

Diabetesfot

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Kristofer Lundgren Soldan, överläkare Infektionskliniken
Tomas Jonasson, överläkare Kärlkirurg
Cecilia Hagelberg Fredholm, specialistläkare Ortopedkliniken

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Nyckelord	2
1.2	Bakgrund.....	2
1.3	Definition.....	2
2	Utredning.....	3
2.1	Diagnostik.....	3
3	Behandling.....	3
3.1	Farmakologisk.....	3
3.2	Komplikation	4
4	Övrigt.....	4

1 Inledning

1.1 Nyckelord

Akut

Svårbedömt

Smärta kan saknas

Multidisciplinär bedömning: Kärlkirurg, ortoped, diabetolog eller internmedicinare med kunskap om diabetesfötter, infektionsspecialist

CRP kan vara endast lätt påverkat

Vid abscess räcker inte antibiotika

1.2 Bakgrund

Patienter med diabetes mellitus typ 1/typ 2 löper risk att utveckla akut fotkomplikation sekundärt till bakomliggande neuropathi med nedsatt känsel och angiopati med samtidigt sår och infektion. Ett litet sår kan i sällsynta fall snabbt leda till djup infektion och abscessbildning. Vid detta tillstånd föreligger ofta en akut till subakut operationsindikation. En speciellt förrädisk men ovanlig form är plantarabscessen, som mycket snabbt sprider sig och som på kort tid kan hota hela foten. Dessa patienter kan inte enbart behandlas medicinskt med avlastning och antibiotika, utan måste också ofta genomgå akut kirurgi. Dessa patienter skall bli föremål för bedömning av diabeteskunnig läkare, kärlkirurg, ortoped och infektionsspecialist.

1.3 Definition

Infektionstyper i diabetesfoten kan uppdelas i:

- Lätta infektioner (små akuta purulenta sår (trauma), infektion i kroniskt sår, paronychi, ytliga begränsade abscesser, begränsat flegmone)
- Måttligt svåra infektioner (lokaliserad cellulit, ytligt spridda abscesser, begränsad osteit (1-2 ben), artrit i tåleder, lokaliserat gangrän)

- Svåra - mycket svåra infektioner (utbredd cellulit, djup abscess (t ex plantarabscess), utbredd osteit (>2 ben), artrit i stor led, tendovaginit, utbrett gangrän, nekrotiserande fasciit)

Patienter med svåra - mycket svåra infektioner eller där det finns svår differentialdiagnostik t.ex. Charcotfot skall **snarast (samma dag) bedömas av kärlkirurg, ortoped samt diabeteskunnig medicinläkare.**

Tjänstgörande kärljour, ortopedlibero vardag alternativt ortopedprimärjour helg samt diabeteskunnig läkare/medicinprimärjour helg skall alltid kallas. Utöver detta kan sårsköterska och infektionskonsult övervägas.

2 Utredning

2.1 Diagnostik

- Inför bedömningen skall blodstatus, kalium, kreatinin, blödningsparametrar, blodsocker och CRP kontrolleras akut.
- Tidigare såroddingar, röntgen fotskelett eller cirkulationsmätning finns tillgängligt i Cosmic.
- Multipla odlingar kan behövas eftersom vissa bakterier bara kan tillmätas betydelse vid upprepade renkulturer.
- Akut kliniskfysiologisk tryckmätning av tå- och ankeltryck (<40, resp < 80-100 mm Hg indikerar kritisk ischemi) övervägs om färsk sådan undersökning ej föreligger.
- Radiologisk visualisering av fotens mjukdelar kan i vissa fall vara nödvändig. Detta diskuteras i så fall i samband med den akuta bedömningen. **Remiss för MR och datortomografi får inte försena adekvat kirurgisk åtgärd.**

3 Behandling

3.1 Farmakologisk

Samtliga patienter med hotande djup fotinfektion skall insättas på bredspektrumantibiotika:

- Cefotaxim 1g x3 + metronidazol (Flagyl) 500 mg x3 eller Piperacillin/Tazobactam 4gx3
- Ceftazidim (Fortum) 2 g x3 + metronidazol (Flagyl) 500 mg x 3 vid misstanke på Pseudomonas och man inte vill välja pip/taz

Vid plantarabscess i synnerhet och mindre abscesser är revision och dränering viktigt för att förhindra proximal amputation ovan ankeln

Vid de lindrigare formerna ska behandlingen inriktas på stafylokocker och förstahandsmedel är:

- Flukloxacillin 500 – 750 mg 2 x 3 beroende på njurfunktion och patientvikt.
- Klindamycin 300 mg x 3 är alternativ vid S aureus och anaeroba bakterier.

Behandlingen riktas efter odlingsvar.

Vid stora plantara revisioner och distala amputationer har avlastning med gips eller ortos en viktig plats

Patienter vårdas med barriärvård på infektionsklinik eller på medicinavdelning/kärlkirurgavdelning.

3.2 Komplikation

Många har nedsatt njurfunktion, en del dialysbehandling, varvid dosanpassning krävs.

Stumpinfektioner rekommenderas inläggning med intravenösa antibiotika efter odling.

4 Övrigt

Handläggning

Vid akut diabetesfot ligger patienten i regel inlagd på infektionskliniken, medicinkliniken eller kärlkirurgisk avdelning. På avdelningen ansvarig läkare beslutar om och dokumenterar en ”akut diabetesfot”-bedömning. Fotografera gärna till journalen!

Uppföljning

Efter akut kirurgisk intervention är det ansvarig operatör som ansvarar för att lämplig uppföljning kommer till stånd. Kontakt med sårsköterska på vida indikationer. Patienterna kan följas upp antingen på kirurgmottagningen, diabetesmottagningens fotmottagning, kombinerad infektions/ortopedmottagning eller inom primärvården och hemsjukvården. Vid denna uppföljning är sårsköterskan en viktig resurs för bästa omlägningsrutiner.

Amputation

I vissa lägen är amputation bästa behandlingen. Före amputation skall dock akut diabetesfotbedömningsteam ha genomförts och bedömningen dokumenterats.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.