

# 13<sup>ο</sup>

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ - ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ  
ΔΙΑΒΗΤΗ - ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Επικαιροποίηση της γνώσης και Διαχείρισης  
της Παχυσαρκίας, του Σακχαρώδους Διαβήτη  
και του Μεταβολισμού



17-19 Απριλίου 2026  
Συνεδριακό Κέντρο  
Πανεπιστημίου Πατρών  
Ρίο - Πάτρα

# Διαβητικό πόδι: Χειρουργική αντιμετώπιση

## ΠΑΠΑΔΟΥΛΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΑΠΡΙΛΙΟΣ, 2026



UNIVERSITY OF  
PATRAS  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

Department of Vascular Surgery  
University of Patras, Greece

# Diabetes related foot-disease

Diabetes-related foot disease includes one or more of the following in the foot of a person with current or previously diagnosed diabetes mellitus:

- peripheral neuropathy
- peripheral arterial disease (PAD)
- infection
- ulcer(s)
- neuro-osteoarthropathy
- gangrene, or
- amputation.



# Evidence-based IWGDF Guidelines (2023 update)

1. Prevention of foot ulcers in persons with diabetes<sup>1</sup>
2. Classification of diabetes-related foot ulcers<sup>2</sup>
3. Diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes<sup>3</sup>
4. Diagnosis and management of peripheral artery disease in persons with a foot ulcer and diabetes<sup>4</sup>
5. Offloading foot ulcers in persons with diabetes<sup>5</sup>
6. Interventions to enhance healing of foot ulcers in persons with diabetes<sup>6</sup>
7. Acute Charcot neuro-osteoarthropathy (CNO)<sup>7</sup>



Received: 28 April 2023

Accepted: 29 April 2023

DOI: 10.1002/dmrr.3657

RESEARCH ARTICLE

WILEY

# Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update)

Nicolaas C. Schaper<sup>1</sup> | Jaap J. van Netten<sup>2,3</sup>  | Jan Apelqvist<sup>4</sup> | Sicco A. Bus<sup>2,3</sup>  |  
Robert FitrIDGE<sup>5</sup> | Fran Game<sup>6</sup>  | Matilde Monteiro-Soares<sup>7,8,9</sup>  |  
Eric Senneville<sup>10</sup>  | on behalf of the IWGDF Editorial Board



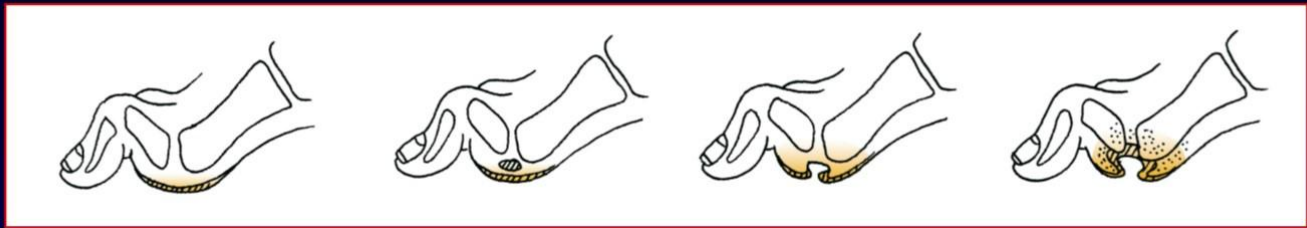
UNIVERSITY OF  
PATRAS  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΑΣ

Department of Vascular Surgery  
University of Patras, Greece

# Επιδημιολογικά στοιχεία

- Αυξάνει παγκοσμίως η επίπτωση του Σ.Δ
  - 537 εκατομμύρια διαβητικοί από 20 ως 79 ετών το 2021, παγκοσμίως
- Αύξηση και των ακρωτηριασμών
  - Περισσότερο σε χώρες χαμηλού οικονομικού επιπέδου
- 25% η εμφάνιση έλκους στο άκρο πόδι (50% λοίμωξη)
- Τα 2/3 των μη τραυματικών ακρωτηριασμών αφορά διαβητικούς
- Επιδείνωση ποιότητας ζωής, επιβάρυνση οικογένειας, δομές υγείας και κοινωνίας





**Παθο-  
φυσιολογία**

**έλκους**

Νευροπάθεια  
LOPS



Περιφερική  
αρτηριακή  
νόσος PAD

50%



Διαταραχή  
αρχιτεκτονικής  
άκρου πόδα



**έλκος**



**Λοίμωξη**

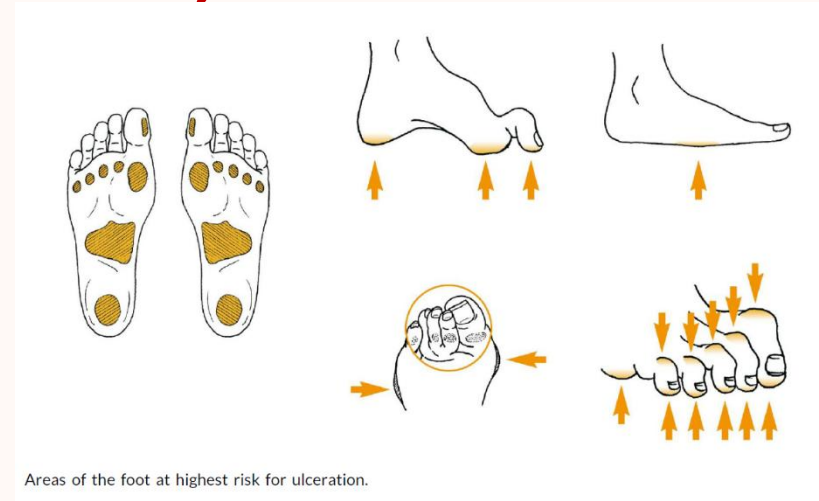
continued walking on  
the insensitive foot  
impairs healing of the  
ulcer.

# Τραύμα



# Τύποι έλκους

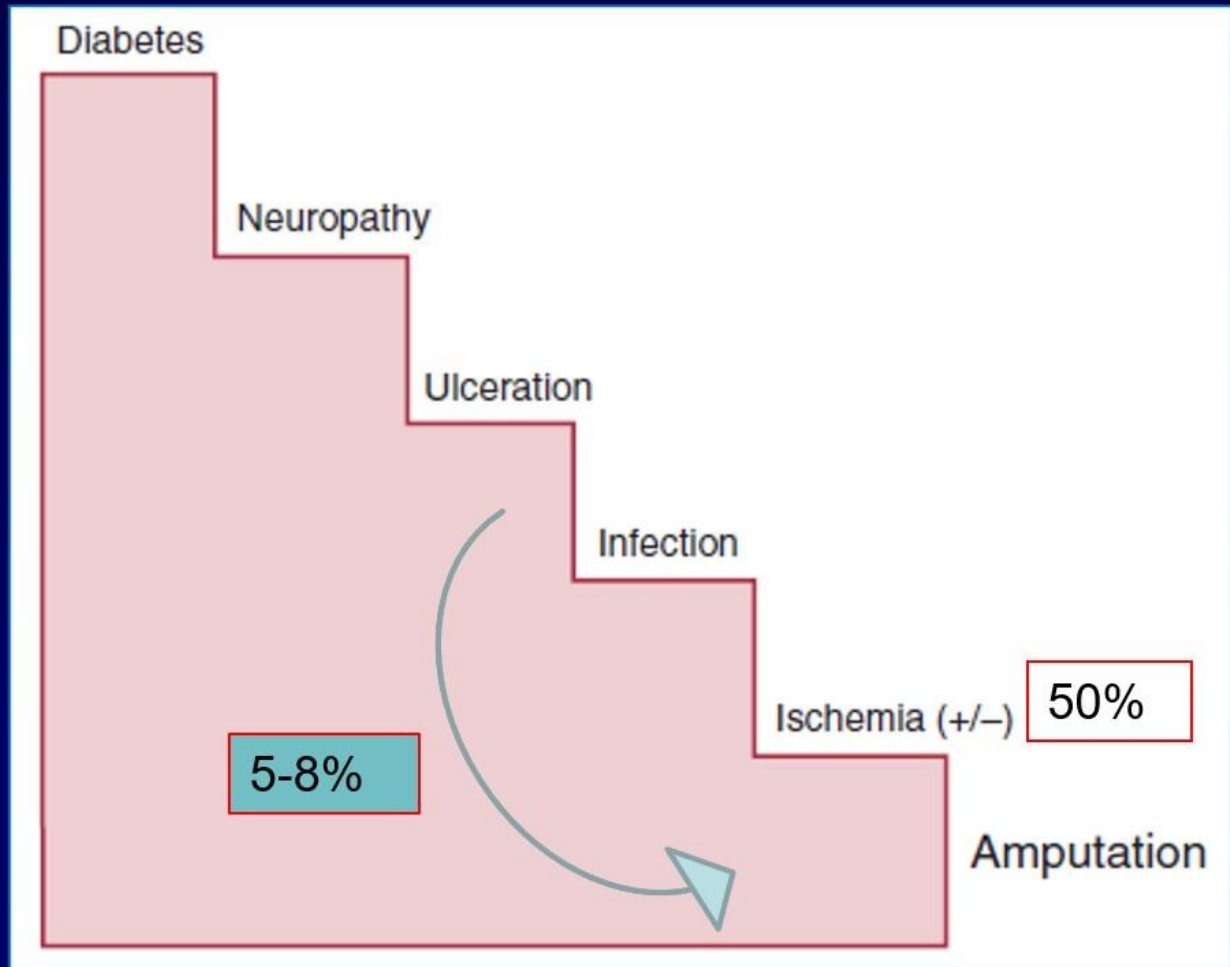
- Νευροπαθητικό (LOPS, but no PAD),
- Νευρο-ισχαιμικό (LOPS and PAD),
- Ισχαιμικό (PAD, but no LOPS).



‘a foot ulcer is seen as a sign of multi-organ disease’



# Φυσική πορεία



# Περιγραφή έλκους

Table I. SINBAD System

Category	Definition	Score
Site	Forefoot	0
	Midfoot and hindfoot	1
Ischemia	Pedal blood flow intact: at least one palpable pulse	0
	Clinical evidence of reduced pedal flow	1
Neuropathy	Protective sensation intact	0
	Protective sensation lost	1
Bacterial infection	None	0
	Present	1
Area	Ulcer < 1 cm <sup>2</sup>	0
	Ulcer ≥ 1 cm <sup>2</sup>	1
Depth	Ulcer confined to skin and subcutaneous tissue	0
	Ulcer reaching muscle, tendon or deeper	1
Total possible score		6



# Διερεύνηση έλκους

- Νεαροποιήστε στην αρχική εκτίμηση, όσο πιο γρήγορα γίνεται, όλα τα νευροπαθητικά και νευρο-ισχαιμικά έλκη που περιβάλλονται από κάλλο ή περιέχουν νεκρωτικό ιστό.
- Εκτιμήστε το βάθος του έλκους και καθορίστε αν εντοπίζεται στο δέρμα - υποδόριο ή αν φθάνει σε μυς-τένοντες ή αν φθάνει σε οστό.



Συνήθως τα νευροπαθητικά έλκη νεαροποιούνται χωρίς ανάγκη για τοπική αναισθησία.

- Μην νεαροποιείτε ένα άσηπτο έλκος με σημεία σοβαρής ισχαιμίας.

# Λοίμωξη

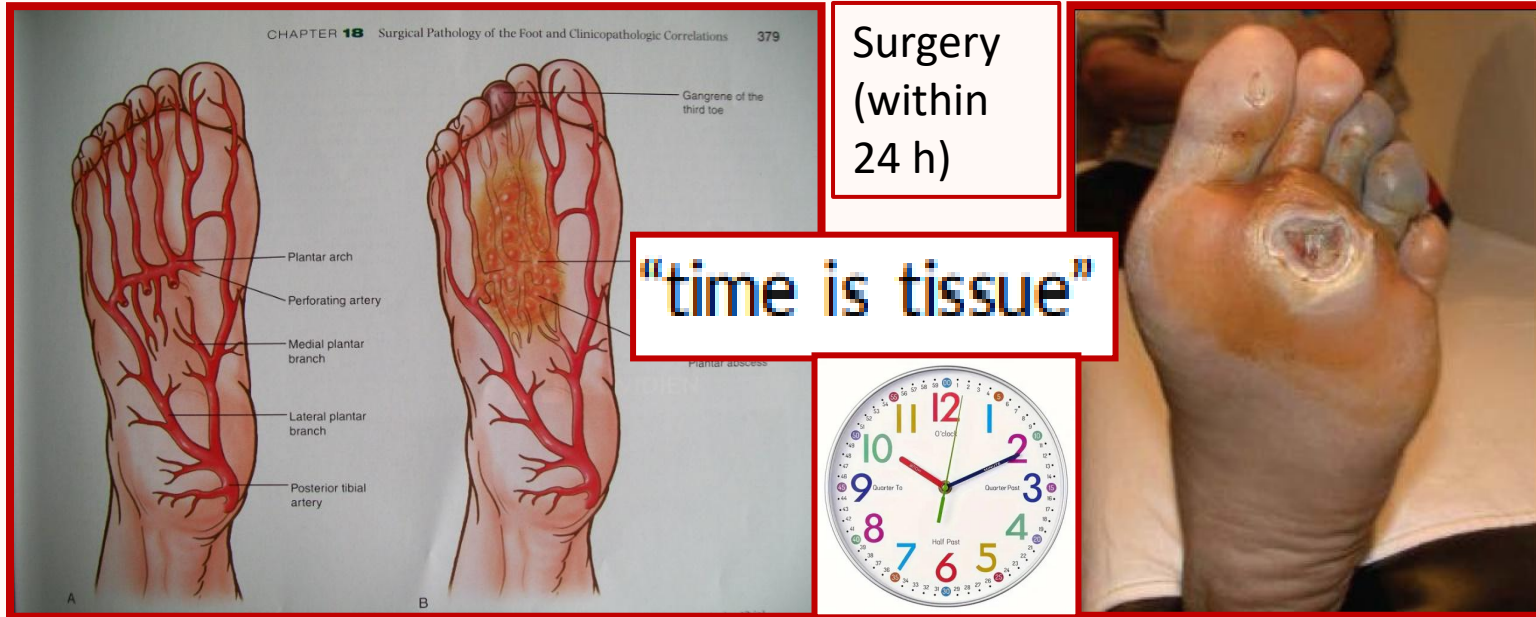
- **Διάγνωση:**

Τουλάχιστον 2 κλινικά συμπτώματα ή σημεία φλεγμονής τοπικά:  
(ερυθρότητα, ↑ θερμοκρασίας, οίδημα ή σκληρία, πόνος ή ευαισθησία)  
ή πυώδης έκκριση.

- Δυστυχώς μπορεί να αμβλύνονται από τη νευροπάθεια ή την ισχαιμία.
- Συστηματικά συμπτώματα (πόνος, πυρετός, λευκοκυττάρωση) συνήθως απουσιάζουν σε ήπιες και μετριας βαρύτητας λοιμώξεις. Απορρύθμιση του σακχάρου είναι σταθερό εύρημα
- **Ταξινόμηση** (IWGDF/IDSA grading):  
Ήπια (επιφανειακό έλκος με περιορισμένη κυτταρίτιδα),  
Μέτρια (Βαθύτερο έλκος ή πιο εκτεταμένη κυτταρίτιδα, με ή χωρία απόστημα),  
Σοβαρή (συνοδευόμενη από συστηματικά σημεία σήψης) με ή χωρίς οστεομυελίτιδα.



# Έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση



Αν δεν αντιμετωπισθεί κατάλληλα, η λοίμωξη μπορεί γρήγορα να επεκταθεί στους υποκείμενους ιστούς και στα διαμερίσματα του άκρου ποδός, ειδικά αν συνυπάρχει PAD.



# Έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση



# Συμβολή Αγγειοχειρουργού

- Χειρουργικός καθαρισμός (αντιμετώπιση της λοίμωξης)
- Διάγνωση ισχαιμίας και επαναιμάτωση (αντιμετώπιση PAD)

## Recommendation 14

In a person with diabetes, peripheral artery disease, and a foot ulcer with infection or gangrene involving any portion of the foot, urgently consult a vascular specialist in order to determine the timing of a drainage procedure and a revascularisation procedure.

Grade Certainty of evidence

Best Practice Statement

## CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT

*Eur J Vasc Endovasc Surg 2023*

## The Intersocietal IWGDF, ESVS, SVS Guidelines on Peripheral Artery Disease in People With Diabetes Mellitus and a Foot Ulcer

Robert Fitridge <sup>a,\*</sup>, Vivienne Chuter <sup>b</sup>, Joseph Mills <sup>c</sup>, Robert Hinchliffe <sup>d</sup>, Nobuyoshi Azuma <sup>e</sup>, Christian-Alexander Behrendt <sup>f</sup>, Edward J. Boyko <sup>g</sup>, Michael S. Conte <sup>h</sup>, Misty Humphries <sup>i</sup>, Lee Kirksey <sup>j</sup>, Katharine C. McGinley <sup>k</sup>, Sigrid Nikol <sup>l</sup>, Joakim Nordanstig <sup>m</sup>, Vincent Rowe <sup>n</sup>, David Russell <sup>o</sup>, Jos C. van den Berg <sup>p</sup>, Maarit Venermo <sup>q</sup>, Nicolaas Schaper <sup>r</sup>



# Λοίμωξη

- Απόστημα είναι πιο πιθανό να υπάρχει: πυρετός, υψηλή CRP ή ΤΚΕ ( Αν και φυσιολογικές τιμές δεν μπορούν να αποκλείσουν απόστημα).
- Προσπαθήστε να δείτε το οστό ή να το νιώσετε με ένα αποστειρωμένο μεταλλικό σπειρό (probe-to-bone test).



# Λοίμωξη

- Ζητήστε X-rays σε βαθιά έλκη, αέρας στους ιστούς, ή ξένο σώμα.

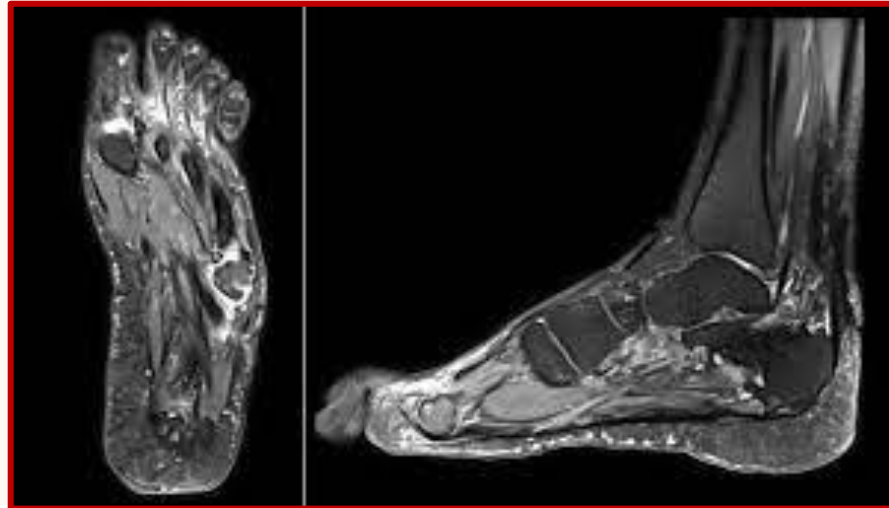


- Οστεομυελίτιδα είναι πιο πιθανή όταν ένα θετικό probe-to-bone test συνδυάζεται με X-ray ευρήματα, υψηλές τιμές ΤΚΕ, CRP, ή προκαλσιτονίνη.



# Λοίμωξη

- Επι αμφιβολίας, συνιστάται MRI,
- Αν δεν είναι δυνατή, συνιστάται άλλες τεχνικές (e.g., radionuclide or PET scans).



# Λοίμωξη

- Σε επιμολυσμένα έλκη, λάβετε δείγμα ιστού για κ/α (and Gram-stained smear, αν είναι διαθέσιμο),
- Αποφύγετε χρήση στείλεού.
- Οι παθογόνοι οργανισμοί (και οι ευαισθησίες τους στα αντιβιοτικά) ποικίλουν (γεωγραφικοί, δημογραφικοί, κλινικοί παράγοντες),
- Ο *Staphylococcus aureus* (μόνος ή μαζί με άλλους οργανισμούς είναι το βασικό παθογόνο στις περισσότερες επιφανειακές λοιμώξεις.
- Χρόνιες και πιο σοβαρές λοιμώξεις είναι συνήθως πολύ-μικροβιακές με αερόβια Gram (-) βακτήρια, ειδικά σε θερμότερα κλίματα, με τα υποχρεωτικά αναερόβια να συνοδεύουν τους gram (+) κόκκους.



# Λοίμωξη

- Αρχίστε εμπειρική, παρεντερική, ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή, που στοχεύει στα κοινά gram (+) gram (-) βακτήρια, συμπεριλαμβανομένων των υποχρεωτικών αναεροβίων.
- Επανακαθορίστε την αντιβιοτική αγωγή με βάση την κλινική απάντηση στην εμπειρική θεραπεία και το αποτέλεσμα των κ/ων και το αντιβιογράμμα.
- Σε λοιμώξεις μαλακών μορίων, η αντιβιοτική θεραπεία διαρκεί συνήθως 1-2 βδομάδες, (Μεγαλύτερη διάρκεια μπορεί να απαιτηθεί αν η λοίμωξη ανταποκρίνεται αργά στη θεραπεία ή σε σοβαρή PAD).



# Μη επεμβατική θεραπεία

- Συνίσταται συντηρητική αγωγή με αντιβιοτικά για οστεομυελίτιδα, όταν δεν υπάρχει ανάγκη για χειρουργική τομή και παροχέτευση προκειμένου να ελεγχθεί η λοίμωξη.



# Χειρουργικός καθαρισμός



# Χειρουργικός καθαρισμός

- Επειγόντως, εκτιμήστε την ανάγκη για **άμεση** χειρουργική παρέμβαση για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών - μολυσμένου οστού, μείωση της διαμερισματικής πίεσης και παροχέτευση αποστήματος



# Σχάσεις πέλματος



# Σχάσεις πέλματος

Τομή  
Loeffler and  
Ballard



# Σχάσεις πέλματος



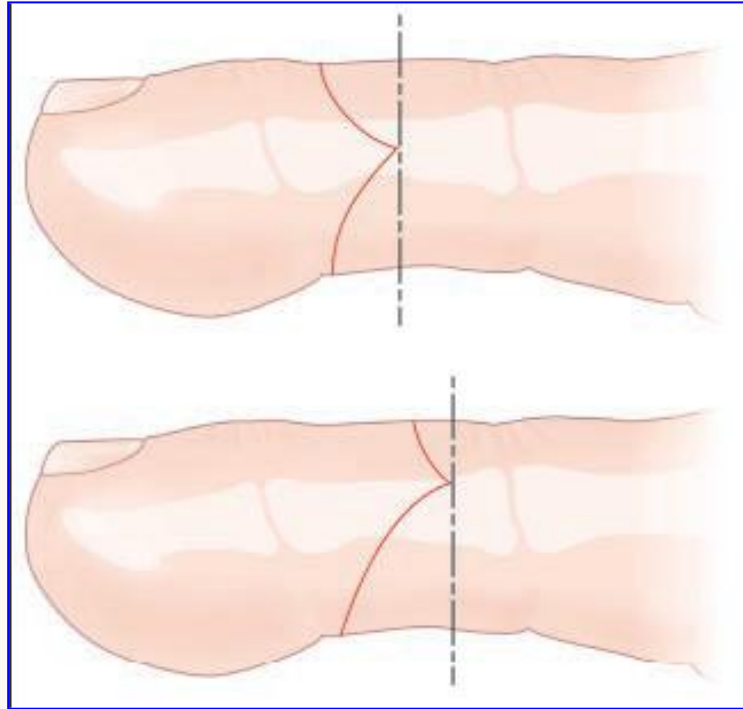
# Σχάσεις πέλματος



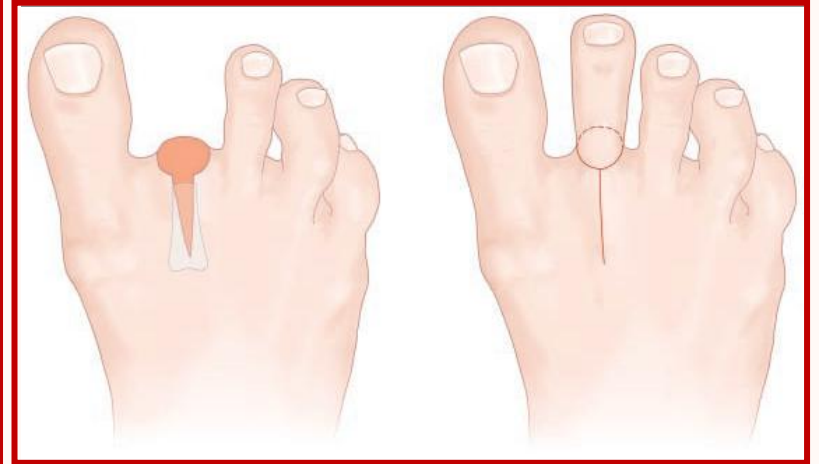
# Σχάσεις πέλματος



# Διαφαλαγγικός ακρωτηριασμός



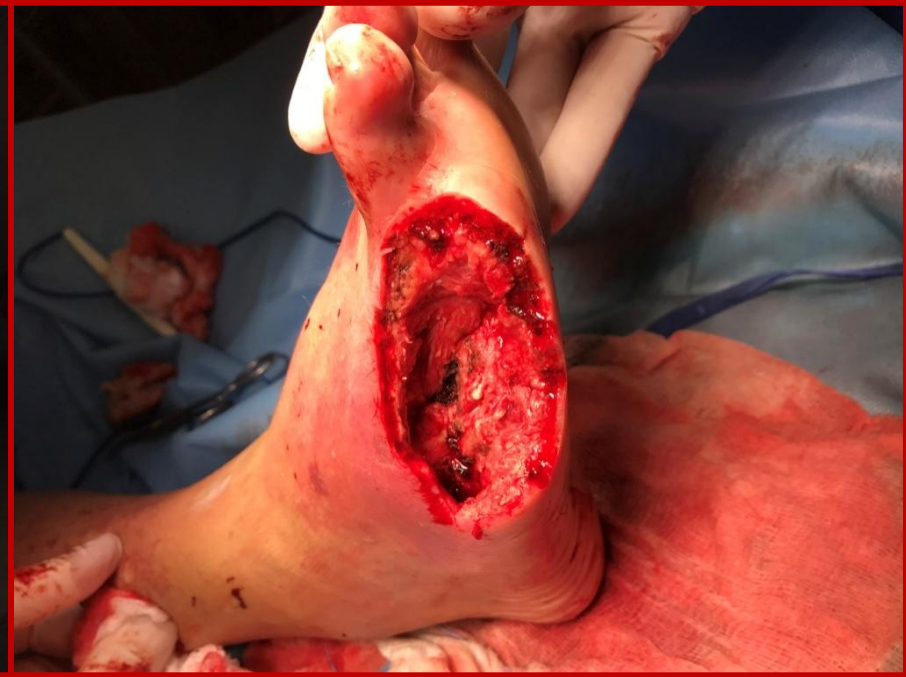
# Ακρωτηριασμός τύπου Ray



# Ανοικτό τραύμα



# Ακρωτηριασμός δακτύλων



# Ανοικτό τραύμα



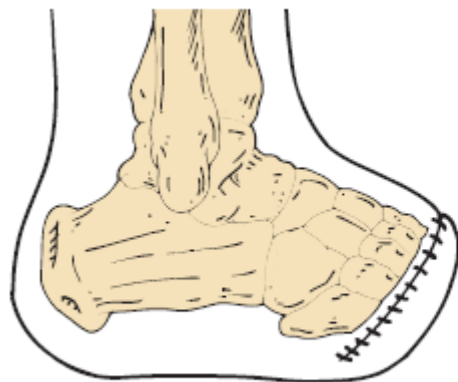
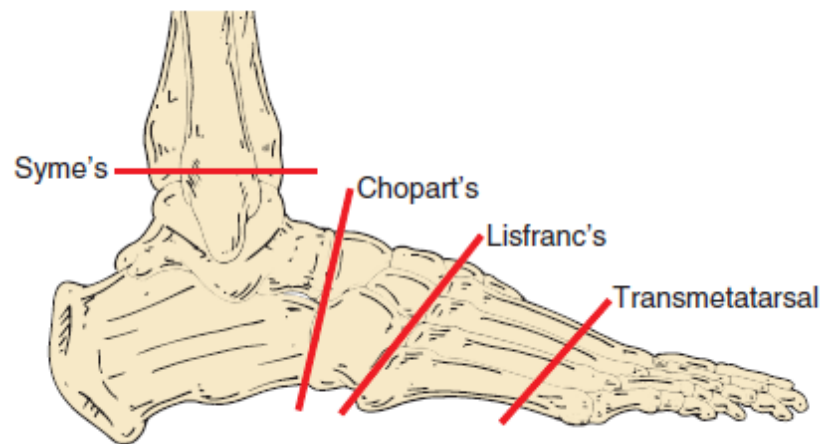
# Σύγκλειση κατά 2<sup>ο</sup> σκοπό



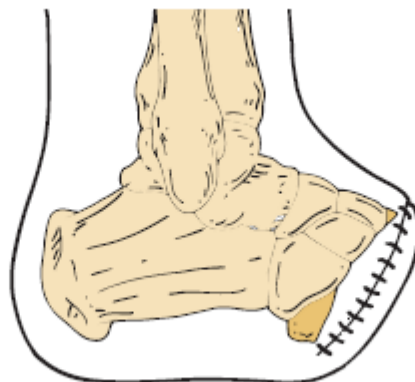
# Πρωτογενής σύγκλειση



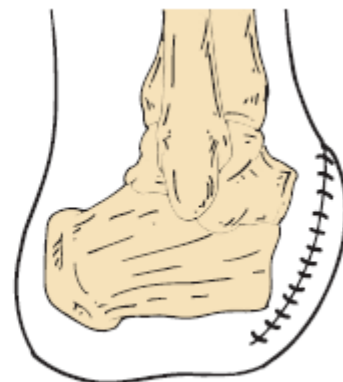
# Ἄκρο πόδα



Transmetatarsal



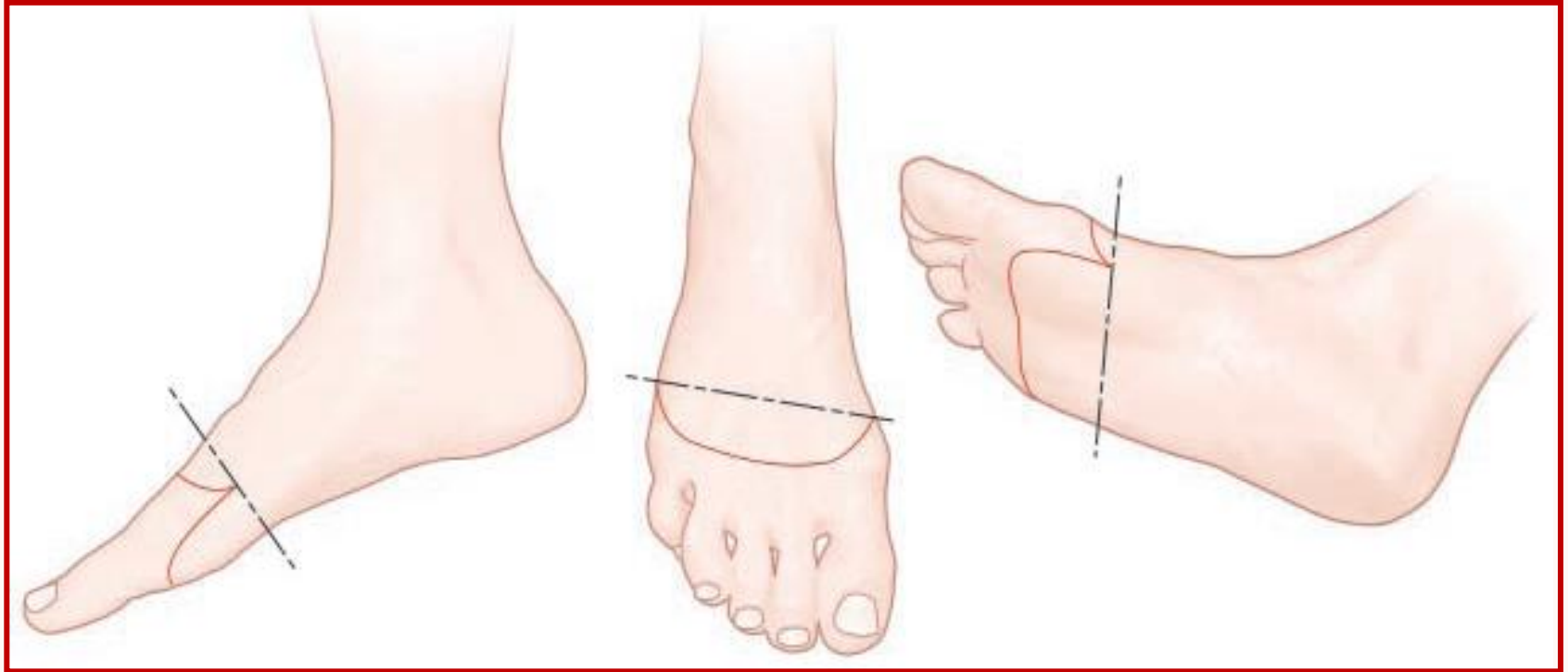
Lisfranc's



Chopart's



# Διαμετατάριος



# Διαμετατάριος



# Lisfranc



# Lisfranc



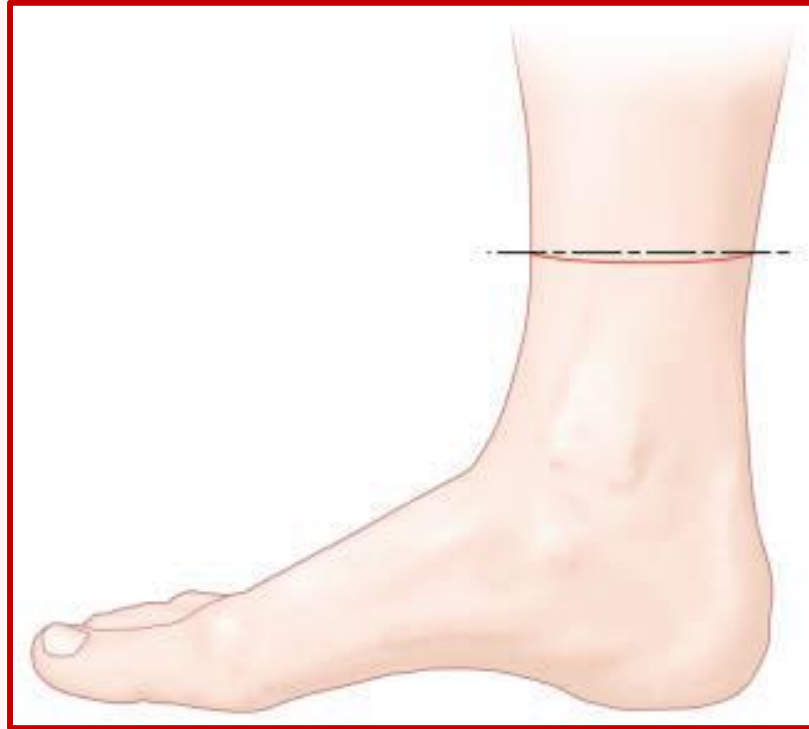
# Chopart



# Chopart



# Guillotine

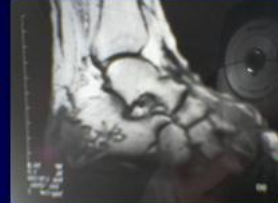


# Ξηρή γάγγραινα



# Μείζων Ακρωτηριασμός

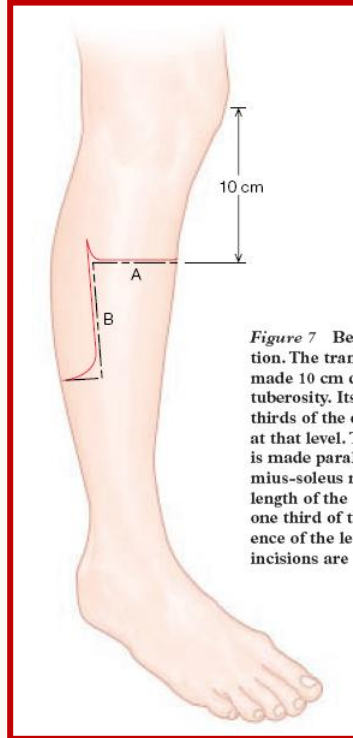
- Γάγγραινα της πτέρνας
- Επινέμηση της νέκρωσης κεντρικά του τάρσου
- Γενικευμένη σήψη με αποσταθεροποίηση του αρρώστου
- Κατακεκλιμένοι ασθενείς με πολλαπλά σοβαρά προβλήματα ή πτωχό προσδόκιμο επιβίωσης
- Σκοπός: Δημιουργία ικανού κολοβώματος για στήριξη προσθετικού μέλους



# Μείζων Ακρωτηριασμός



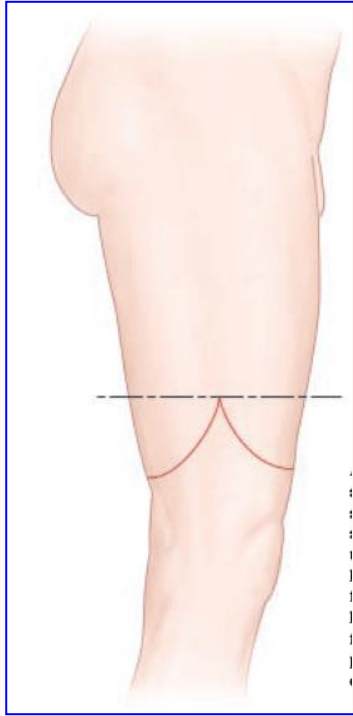
# Κάτωθεν του γόνατος



*Figure 7* Be-  
tion. The tran-  
made 10 cm o-  
tuberosity. Its  
thirds of the o-  
at that level.  
is made para-  
mius-soleus r-  
length of the  
one third of t-  
ence of the le-  
incisions are



# Άνωθεν του γόνατος



# Τεχνητή κνημιαία πρόθεση



# Έλεγχος αιμάτωσης

- Εκτιμήστε την αιμάτωση. Αν υπάρχει ισχαιμία προβείτε σε άμεση επαναγγείωση, όταν η λοίμωξη είναι ελεγχόμενη.

"time is tissue"

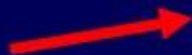


# Έλεγχος αιμάτωσης

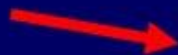


- Ψηλάφηση σφύξεων

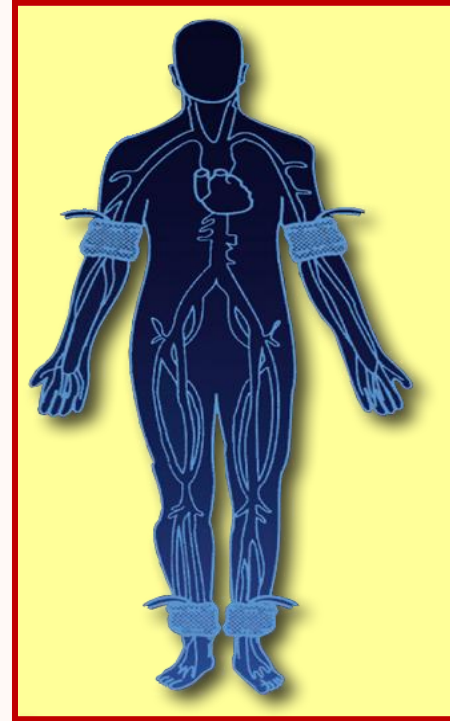
Ραχιαία του ποδός



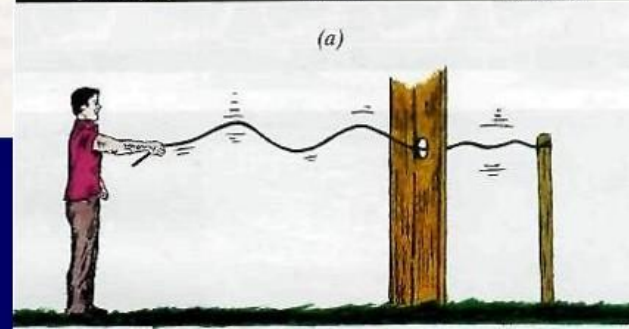
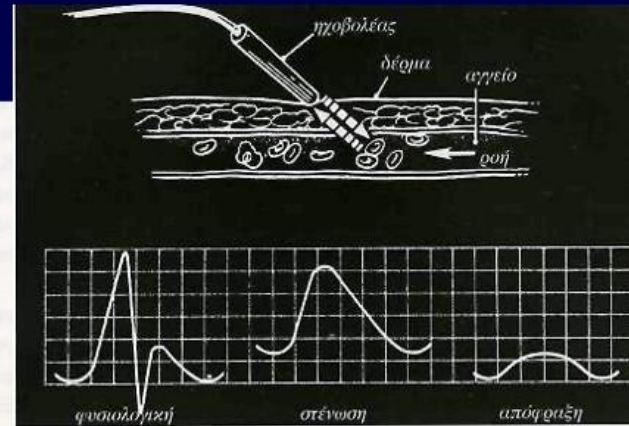
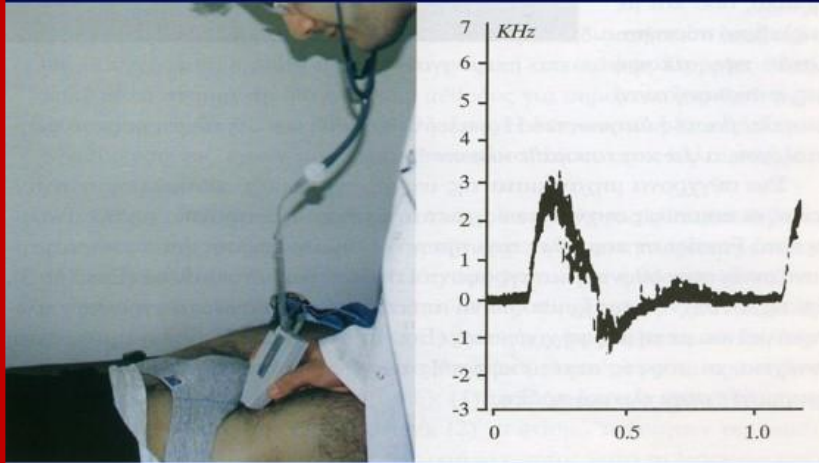
Οπίσθια κνημιαία



# Έλεγχος αιμάτωσης



# Κυματομορφή ταχύτητας Doppler



# Ισχαιμία

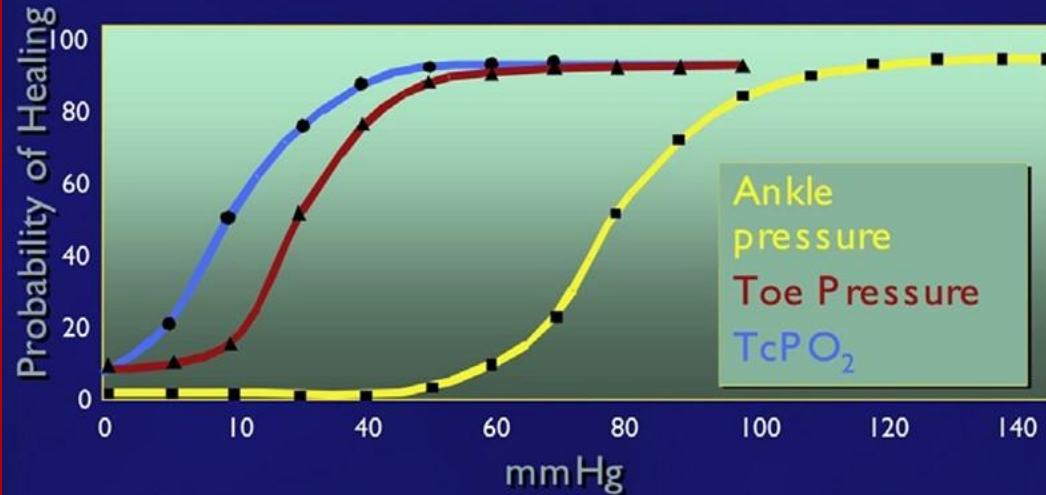
- Ankle pressure <50 mm Hg or an ABI <0.4 consider urgent vascular imaging, always with detailed visualisation of below-the knee and pedal arteries, and revascularisation.
- Urgent assessment for revascularisation if the toe pressure is <30mmHg or TcpO<sub>2</sub> is <25 mmHg.
- When an ulcer fails to show signs of healing within 4–6 weeks, despite optimal management, consider angiography and revascularisation, irrespective of the results of the vascular diagnostic tests described above.



# Ισχαιμία

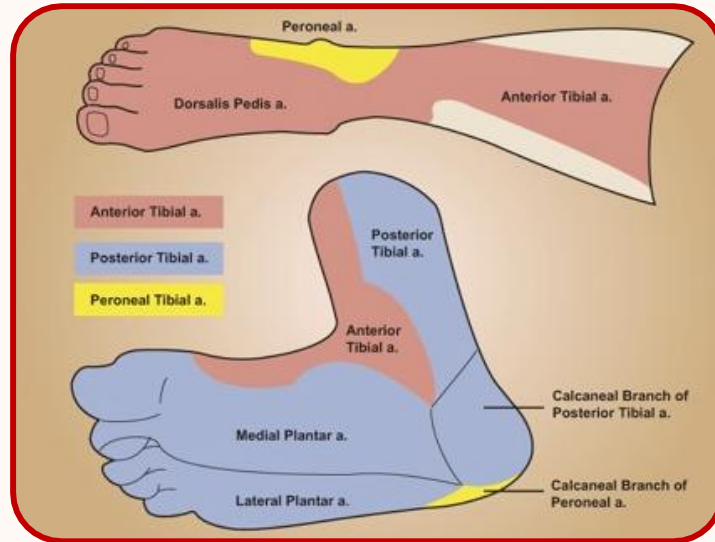
Might also consider revascularisation at higher pressure levels in patients with extensive tissue loss or infection, that is, with higher WIfI scores.

## Hemodynamics and Probability of Healing of a Diabetic Foot Ulcer



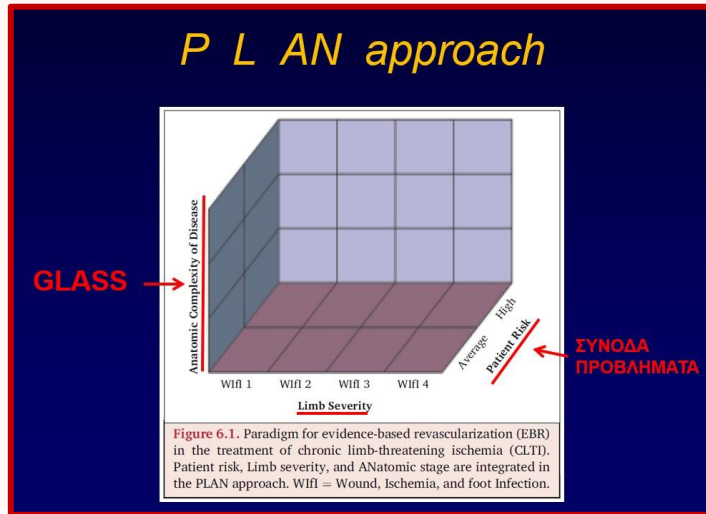
# Θεωρία αγγειοσωματίων

- The aim of revascularisation is to restore in-line flow to at least one of the foot arteries, preferably the artery that supplies the anatomical region of the wound.



# Επανάσταση

- Select a revascularisation technique based on both individual factors (such as morphological distribution of PAD, availability of autogenous vein, patient co-morbidities) and local operator expertise.



Eur J Vasc Endovasc Surg (2019) 58, S1–S109

## CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT

### Global Vascular Guidelines on the Management of Chronic Limb-Threatening Ischemia

Michael S. Conte, MD, Co-Editor <sup>aa</sup>, Andrew W. Bradbury, MD, Co-Editor <sup>b</sup>, Philippe Kolh, MD, Co-Editor <sup>c</sup>, John V. White, MD, Steering Committee <sup>d</sup>, Florian Dick, MD, Steering Committee <sup>e</sup>, Robert Fitridge, MBBS, Steering Committee <sup>f</sup>, Joseph L. Mills, MD, Steering Committee <sup>g</sup>, Jean-Baptiste Ricco, MD, Steering Committee <sup>h</sup>, Kalkunte R. Suresh, MD, Steering Committee <sup>i</sup>, M. Hassan Murad, MD, MPH <sup>j</sup>, Victor Aboyans <sup>k</sup>, Murat Aksoy <sup>l</sup>, Vlad-Adrian Alexandrescu <sup>m</sup>, David Armstrong <sup>n</sup>, Nobuyoshi Azuma <sup>o</sup>, Jill Belch <sup>p</sup>, Michel Bergoing <sup>q</sup>, Martin Bjorck <sup>r</sup>, Nabil Chakfé <sup>s</sup>, Stephen Cheng <sup>t</sup>, Joseph Dawson <sup>u</sup>, Eike S. Debus <sup>v</sup>, Andrew Dueck <sup>w</sup>, Susan Duval <sup>x</sup>, Hans H. Eckstein <sup>y</sup>, Roberto Ferraresi <sup>z</sup>, Raghvinder Gambhir <sup>aa</sup>, Mauro Gargiulo <sup>ab</sup>, Patrick Geraghty <sup>ac</sup>, Steve Goode <sup>ad</sup>, Bruce Gray <sup>ae</sup>, Wei Guo <sup>af</sup>, Prem C. Gupta <sup>ag</sup>, Robert Hinchliffe <sup>ah</sup>, Prasad Jetty <sup>ai</sup>, Kimihiro Komori <sup>aj</sup>, Lawrence Lavery <sup>ak</sup>, Wei Liang <sup>al</sup>, Robert Lookstein <sup>am</sup>, Matthew Menard <sup>an</sup>, Sanjay Misra <sup>ao</sup>, Tetsuro Miyata <sup>ap</sup>, Greg Moneta <sup>aq</sup>, Jose A. Munoz Prado <sup>ar</sup>, Alberto Munoz <sup>as</sup>, Juan E. Paolini <sup>at</sup>, Manesh Patel <sup>au</sup>, Frank Pomposelli <sup>av</sup>, Richard Powell <sup>aw</sup>, Peter Robless <sup>ax</sup>, Lee Rogers <sup>ay</sup>, Andres Schanzer <sup>az</sup>, Peter Schneider <sup>ba</sup>, Spence Taylor <sup>bb</sup>, Melina V. De Ceniga <sup>bc</sup>, Martin Veller <sup>bd</sup>, Frank Vermassen <sup>be</sup>, Jinsong Wang <sup>bf</sup>, Shenming Wang <sup>bf</sup>: GVG Writing Group for the Joint Guidelines of the Society for Vascular Surgery (SVS), European Society for Vascular Surgery (ESVS), and World Federation of Vascular Societies (WFVS)



# Limb Severity

## WIfI score

- Μέγεθος του τραύματος
- Βαρύτητα της ισχαιμίας
- Βαρύτητα της λοίμωξης



# Μέγεθος του τραύματος (έλκος-γάγγραινα)

## W I FI score

**W:** Wound/clinical category

SVS grades for rest pain and wounds/tissue loss (ulcers and gangrene):

0 (ischemic rest pain, ischemia grade 3; no ulcer) 1 (mild) 2 (moderate) 3 (severe)

Grade	Ulcer	Gangrene
0	<u>No ulcer</u>	<u>No gangrene</u>
Clinical description:	ischemic rest pain (requires typical symptoms + ischemia grade 3); no wound.	
1	Small, shallow ulcer(s) on distal leg or foot; <u>no exposed bone</u> , unless limited to distal phalanx	<u>No gangrene</u>
Clinical description:	minor tissue loss. Salvageable with <u>simple digital amputation (1 or 2 digits)</u> or skin coverage.	
2	Deeper ulcer with exposed bone, joint or tendon; generally not involving the heel; shallow heel ulcer, without calcaneal involvement	<u>Gangrenous changes limited to digits</u>
Clinical description:	major tissue loss salvageable with <u>multiple (<math>\geq 3</math>) digital amputations or standard TMA</u> $\pm$ skin coverage.	
3	Extensive, deep ulcer involving forefoot and/or midfoot; deep, full thickness heel ulcer $\pm$ calcaneal involvement	Extensive gangrene involving forefoot and /or midfoot; full thickness heel necrosis $\pm$ calcaneal involvement
Clinical description:	extensive tissue loss salvageable only with a complex foot reconstruction or nontraditional TMA ( <u>Chopart or Lisfranc</u> ); flap coverage or complex wound management needed for large soft tissue defect	

TMA, Transmetatarsal amputation.

# Βαρύτητα της ισχαιμίας

## I: Ischemia

Hemodynamics/perfusion: Measure TP or TcPO<sub>2</sub> if ABI incompressible (>1.3)

SVS grades 0 (none), 1 (mild), 2 (moderate), and 3 (severe).

<i>Grade</i>	<i>ABI</i>	<i>Ankle systolic pressure</i>	<i>TP, TcPO<sub>2</sub></i>
0	≥0.80	>100 mm Hg	≥60 mm Hg
1	0.6-0.79	70-100 mm Hg	40-59 mm Hg
2	0.4-0.59	50-70 mm Hg	30-39 mm Hg
3	≤0.39	<50 mm Hg	<30 mm Hg

*ABI*, Ankle-brachial index; *PVR*, pulse volume recording; *SPP*, skin perfusion pressure; *TP*, toe pressure; *TcPO<sub>2</sub>*, transcutaneous oximetry.

Patients with diabetes should have TP measurements. If arterial calcification precludes reliable ABI or TP measurements, ischemia should be documented by TcPO<sub>2</sub>, SPP, or PVR. If TP and ABI measurements result in different grades, TP will be the primary determinant of ischemia grade.

Flat or minimally pulsatile forefoot PVR = grade 3.



# Βαρύτητα της λοίμωξης

<i>Clinical manifestation of infection</i>	<i>SVS</i>	<i>IDSA/PEDIS infection severity</i>
No symptoms or signs of infection	0	Uninfected
<p>Infection present, as defined by the presence of at least 2 of the following items:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Local swelling or induration</li> <li>● Erythema &gt;0.5 to ≤2 cm around the ulcer</li> <li>● Local tenderness or pain</li> <li>● Local warmth</li> <li>● Purulent discharge (thick, opaque to white, or sanguineous secretion)</li> </ul> <p>Local infection involving only the skin and the subcutaneous tissue (without involvement of deeper tissues and without systemic signs as described below). Exclude other causes of an inflammatory response of the skin (eg, trauma, gout, acute Charcot neuro-osteoarthropathy, fracture, thrombosis, venous stasis)</p>	<p>2 τουλάχιστον σημεία φλεγμονής</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Οίδημα ή σκληρία</li> <li>- Ερυθρότητα &gt;0.5 ως &lt;2cm γύρω από το έλκος</li> <li>- Πυώδης έκκριση</li> <li>- Πόνος ή ευαισθησία</li> <li>- Θερμότητα</li> </ul> <p>Δέρμα-υποδόριο</p> <p>1</p>	Mild
<p>Local infection (as described above) with erythema &gt;2 cm, or involving structures deeper than skin and subcutaneous tissues (eg, abscess, osteomyelitis, septic arthritis, fasciitis), and No systemic inflammatory response signs (as described below)</p>	<p>-Ερυθρότητα &gt;2cm</p> <p>-Εν τω βάθει ιστοί</p> <p>2</p>	Moderate
<p>Local infection (as described above) with the signs of SIRS, as manifested by two or more of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Temperature &gt;38° or &lt;36° C</li> <li>● Heart rate &gt;90 beats/min</li> <li>● Respiratory rate &gt;20 breaths/min or PaCO<sub>2</sub> &lt;32 mm Hg</li> <li>● White blood cell count &gt;12,000 or &lt;4000 cu/mm or 10% immature (band) forms</li> </ul>	<p>ΣΗΨΗ</p> <p>3</p>	Severe <sup>a</sup>

*PACO<sub>2</sub>*, Partial pressure of arterial carbon dioxide; *SIRS*, systemic inflammatory response syndrome.

<sup>a</sup>Ischemia may complicate and increase the severity of any infection. Systemic infection may sometimes manifest with other clinical findings, such as hypotension, confusion, vomiting, or evidence of metabolic disturbances, such as acidosis, severe hyperglycemia, new-onset azotemia.

From Lipsky et al.<sup>4,2</sup>

# WiFi score

a, Estimate risk of amputation at 1 year for each combination

	Ischemia – 0				Ischemia – 1					Ischemia – 2				Ischemia – 3			
W-0	VL	VL	L	M	VL	L	M	H		L	L	M	H	L	M	M	H
W-1	VL	VL	L	M	VL	L	M	H		L	M	H	H	M	M	H	H
W-2	L	L	M	H	M	M	H	H		M	H	H	H	H	H	H	H
W-3	M	M	H	H	H	H	H	H		H	H	H	H	H	H	H	H
	fI-0	fI-1	fI-2	fI-3	fI-0	fI-1	fI-2	fI-3		fI-0	fI-1	fI-2	fI-3	fI-0	fI-1	fI-2	fI-3

b, Estimate likelihood of benefit of/requirement for revascularization (assuming infection can be controlled first)

	Ischemia – 0				Ischemia – 1					Ischemia – 2				Ischemia – 3			
W-0	VL	VL	VL	VL	VL	L	L	M		L	L	M	M	M	H	H	H
W-1	VL	VL	VL	VL	L	M	M	M		M	H	H	H	H	H	H	H
W-2	VL	VL	VL	VL	M	M	H	H		H	H	H	H	H	H	H	H
W-3	VL	VL	VL	VL	M	M	M	H		H	H	H	H	H	H	H	H
	f-0	fI-1	fI-2	fI-3	fI-0	fI-1	fI-2	fI-3		fI-0	fI-1	fI-2	fI-3	fI-0	fI-1	fI-2	fI-3

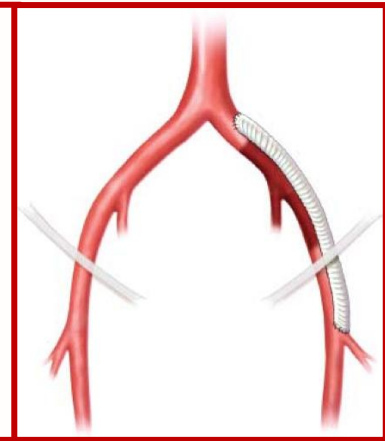
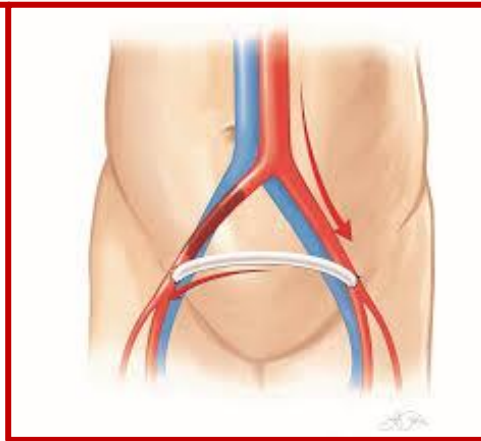
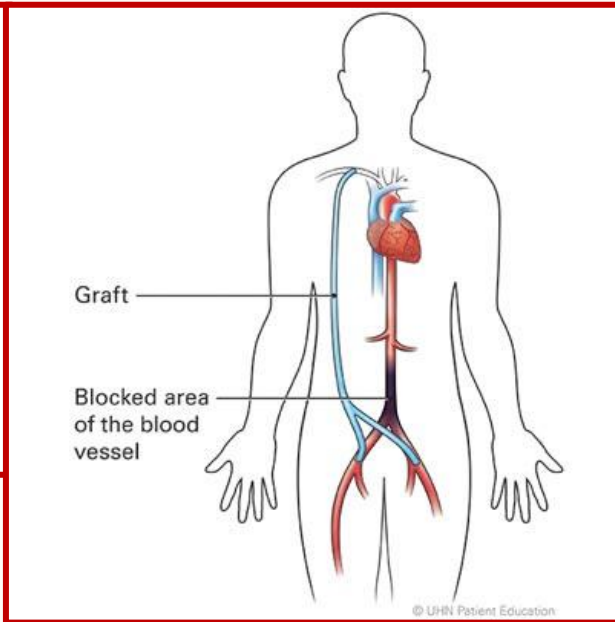
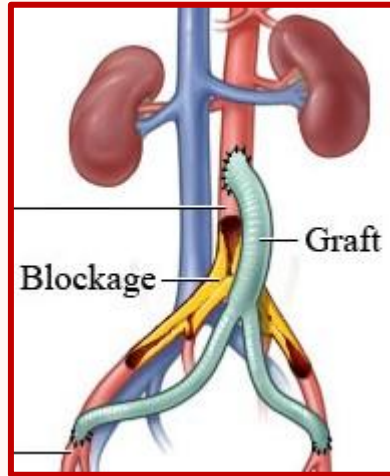
**Table 3.5. Clinical stages of major limb amputation risk based on Wound, Ischemia, and foot Infection (WIFI) classification**

Risk of amputation	Proposed clinical stages	WIFI spectrum score		
Very low	Stage 1	W0 I0 I1,2		
		W0 I1 I0		
		W1 I0 I0,1		
		W1 I1 I0		
		W1 I2 I0		
Low	Stage 2	W0 I0 I2		
		W0 I1 I1		
		W0 I2 I0,1		
		W0 I3 I0		
		W1 I0 I2		
		W1 I1 I1		
		W1 I2 I0		
		W2 I0 I0,1		
		W2 I1 I1		
Moderate	Stage 3	W0 I0 I3		
		W0 I2 I1,2		
		W0 I3 I1,2		
		W1 I0 I3		
		W1 I1 I2		
		W1 I2 I1		
		W1 I3 I0,1		
		W2 I0 I2		
		W2 I1 I0,1		
		W2 I2 I0		
		W3 I0 I0,1		
		High	Stage 4	W0 I1,2,3 I3
				W1 I1 I3
W1 I2,3 I2,3				
W2 I0 I3				
W2 I1 I2,3				
W2 I2 I1,2,3				
W2 I3 I0,1,2,3				
W3 I0 I2,3				
W3 I1,2,3 I0,1,2,3				

Clinical descriptors: Stage 1: minimal ischemia; no/minor tissue loss. Stages 2-4 reflect increasing stages of ischemia, wound, and infection. Stage 5 (not shown in table): unsalvageable foot (most often due to wound extent or severity of infection).

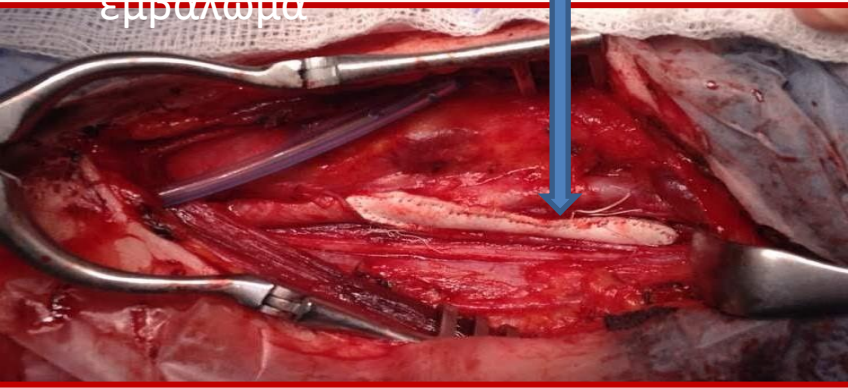


# Χειρουργική επαναιμάτωση

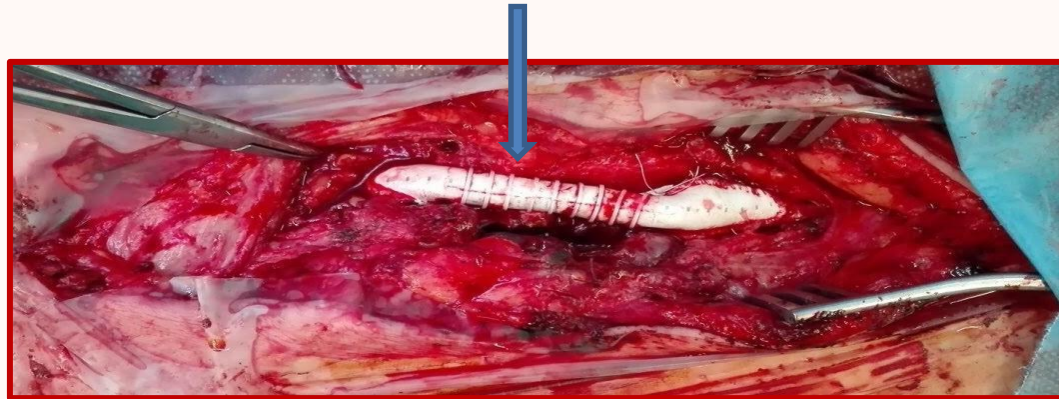


# Χειρουργική επαναιμάτωση

Ενδαρτηρεκτομή κοινής και  
εν τω βάθει μηριαίας  
αρτηρίας και αλοκατάσταση με  
εμβόλιωμα



Παράθεση μοσχεύματος

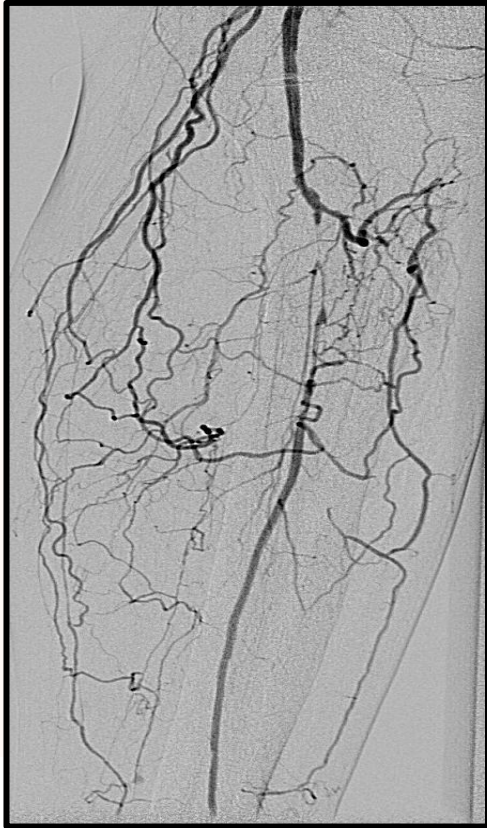


# Χειρουργική επαναιμάτωση

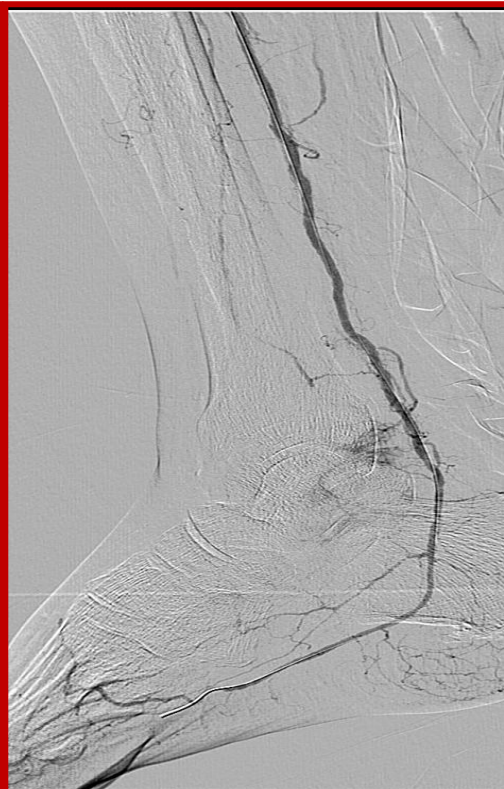
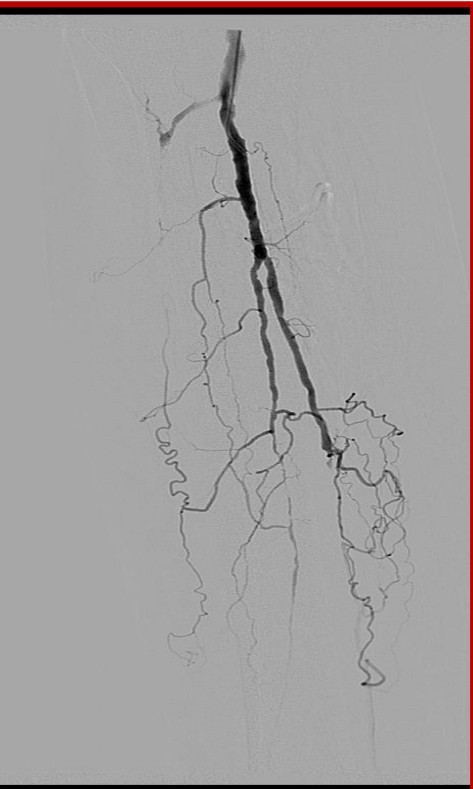
**BYPASS**



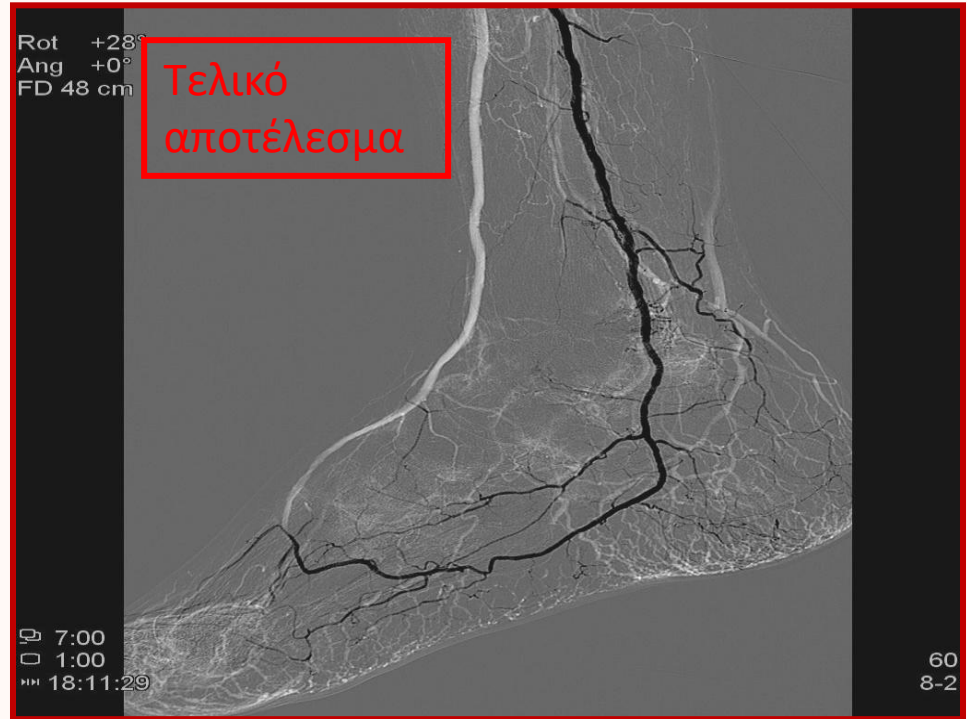
# Αγγειοπλαστική με μπαλόνι



# Αγγειοπλαστική με μπαλόνι



# Αγγειοπλαστική-stenting

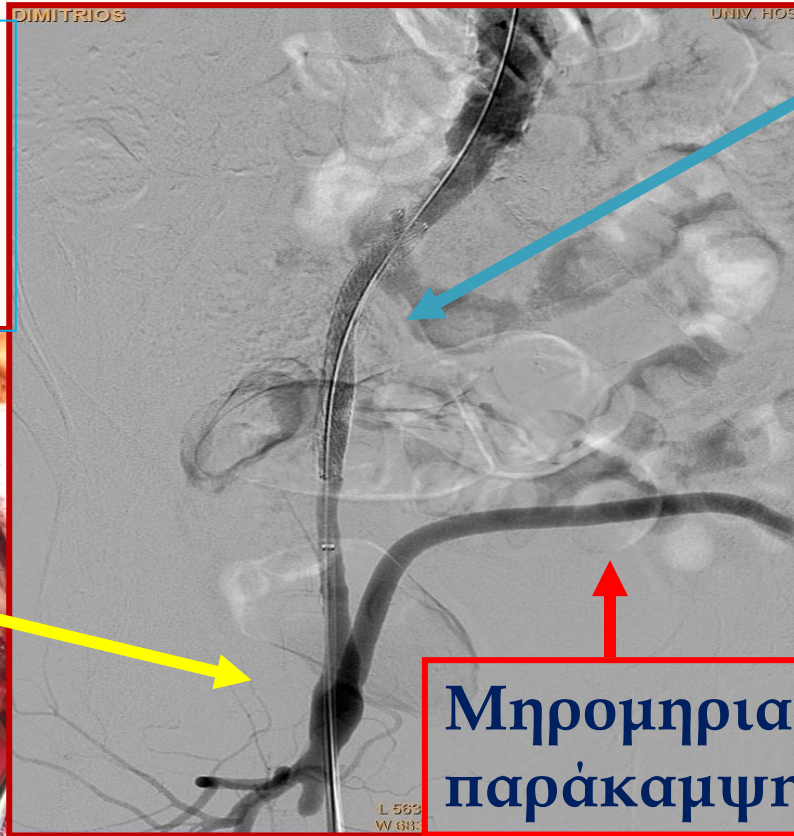
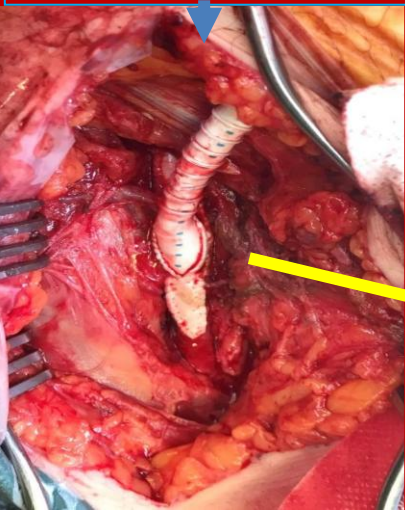


# Αγγειοπλαστική-stenting



# Υβριδική θεραπεία

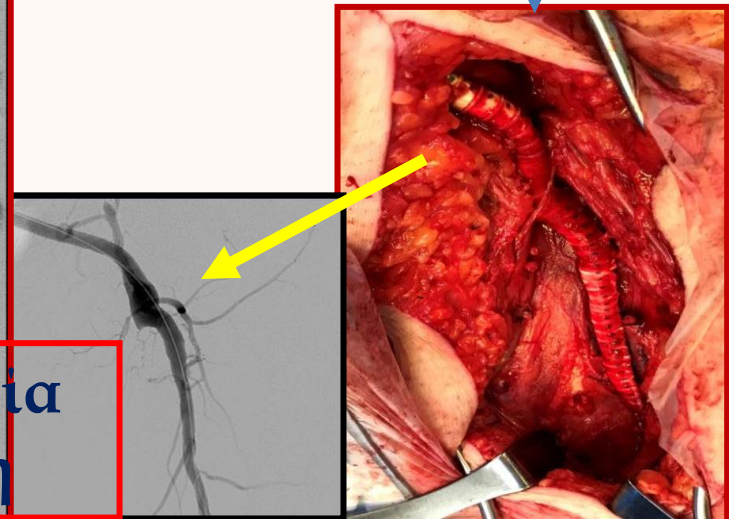
Ενδαρτηρεκτομή δε κοινής μηριαίας και πλαστική με εμφύλωμα



Μηρομηριαία παράκαμψη

Αγγειοπλαστική-stent δε λαγονίου

Ενδαρτηρεκτομή αρ κοινής-εν τω βάθει



# Υβριδική θεραπεία



# Αορτοδιμηρική παράκαμψη



Μετά από  
θρόμβωση  
αορτολαγονίων  
stent



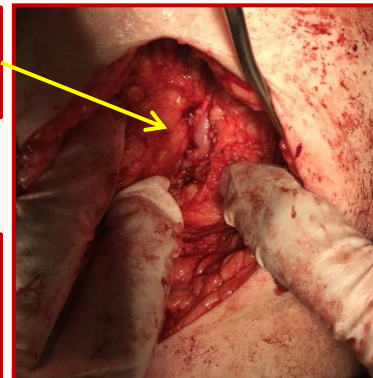
# Επαναιμάτωση



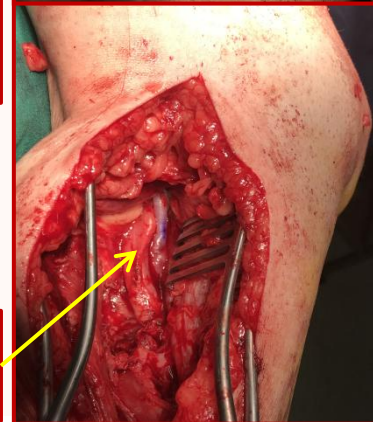
Οξεία  
θρόμβωση  
stent  
ιγνυακής  
αρτηρίας



Κεντρική  
αναστόμωση



Μηροϊγνυακή  
παράκαμψη  
με μόσχευμα  
μείζονος  
σαφηνούς

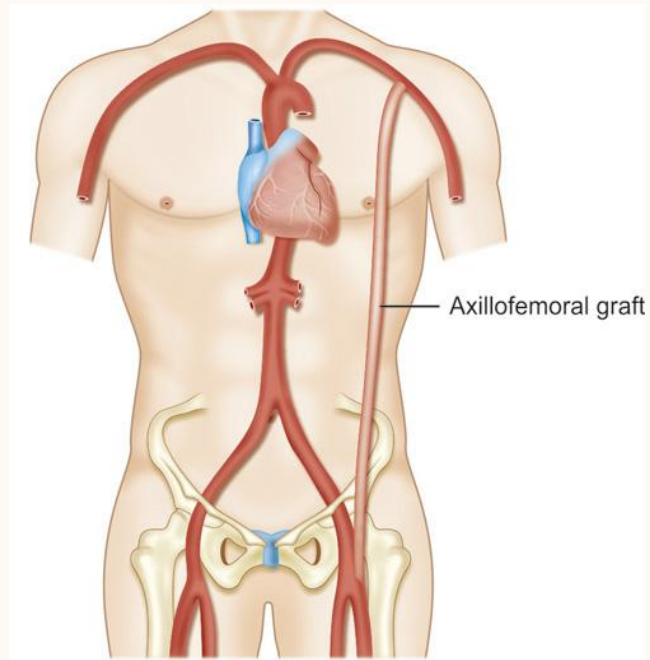


Περιφερική  
αναστόμωση



# Επαναιμάτωση

Θρόμβωση  
stent



# Αποφόρτιση



- Non-removable knee-high offloading device
- Removable knee-high or ankle-high offloading device
- Appropriate footwear
- Footwear modifications, toe spacers, orthoses, or digital flexor tenotomy, depending on the type and location of the foot ulcer.
- If the ulcer fails to heal with non-surgical offloading treatment, for a metatarsal head ulcer consider Achilles tendon lengthening, metatarsal head resection, or metatarsal osteotomy, and for a hallux ulcer, joint arthroplasty, all in combination with an offloading device.



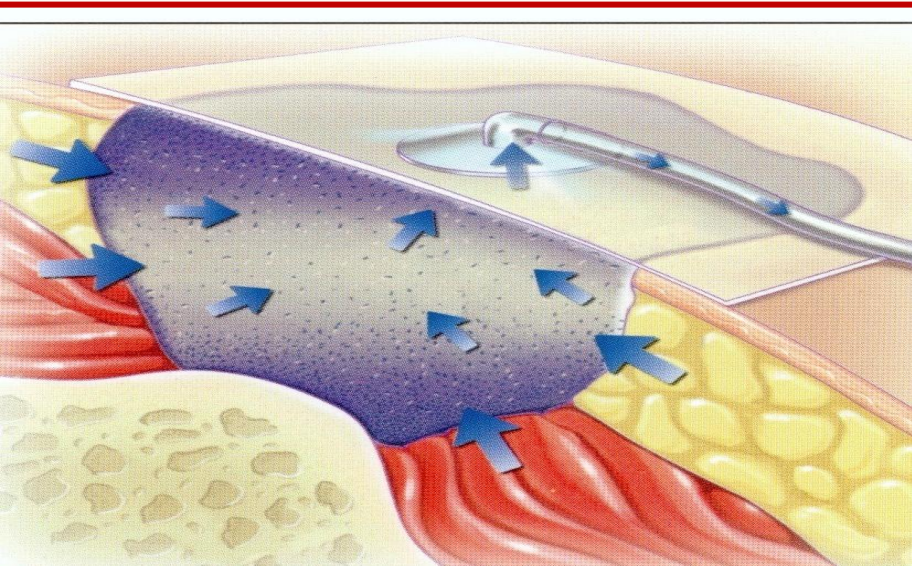
# Τοπική περιποίηση έλκους/τραύματος

- Regular inspection of the ulcer by a trained health care provider is essential; its frequency depends on the severity of the ulcer and underlying pathology, the presence of infection, the amount of exudation and wound treatment provided.
- Debride the ulcer and remove the surrounding callus (preferably with sharp surgical instruments), and repeat as needed.
- Select dressings to control excess exudation and maintain a moist environment.
- Wash but do not soak the feet as this may induce skin maceration.



# Σπόγγοι αρνητικής πίεσης

- Consider negative pressure wound therapy to help heal postoperative wounds.
- Systemic hyperbaric oxygen therapy as an adjunctive treatment for ischaemic ulcers.



# Σπόγγοι αρνητικής πίεσης



# Σπόγγοι αρνητικής πίεσης



# COVID-19, ΣΔ



# Σπόγγοι αρνητικής πίεσης



# Person-centred care

- Optimise glycaemic control, if necessary, with insulin.
- Treat oedema or malnutrition if present.
- Treat cardiovascular risk factors (cessation of smoking, control of hypertension and dyslipidaemia, use of antiplatelet drugs, SGLT2-inhibitor or GLP1-agonist).
- Treat depression or other psycho-social difficulties.



# Active Charcot Neuro-osteo-arthropathy



# Πρόληψη

- Αποφυγή τραυματισμών,
- Να μην περπατά ξυπόλητος,
- Χρήση άνετων υποδημάτων με μαλακό δέρμα,
- Να μην περπατά πολύ ώρα με καινούργια παπούτσια,
- Να φορά καθημερινά καθαρές κάλτσες (ανάποδη πλευρά),
- Καθημερινή επισκόπηση των ποδιών με ενημέρωση του θεράποντος ιατρού για κάθε αλλαγή,
- Να τα πλένει καθημερινά και να κάνει επάλειψη με βαζελίνη
- Στις μεσοδακτύλιες πτυχές να τα στεγνώνει καλά.
- Να μην κόβει βαθιά τα νύχια,
- Να μην τοποθετεί θερμοφόρες πάνω στα πόδια,
- Να κρατά τα πόδια του μακριά από τζάκια και θερμάστρες,



# Ειδικά υποδήματα

- Persons with LOPS must have (and may need financial assistance to acquire) appropriate footwear, and should be encouraged to wear this at all times, both indoors and outdoors. All footwear should be adapted to conform to any alteration in foot structure or foot biomechanics affecting the foot.



# Ειδικά υποδήματα

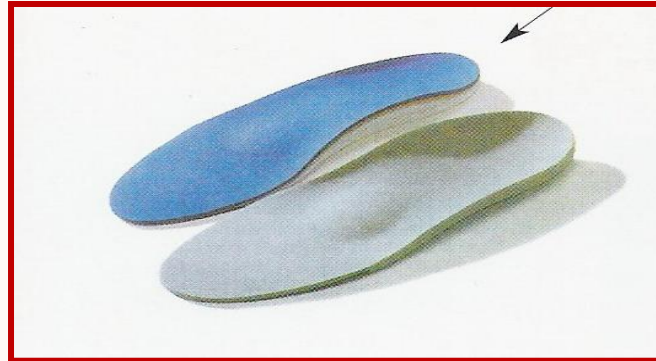


1. Μαλακή "γλώσσα" με επένδυση - χωρίς εσωτερικές ραφές
2. Αυτοκόλλητο κλείσιμο
3. Μαλακό δέρμα Α' τύπου "Ελάφι"
4. Μεγάλο βάθος για τυχόν παραμορφώσεις - δυσμορφίες των δακτύλων. Αποτρέπει την εμφάνιση ελκών στην ραχιαία επιφάνεια των δακτύλων
5. Ανασήκωμα του πρόσθιου μέρους για ευκολότερο και ξεκούραστο βάδισμα και αποφόρτιση των μεταταρσίων κεφαλών
6. Σκληρή σόλα, εξαιρετικά ελαφριά ορθοπεδικού τύπου
7. Επένδυση στην περιοχή των σφυρών
8. Σκληρή υποστήριξη της πτέρνας
9. Επένδυση με μαλακή ειδική φόδρα



# Ειδικές σόλες

- If there is no off-the-shelf footwear that can accommodate the foot (e.g., if the fit is poor due to foot deformity) or if there are signs of abnormal loading of the foot (e.g., hyperaemia, callus, and (previous) ulceration), prescribe therapeutic footwear, possibly including extra- depth shoes, custom-made footwear and custom-made insoles. This may also include the prescription and fabrication of (toe) orthoses



# Ομάδα διαβητικού ποδιού

- Studies around the world have shown that setting up an interdisciplinary foot care team and implementing prevention and management of diabetic foot disease according to the principles outlined in these practical guidelines are associated with a decrease in the frequency of diabetes related lower-extremity amputations.

Χειρουργός

Αγγειοχειρουργός

Γενικός χειρουργός

Επεμβατικός Ακτινολόγος

Ορθοπαιδικός

Λοιμωξιολόγος

Διαβητολόγος

Ποδίατρος

Φυσικοθεραπευτής



Ευχαριστώ

