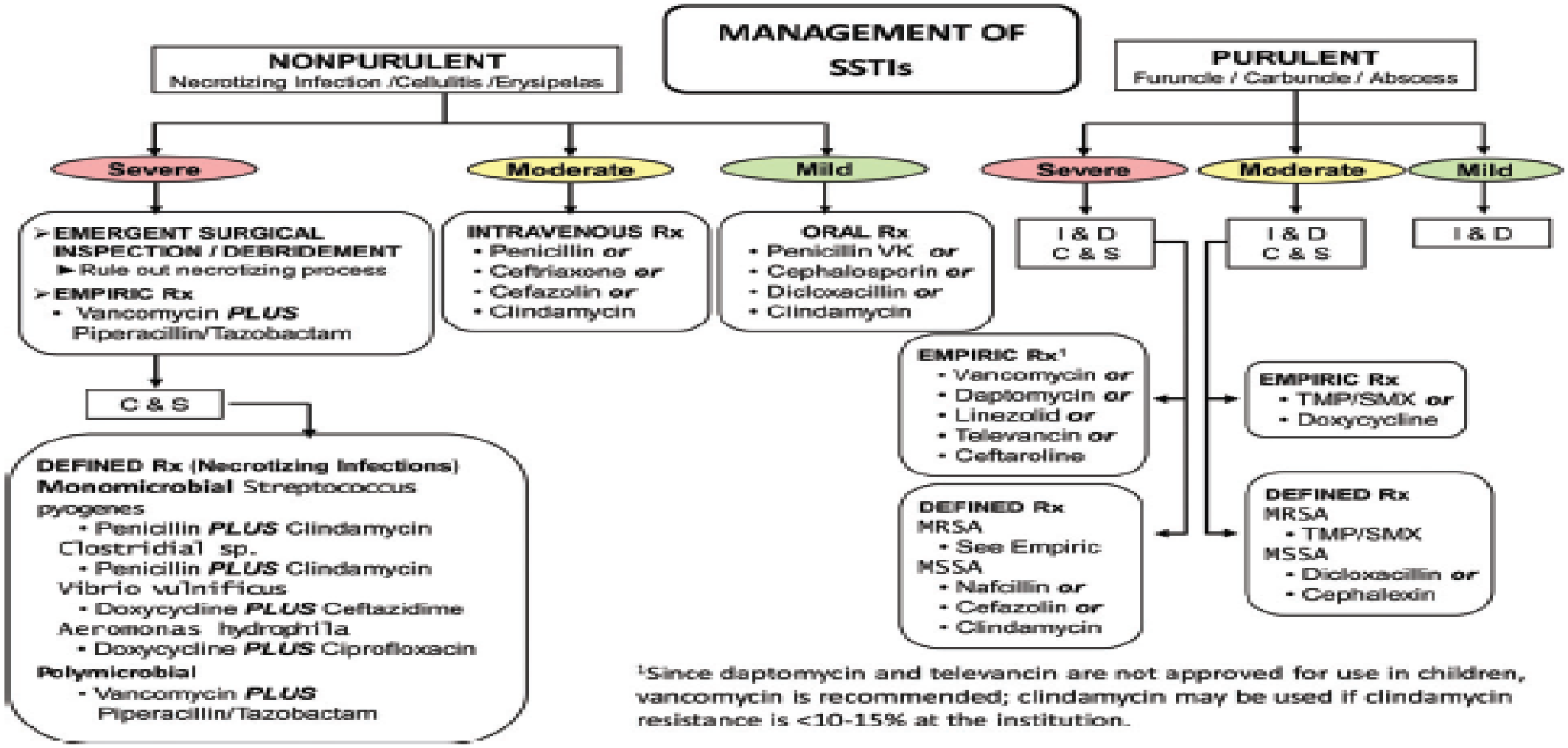


Figure 1. Purulent skin and soft tissue infections (SSTIs). Mild infection: for purulent SSTI, incision and drainage is indicated. Moderate infection: patients with purulent infection with systemic signs of infection. Severe infection: patients who have failed incision and drainage plus oral antibiotics or those with systemic signs of infection such as temperature >38°C, tachycardia (heart rate >90 beats per minute), tachypnea (respiratory rate >24 breaths per minute) or abnormal white blood cell count (<12 000 or <400 cells/μL), or immunocompromised patients. Nonpurulent SSTIs. Mild infection: typical cellulitis/erysipelas with no focus of purulence. Moderate infection: typical cellulitis/erysipelas with systemic signs of infection. Severe infection: patients who have failed oral antibiotic treatment or those with systemic signs of infection (as defined above under purulent infection), or those who are immunocompromised, or those with clinical signs of deeper infection such as bullae, skin sloughing, hypotension, or evidence of organ dysfunction. Two newer agents, tedizolid and dalbevancin, are also effective agents in SSTIs, including those caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, and may be approved for this indication by June 2014. Abbreviations: C & S, culture and sensitivity; I & D, incision and drainage; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; MSSA, methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus*; Rx, treatment; TMP/SMX, trimethoprim-sulfamethoxazole.



ISIRIK ile İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR

Köpek Isırığı	Kedi Isırığı	İnsan Isırığı
Streptokoklar	Pasteurella multocida	Streptokoklar
S. Aureus		S. Aureus
Pasteurella canis		Eikonella corodes
Eikonella corodes		Haemophilus
Anaeroplar		
Fusobacterium		
Bacteriodes		

Hayvan ısırıklarında yaklaşım

- Yüz yaralanmaları hariç diğer yaralanmalarda primer yara kapatılması önerilmemekte.
- Bol su ile irigasyon, debridman ve profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmekte
- Hayvan ısırığı ile ilişkili enfeksiyonlarda Amoksisilin-Klavunat gibi hem aerobik hem de anaerobik etkenleri kapsayan antibiyotikler kullanılmalı
- Tetanoz ve Kuduz profilaksisi

- Kedi ve köpek ısırıklarında profilaktik antibiyotik;
  - immünkompromise hastalarda
  - asplenik hastalarda
  - ileri dönem karaciğer hastalarında
  - ısırık bölgesinde ciddi ödemi olan hastalarda
  - orta veya ciddi yaralanması olan hastalarda
  - periosta veya eklem kapsülüne ulaştığı düşünülen yaralanmalarda 5 gün süreyle kullanımı önerilmekte



Sabrınız için

TEŞEKKÜRLER