

Acil Servise Başvuran Selülit Hastalarında Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Hastaneye Yatış ile İlişkisi

Relationship Between Clinical and Laboratory Findings and Hospital Admission in Cellulitis Patients Presenting to the Emergency Department

Cansu Doğan¹, Hüseyin Gürbüz¹, Mehmet Çelik², İpek Aslan², Mahmut İlhan²¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana bilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Selülit, deri ve subkutan dokuların bakteriyel enfeksiyonu olup acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunun acil servisine başvuran selülit olgularında hastaneye yatış gereksinimini öngörebilecek klinik ve laboratuvar parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: 01 Ocak 2019-01 Ocak 2025 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran, 18 yaş üzeri selülit tanılı olgular retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları analiz edildi. Yatış gereksinimi ile ilişkili değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Çok değişkenli modelde bağımsız prediktör olarak kalan değişkenler için ROC analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 162 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 51,1±19,26 olup, olguların %57,7'si erkekti. Hastaların %52,5'i (n=85) hastaneye yatırılırken, %47,5'i (n=77) ayaktan takip edildi. Komorbiditeler arasında diyabetes mellitus (%22,1) ve hipertansiyon (%16,6) öne çıktı. Yatış gerektiren hastalarda inflamatuvar belirteçler anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05, hepsi için). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde C-reaktif protein (CRP) [odds ratio (OR): 1,06; %95 güven aralığı (GA): 1,00-1,12; p=0,033], hemoglobin (OR: 0,75; %95 GA: 0,59-0,95; p=0,016) ve trombosit (OR: 0,995; %95 GA: 0,991-0,999; p=0,014) yatış gereksiniminin bağımsız öngördürücüleri olarak saptandı. ROC analizinde, CRP'nin en yüksek AUC değerine sahip olduğu görüldü (AUC=0,692; %95 GA: 0,608-0,776; p<0,001).

Sonuç: Selülit hastalarında CRP, hastane yatışını öngörmede bağımsız bir belirteç olarak tespit edildi. Klinik değerlendirmeye eklenen laboratuvar parametreleri, yatış kararında destekleyici bir risk sınıflaması sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Selülit, C-reaktif protein, Acil servis

Abstract

Background: Cellulitis is a bacterial infection of the skin and subcutaneous tissues and represents a substantial proportion of emergency department visits. This study aimed to identify independent clinical and laboratory predictors of hospitalization among cellulitis patients presenting to a tertiary emergency department.

Materials and Methods: Adult patients (≥18 years) diagnosed with cellulitis between January 1, 2019, and January 1, 2025, were retrospectively analyzed. Demographic, clinical, and laboratory parameters were evaluated. Multivariable logistic regression analysis was performed to determine independent predictors of hospitalization. ROC analysis was performed for variables retained as independent predictors in the multivariable model.

Results: A total of 162 patients were included. The mean age was 51.1±19.3 years, and 57.7% were male. Overall, 52.5% of the patients (n=85) were hospitalized, while 47.5% (n=77) were managed as outpatients. Among the comorbidities, diabetes mellitus (22.1%) and hypertension (16.6%) were prominent. Inflammatory markers were significantly higher in hospitalized patients (p<0.05, for all). In multivariate logistic regression analysis, C-reactive protein (CRP) [odds ratio (OR): 1.06; 95% confidence interval (CI): 1.00-1.12; p=0.033], hemoglobin (OR: 0.75; 95% CI: 0.59-0.95; p=0.016), and platelet count (OR: 0.995; 95% CI: 0.991-0.999; p=0.014) were identified as independent predictors of hospitalization. In the ROC analysis, CRP was found to have the highest AUC value (AUC=0.692; 95% CI: 0.608-0.776; p<0.001).

Conclusions: CRP was found to be an independent predictor of hospitalization in patients with cellulite. Laboratory parameters added to the clinical evaluation can provide a supportive risk classification in the hospitalization decision.

Keywords: Cellulitis, C-reactive protein, Emergency department

Sorumlu Yazar: Cansu Doğan, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

E-posta: drcansud@gmail.com / **ORCID ID:** 0000-0001-7445-875X

Geliş Tarihi: 11.10.2025 / **Kabul Tarihi:** 05.03.2026

Nasıl Atıf Yapılır?: Doğan C, Gürbüz H, Çelik M, Aslan İ, İlhan M. Acil Servise Başvuran Selülit Hastalarında Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Hastaneye Yatış ile İlişkisi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty) 2026;23(1):132-138. DOI: 10.35440/hutfd.1800489.



Giriş

Selülit, deri (dermis) ve deri altı (subkutan) dokularda yayılım gösteren, klinik bulguları hafif lokal enfeksiyondan sepsise kadar uzanabilen, acil serviste sık karşılaşılan bir bakteriyel yumuşak doku enfeksiyonudur (1). Enfeksiyon gelişiminde, doğal deri bariyerinin bozulması ve konak immün yanıtının zayıflaması temel patogenezlerdir. Tinea pedis veya onikomiköz gibi dermatomiközler, travma, cerrahi girişimler, periferik vasküler hastalıklar, lenf nodu diseksiyonu, radyoterapi ve kronik deri lezyonları gibi durumlar selülitin predispozan faktörleri arasında sıralanır (2,3). İleri yaşta olmak, diyabetes mellitus (DM) ve obezite gibi komorbid hastalıklar selülit açısından riski arttırmaktadır (4).

Selülit vücudun tüm bölgelerini tutabilse de çoğunlukla alt ekstremitelerde ve tek taraflı gelişmektedir. Klinik olarak sınırları net olmayan eritem, ödem, ısı artışı ve ağrı ile seyreder. İlerlemiş olgularda bölgesel lenfadenopati ve büllöz lezyonlar da görülebilir (1).

Selülit tanısında klinik değerlendirme esastır. Altın standart bir tanı testi olmaması nedeniyle venöz staz dermatiti, derin ven trombozu, pannikülit ve eritema migrans gibi diğer deri hastalıkları ile karışma ihtimali yüksektir. Ayırıcı tanıları dikkatle değerlendirilmelidir (5,6).

Tekrarlayan selülit atakları, özellikle lenfatik hasar ve buna bağlı kronik ödem ile ilişkilidir ve bu durum nüks riskini artırır; bu nedenle tedavide enfeksiyon kontrolünün yanı sıra altta yatan risk faktörlerinin etkin bir şekilde yönetilmesi gereklidir (7). Hastaneye yatış gerektiren selülit olgularında ise yaş, komorbiditeler, yüksek inflamasyon belirteçleri ve klinik bulgular, yatış kararını ve tedavi stratejisini etkileyen önemli prediktörler olarak tanımlanmıştır (8).

Bu çalışmada, üçüncü basamak bir sağlık kurumuna selülit tanısıyla başvuran olgularda hastane yatış kararını öngörebilecek bağımsız klinik ve laboratuvar parametrelerini belirlemek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte retrospektif bir çalışma olarak planlandı. Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.02.2025 tarihli ve HRÜ/25.03.06 sayılı onayı ile Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütüldü.

Çalışmaya, 01 Ocak 2019-01 Ocak 2025 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve selülit tanısı almış 18 yaş ve üzeri 162 yetişkin hasta dâhil edildi. Epikriz kayıtlarına erişilebilen tüm uygun hastalar çalışmaya dahil edildi.

Selülit tanısı acil servis hekim değerlendirmesi ve elektronik kayıtlar üzerinden klinik tanı notları ile doğrulandı.

Dışlama kriterleri; 18 yaş altındaki hastalar, selülit dışı enfeksiyonlarla başvuran hastalar, kronik cilt hastalıklarına sahip olanlar, tamamlanmamış veya eksik kayıtları olan hastalar olarak belirlendi.

Araştırmadaki tüm veriler elektronik hasta kayıt sisteminden elde edildi. Demografik (yaş, cinsiyet, yaşam tarzı, VKİ), klinik (etkilenen vücut bölgesi, klinik semptomlar, nüks öyküsü), laboratuvar bulguları (hematolojik ve biyokimyasal parametreler, koagülasyon faktörleri), tedavi verileri (tedavi türü, yatış durumu) ile predispozan faktörler (diyabetes mellitus, hipertansiyon, obezite, venöz yetersizlik, tinea pedis/onikomikoz, travma öyküsü, lenfödem, bypass cerrahi, sigara kullanımı, gebelik, malignite) parametreleri değerlendirmeye alındı. Yatış durumuna göre hastalar yatan hasta grubu ve ayakta takip grubu olarak ikiye ayrıldı ve parametreler gruplar arasında karşılaştırıldı.

İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) yazılımı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan sürekli veriler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan sürekli veriler ise ortanca (minimum-maksimum) şeklinde belirtildi. Kategorik veriler sayı ve yüzde (%) ile raporlandı.

Gruplar arası karşılaştırmalarda dağılıma uygun olarak Bağımsız Gruplarda t-testi veya Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerde ise Ki-kare testi kullanıldı. Hastane yatış gereksiniminin bağımsız öngördürücülerini belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi gerçekleştirildi. Tek değişkenli analizde $p < 0,10$ bulunan değişkenler ve klinik olarak anlamlı kabul edilen değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edildi. Yatışla anlamlı parametrelerin AUC (Eğri Altı Alan), eşik değer (cut-off), duyarlılık ve özgüllük oranlarını hesaplamak için ROC (Receiver Operating Characteristic) eğrisi analizi yapıldı. ROC analizinde en uygun cut-off değeri Youden indeksi (duyarlılık+özgüllük-1) kullanılarak belirlendi. Tüm istatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 162 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $51,1 \pm 19,26$ yıl olup, olguların %57,7'si (n=93) erkekti. Hastaların %34,6'sında (n=27) daha önce geçirilmiş selülit öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların %63,2 (n=103) oranı ile çoğunluğunda en az bir komorbid hastalık öyküsü mevcuttu.

Bunların %46,0'ı tek, %17,2'si birden fazla komorbiditeye sahipti. En sık komorbiditeler diyabetes mellitus (%22,09), hipertansiyon (%16,56) ve yüzeysel mantar enfeksiyonu (%11,66) olarak kaydedildi.

Malignite, gebelik, obezite ve sigara öyküsü ise daha nadirdi. Başvuru sırasında klinik bulgular incelendiğinde en sık kızarıklık (%77,3), ağrı (%74,23), ısı artışı (%73,62) ve şişlik (%68,71) saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik ve klinik özelliklerin dağılımı		
		n (%)
Yaş		51,1±19,26
Cinsiyet	Kadın	69 (%42,33)
	Erkek	93 (%57,67)
Ek hastalık	Tek Hastalık	75 (%46,01)
	Birden fazla hastalık	28 (%17,18)
Öykü	Selülit öyküsü	27 (%34,62)
Komorbidite	DM	36 (%22,09)
	HT	27 (%16,56)
	Gebelik	2 (%1,23)
	Malignite	2 (%1,23)
	Obezite	1 (%0,61)
Predispozan faktör	Onikomikozis yüzeysel mantar enfeksiyonu	19 (%11,66)
	Travma öyküsü	9 (%5,52)
	Lenfödem	6 (%3,68)
	BY PASS cerrahi	4 (%2,45)
	Sigara öyküsü	1 (%0,61)
İnflamasyon bulguları	Ateş	31 (%19,14)
	Üşüme titreme	26 (%15,95)
	Şişlik	112 (%68,71)
	Kızarıklık	126 (%77,3)
	Ağrı	121 (%74,23)
	Isı artışı	120 (%73,62)
n: Sayı; %: Dağılımsal yüzde		

Ayaktan takip edilen grup ile yatış gereksinimi olan hastaların karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmektedir. Yatış grubunda en az bir komorbidite varlığı (p=0,041) ve özellikle diyabetes mellitus (p=0,019) anlamlı olarak daha yüksekti. Klinik bulgulara bakıldığında; sistemik inflamasyon bulguları olan ateş (p=0,007) ve üşüme-titreme (p=0,006) ile lokal bulgular olan kızarıklık

(p=0,018) ve ağrı (p=0,001) yatış grubunda daha sık gözlemlendi. Laboratuvar bulgularına bakıldığında; yatış kararı verilen hasta grubunda inflamatuvar parametreler daha yüksek, hemoglobin ve trombosit düzeyleri daha düşük saptandı (p<0,05, hepsi için). Tedavi yaklaşımı açısından, yatış grubunda intravenöz antibiyotik kullanım oranı anlamlı derecede daha yüksekti (p<0,001) (Tablo 2).

Tablo 2. Yatış durumuna göre klinik ve laboratuvar değişkenlerinin karşılaştırılması			
Değişkenler	Yatan hasta (n=85)	Ayaktan takip (n=77)	p
Yaş (yıl)	52,15±19,15	50,70±18,67	0,637*
En az bir komorbidite (%)	60 (70,59)	43 (55,13)	0,041†
Diyabetes mellitus (%)	25 (29,41)	11 (14,10)	0,019†
Klinik bulgular			
Ateş (%)	23 (27,06)	8 (10,39)	0,007†
Üşüme-titrete (%)	20 (23,53)	6 (7,69)	0,006†
Kızarıklık (%)	72 (84,71)	54 (69,23)	0,018†
Ağrı (%)	72 (84,71)	49 (62,82)	0,001†
Laboratuvar parametreleri			
WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	12,39±5,75	10,54±4,76	0,028*
Nötrofil ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	9,41±5,60	7,29±4,53	0,009*
Lenfosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	1,5 (0,1-11,8)	2 (0,25-4,7)	0,009‡
Hemoglobin (g/dL)	12,58±2,05	13,40±1,88	0,010*
Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	258,25±112,25	301,44±96,44	0,011*
CRP (mg/dL)	14,3±16,82	6,86±8,52	0,001*
Sedimentasyon (mm/saat)	56,8±36,48	39,26±27,88	0,010*
Nötrofil/lenfosit oranı	5,67 (0,48-74,5)	3 (0-38,33)	0,003‡
* Bağımsız örneklem t-testi † Ki-kare testi ‡ Mann-Whitney U testi Ort ± SS: Ortalama ± standart sapma, Med: Medyan, Min-Mak: Minimum-Maksimum, WBC: White blood cell, CRP: C-reaktif protein			

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine yaş, diabetes mellitus, en az bir komorbidite varlığı, ateş ve anlamlı laboratuvar parametreleri dâhil edildi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde CRP (OR: 1,06; %95 GA: 1,00-1,12; p=0,033), hemoglobin (OR: 0,75; %95 GA: 0,59-0,95; p=0,016) ve trombosit (OR: 0,995; %95 GA: 0,991-0,999; p=0,014) yatış gereksiniminin bağımsız prediktörleri olarak saptandı. Modelin

uyumu değerlendirildiğinde Nagelkerke R² değeri 0,288 olarak hesaplandı. Hosmer-Lemeshow testi model ile gözlenen veriler arasında anlamlı uyumsuzluk olmadığını gösterdi ($\chi^2=5,19$; p=0,767). Bu bulgular modelin kabul edilebilir düzeyde açıklıcılık ve kalibrasyon performansına sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Yatış gereksinimini öngören değişkenlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi		
Değişkenler	OR (95% GA)	p
Yaş (yıl)	1,00 (0,97-1,03)	0,948
Diabetes mellitus	0,77 (0,16-3,70)	0,742
En az bir komorbidite	1,97 (0,62-6,21)	0,250
Ateş	1,91 (0,64-5,66)	0,241
NLR	1,02 (0,98-1,07)	0,298
CRP (mg/dL)	1,06 (1,00-1,12)	0,033
Hemoglobin (g/dL)	0,75 (0,59-0,95)	0,016
Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	0,995 (0,991-0,999)	0,014
OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı, NLR: Nötrofil lenfosit oranı, CRP: C-reaktif protein Nagelkerke R ² =0,288; Hosmer-Lemeshow $\chi^2=5,19$; p=0,767		

Laboratuvar parametrelerinin yatış gereksinimini öngörmedeki tanısal performansı ROC analizi ile incelendiğinde en yüksek AUC değerinin CRP için olduğu görüldü (AUC=0,692; %95 GA: 0,608-0,776; p<0,001). CRP'nin $\geq 7,45$ mg/dL olmasının %65 duyarlılık

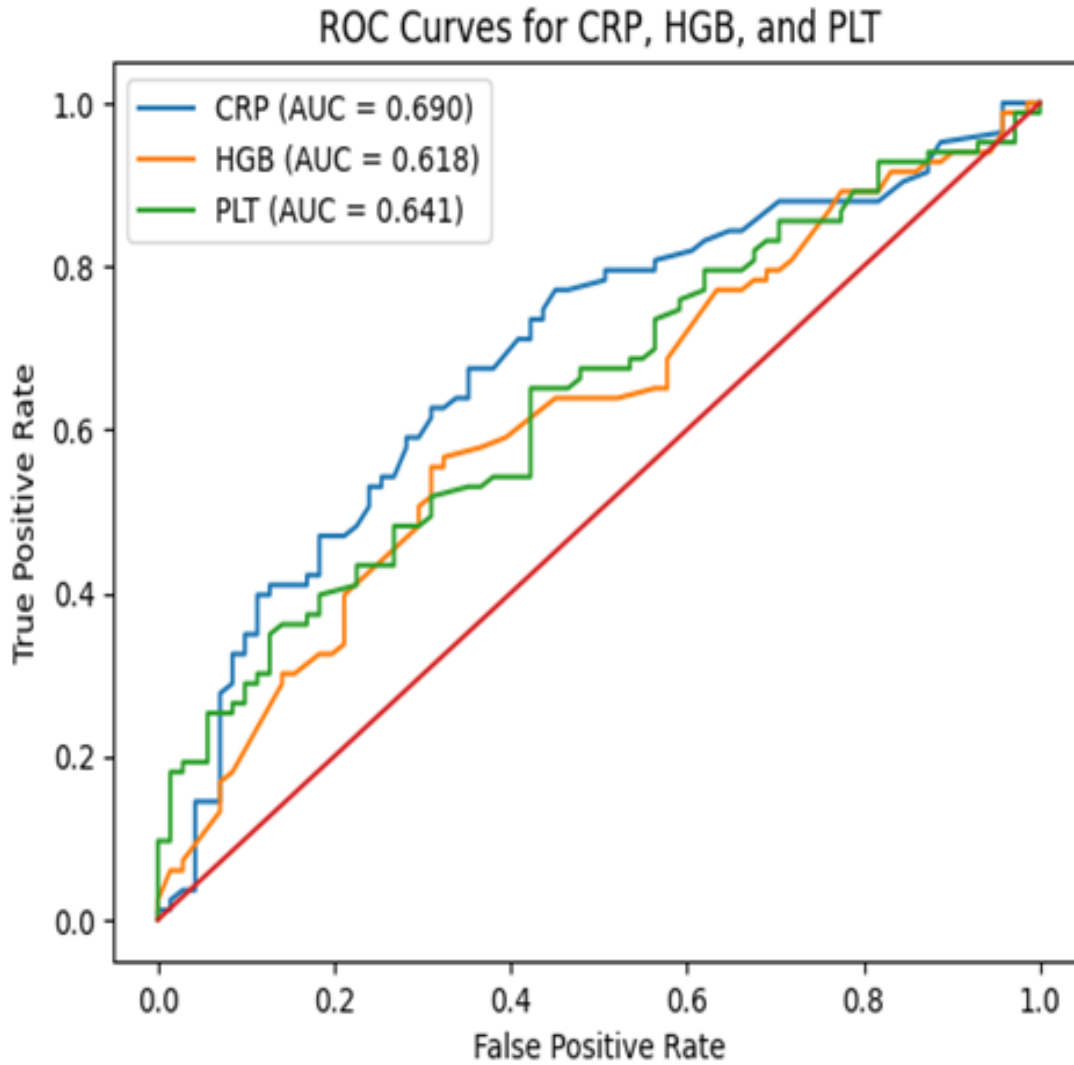
ve %65 özgüllük ile hastane yatışını öngördüğü tespit edildi. Trombosit ve hemogloblin için AUC değerleri ise sırasıyla 0,628 ve 0,619 olarak tespit edildi (Tablo 4, Şekil 1).

Tablo 4. Laboratuvar parametrelerinin ROC analizi sonuçları

	AUC	SE	%95 GA	Cut-off	Sensitivite	Spesifite	p
HGB	0,618	0,045	0,532-0,707	12,95	0,6164	0,5765	0,010
PLT	0,641	0,044	0,542-0,714	275,5	0,5616	0,5529	0,006
CRP	0,690	0,043	0,608-0,776	7,45	0,6506	0,6528	<0,001

AUC: Eğrinin altında kalan alan, SE: Standart hata, %95 GA: Güven Aralığı, Cut-off: Eşik değeri

HGB için $\leq 12,95$ g/dL, PLT için $\leq 275,5 \times 10^3/\mu\text{L}$ ve CRP için $\geq 7,45$ mg/dL eşik değerleri belirlenmiştir



Şekil 1. Yatış gereksinimini öngörmede laboratuvar parametrelerine ait ROC eğrileri

Tartışma

Bu çalışmada elde edilen bulgular, selülit hastalarında hastaneye yatış kararının yalnızca klinik değerlendirmeye değil, aynı zamanda sistemik inflamatuvar yanıtı yansıtan laboratuvar parametrelerine de bağlı olabileceğini ortaya koymaktadır. Çok değişkenli analizde CRP, hemoglobin ve trombosit düzeylerinin bağımsız prediktör olarak saptanması, inflamatuvar yük ile hastalık ciddiyeti arasındaki ilişkinin klinik pratiğe yansımalarını desteklemektedir. Buna karşılık yaş ve komorbidite varlığının bağımsız belirleyici olmaması, yatış kararının doğrudan demografik özelliklerden ziyade akut inflamatuvar yanıtın şiddeti ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki hasta profili literatürle uyumludur. Selülitli hastalarda erkek cinsiyetin hafif üstünlüğü ve komorbidite sıklığının yüksek olması önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (1,11). Şen ve ark. üçüncü basamak merkezde yürüttükleri çalışmada komorbid hastalıkların selülit hastalarında sık görüldüğünü ve klinik seyri etkileyebileceğini bildirmiştir (11). Bizim çalışmamızda da hastaların %63,2'sinde en az bir komorbidite mevcuttu ve tek değişkenli analizde komorbidite varlığı yatış ile ilişkili bulundu. Ancak çok değişkenli analizde bu ilişkinin ortadan kalkması, komorbiditenin yatış kararındaki etkisinin doğrudan değil, inflamatuvar yanıt üzerinden dolaylı olabileceğini düşündürmektedir.

İnflamatuvar belirteçler açısından değerlendirildiğinde CRP düzeyinin hem tek değişkenli analizde hem de çok değişkenli modelde bağımsız belirleyici olarak kalması dikkat çekicidir. Özçelik ve ark. inflamatuvar parametrelerin tedavi başarısızlığı ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (8). Benzer şekilde Raff ve Kroshinsky çalışmaları ile güncellenen enfeksiyon kılavuzlarında yüksek inflamatuvar yanıtın daha ağır klinik seyirle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (9,10). Çalışmamızda CRP için $\geq 7,45$ mg/dL eşik değerinin orta düzey duyarlılık ve özgüllük sağlaması, bu parametrenin klinik değerlendirmeye yardımcı bir araç olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte tek başına ayırt edici gücünün sınırlı olması (AUC=0,692), CRP'nin klinik karar sürecinde destekleyici ancak belirleyici olmayan bir parametre olduğunu ortaya koymaktadır.

Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve diğer hematolojik indeksler enfeksiyonun sistemik yanıtını yansıtan parametreler olarak değerlendirilmektedir. İnce ve ark. selülit hastalarında NLR değerinin anlamlı derecede yükseldiğini bildirmiştir (12). Çalışmamızda NLR tek değişkenli analizde anlamlı bulunmasına rağmen çok değişkenli modelde bağımsız belirleyici olarak

kalmamıştır. Bu durum hematolojik oranların inflamasyonu yansıtmasına karşın, yatış kararını tek başına öngörmeye yetersiz olabileceğini düşündürmektedir.

Çok değişkenli modelde hemoglobin ve trombosit düzeylerinin bağımsız prediktör olarak saptanması dikkat çekicidir. Enfeksiyon ve sistemik inflamasyon sırasında artan sitokin yanıtı, hepcidin aracılı demir metabolizması değişiklikleri ve eritropoez baskılanması yoluyla relatif anemi gelişimine neden olabilmektedir (13,14). Benzer şekilde trombositler inflamatuvar yanıtın aktif bileşenleri olup sitokin aktivasyonu, tüketim artışı ve fonksiyonel değişiklikler enfeksiyon şiddeti ile ilişkili olarak gözlenmektedir (15-17). Bu durum hemoglobin ve trombosit düzeylerinin hastalık ciddiyetini dolaylı olarak yansıtmasına neden olabilir.

Model performansı açısından değerlendirildiğinde Nagelkerke R² değerinin %28,8 olması modelin orta düzey açıklayıcılığa sahip olduğunu göstermektedir. Hosmer-Lemeshow testinin anlamlı olmaması modelin kalibrasyonunun yeterli olduğunu desteklemektedir. Tek parametrelerin ayırt edici gücü sınırlı iken, klinik ve laboratuvar değişkenlerin birlikte değerlendirildiği modelin AUC değerinin 0,701 olması kombine yaklaşımın kabul edilebilir ayırt edici performans sergilediğini göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Retrospektif ve tek merkezli tasarım nedeniyle seçim yanlılığı söz konusu olabilir. Yatış kararı klinisyen takdirine dayalıdır ve standart bir protokol ile belirlenmemiştir. Derin ven trombozu bilgilerine ulaşılamamıştır. Hastaların yatış süreleri ile ilgili veriler kayıt edilmemiştir. Bununla birlikte gerçek yaşam verilerine dayanması ve çok değişkenli analiz ile klinik ve laboratuvar parametrelerin birlikte değerlendirilmiş olması çalışmanın güçlü yönleridir.

Sonuç

Bu çalışmada acil servise selülit tanısıyla başvuran hastalarda CRP düzeyi hastaneye yatış gereksinimi ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Hemoglobin ve trombosit düzeyleri de yatış ile ilişkili olup çok değişkenli analizde bağımsız prediktörler arasında yer almıştır. Kombine modelin ayırt edici gücü orta düzeyde olup (AUC=0,701) klinik değerlendirmeye destekleyici niteliktedir. Bulguların tek merkezli ve retrospektif tasarım nedeniyle sınırlılıkları göz önünde bulundurularak, farklı merkezlerde prospektif doğrulama çalışmaları ile desteklenmesi gereklidir.

Etik Onam: Bu alışma, Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (karar no: HRÜ/25.03.06, tarih: 10.02.2025).

Yazar Katkıları:

Konsept: C.D., H.G., M.Ç., İ.A., M.İ.

Literatür Tarama: C.D., H.G., M.Ç., İ.A., M.İ.

Tasarım: C.D., H.G., M.Ç., İ.A., M.İ.

Analiz ve yorum: C.D., H.G., M.Ç., İ.A., M.İ.

Makale yazımı: C.D., H.G., M.Ç., İ.A., M.İ.

Eleřtirel incelenmesi: C.D., H.G., M.Ç., İ.A., M.İ.

Çıkar Çatışması: Yazar(lar), çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Bu alışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Kaynaklar

1. Wiederhold AK, Cartulieres MB, Jeppesen K, Skjøt-Arkil H. Characteristics and antibiotic treatment of patients with cellulitis in the emergency department. *Antibiotics (Basel)*. 2024;13(11):1021.
2. Burian EA, Karlsmark T, Franks PJ, Keeley V, Quéré I, Moffatt CJ. Cellulitis in chronic oedema of the lower leg: an international cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2021;185(1):110-8.
3. Lin V, Callado GY, Pardo I, et al. Diagnostic stewardship and dermatology consultation in cellulitis management: a systematic literature review and meta-analysis. *Arch Dermatol Res*. 2025;317:61. doi:10.1007/s00403-024-03515-x.
4. Taira K, Wang M, Guo W, Kam O, Kaufmann T. Association of cellulitis with obesity: systematic review and meta-analysis. *JMIR Dermatol*. 2024;7:e54302.
5. Nightingale R, Yadav K, Hamill L, et al. Misdiagnosis of uncomplicated cellulitis: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2023;38(10):2396-404.
6. Cutler TS, Jannat-Khah DP, Kam B, Mages KC, Evans AT. Prevalence of misdiagnosis of cellulitis: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*. 2023;18(3):254-61.
7. Jacka J, Sierla R, Kilbreath SL, Dylke ES. A systematic review of cellulitis guidelines: the role of non-pharmacological management in preventing recurrence. *Australas J Dermatol*. 2025;66(6):321-8.
8. Özçelik MN, Sayar MS, Aydın NN, et al. Clinical and inflammatory predictors of outpatient treatment failure in uncomplicated skin and soft tissue infections: a prospective multicenter study from Türkiye. *BMC Infect Dis*. 2025;25(1):1744.
9. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: a review. *JAMA*. 2016;316(3):325-37.
10. Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Sheldon L. Kaplan, Jose G. Montoya, James C. Wade, Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases*, 2014; 59(2): e10-52,
11. şen M, Balık ZB, Tunca M. Sociodemographic, clinical, biochemical and microbiological analysis of cellulitis patients: investigation of third level single center follow-up results. *Ann Med Res*. 2023;30(8):855-61.
12. Ince N, Güçlü E, Sungur MA, Karabay O. Evaluation of neutrophil to lymphocyte ratio, platelet to lymphocyte ratio, and lymphocyte to monocyte ratio in patients with cellulitis. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(8):1077-81.
13. Weiss G, Ganz T, Goodnough LT. Anemia of inflammation. *Blood*. 2019;133(1):40-50.
14. Adamska-Tomaszewska D, Więcek S. The role of hepcidin in iron metabolism. *Pediatrics Polska - Polish Journal of Paediatrics*. 2025;100(3):260-70.
15. Zaid Y, Merhi Y. Implication of Platelets in Immuno-Thrombosis and Thrombo-Inflammation. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:863846.
16. Sonmez, O, Sonmez M. Role of platelets in immune system and inflammation. *Porto Biomedical Journal* 2(6):p 311-4.
17. Gros A, Ollivier V, Ho-Tin-Noé B. Platelets in inflammation: regulation of leukocyte activities and vascular repair. *Front Immunol*. 2015;5:678