

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

BİLDİRİ ÖZETİ KİTABI



KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

KURULLAR

Kardiyovasküler Akademi Derneği Başkanı

Prof. Dr. Ömer Kozan

KVAK 2025 Kongre Başkanı

Prof. Dr. M. Raşit Sayın

Kongre Bilim Kurulu Başkanları

Prof. Dr. A. Oktay Ergene

Prof. Dr. Nihan Turhan Çağlar

Kardiyovasküler Akademi Derneği Yönetim Kurulu

Kardiyovasküler Akademi Derneği Başkanı

Prof. Dr. Ömer Kozan

Danışman Üyeler

Prof. Dr. A. Oktay Ergene

Prof. Dr. Mesut Demir

Başkan Yardımcıları

Prof. Dr. Bülent Görenek

Prof. Dr. Berkay Ekici

Genel Sekreter

Prof. Dr. Mehdi Zoghi

Genel Sekreter Yardımcıları

Prof. Dr. M. Raşit Sayın

Prof. Dr. Öner Özdoğan

Veznedar

Prof. Dr. Nihan Turhan Çağlar

Üyeler

Prof. Dr. Pınar Türker Duyuler

Doç. Dr. Sinem Çakal

Doç. Dr. Tuncay Güzel

Doç. Dr. Sefa Gül

KURULLAR

Kongre Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Faruk Aktürk
Prof. Dr. Rezzan Deniz Acar
Prof. Dr. Ömer Akyürek
Prof. Dr. İbrahim Altun
Prof. Dr. Özlem Arıcan Özlük
Uzm. Dr. Saadet Aydın
Uzm. Dr. Hüseyin Aykaç
Doç. Dr. Mustafa Candemir
Doç. Dr. Cenk Conkbayır
Doç. Dr. Beytullah Çakal
Doç. Dr. Sinem Çakal
Prof. Dr. Mesut Demir
Uzm. Dr. Ömer Doğan
Prof. Dr. Pınar Türker Duyuler
Doç. Dr. Serkan Duyuler
Prof. Dr. Berkay Ekici
Prof. Dr. Oktay Ergene
Prof. Dr. Bülent Görenek
Uzm. Dr. Sefa Gül
Doç. Dr. Fatih Güngören
Doç. Dr. Tuncay Güzel
Uzm. Dr. Recep Hacı

Doç. Dr. İbrahim Halil İnanc
Prof. Dr. Nihan Kahya Eren
Uzm. Dr. Elmas Kaplan
Doç. Dr. Özgür Kırbaş
Prof. Dr. Tarık Kıvrak
Prof. Dr. Sinan Altan Kocaman
Doç. Dr. Ajar Koçak
Prof. Dr. Ömer Kozan
Prof. Dr. Cengiz Köksal
Uzm. Dr. Uğur Küçük
Prof. Dr. Öner Özdoğan
Prof. Dr. Selvi Öztaş
Prof. Dr. Önder Öztürk
Uzm. Dr. Halenur Sarıbaş
Prof. Dr. M. Raşit Sayın
Doç. Dr. Serhat Sığırcı
Dr. Ahmet Taha Şahin
Doç. Dr. Ahmet Taştan
Uzm. Dr. Akın Torun
Prof. Dr. Nihan Turhan Çağlar
Prof. Dr. Mehdi Zoghi
Uzm. Dr. Çağrı Zorlu

Prof. Dr. Ömer Kozan
Başkan



KARDİYOVASKÜLER
AKADEMİ GİRNEĞİ
Kütük No: 35 - 046 - 064

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

17 EYLÜL 2025, Çarşamba

15:30-16:30



Kızılırmak Salonu

Acilden araniyorsunuz! Acil serviste sık karşılaştığımız hastalara nasıl yaklaşalım?

Oturum Başkanları: Ömer KOZAN, Nihan TURHAN ÇAĞLAR

Panelistler: Kaya KANDEMİR, Özge ARDALI, Ömer IŞIK, Arzu BOZKURT

- Göğüs ağrılı hastayı nasıl yönetim?

Begüm DEMİR

- Kalp yetersizliği hastasını nasıl yönetim?

Osman Alperen GÜLGÖR

- Taşikardi hastasını nasıl yönetim?

Cihat ÇALIŞKAN

Öğrenim Hedefi: Acil serviste sık karşılaştığımız hastaları nasıl yöneteceğimizi; hangi hastaları yatırmamız gerektiğini, hangilerini güvenle taburcu edebileceğimizi öğrenmek.

16:30-17:30

Kardiyovasküler ilaçlar ne zaman kesilmeli veya kullanımından vazgeçilmelidir?

Oturum Başkanları: Pınar TÜRKER DUYULER, Sinem ÇAKAL

Panelistler: Mehtap SARIHAN, Cemre TURGUL, Murat SAMSA

- Zarar vermesini önlemek için.

Ayşe ÇOLAK

- Yararlı olmadıklarında.

Zeynep KUMRAL

- Daha iyi bir alternatif varsa.

Ali ÇONER

Öğrenim Hedefi: Kardiyovasküler ilaçların uygun klinik durum, zamanlama ve daha iyi seçeneklerinin olduğu durumları ve ilaçları öğrenmek.

17:30-18:00

Açılış

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

18 EYLÜL 2025, Perşembe

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 1

Oturum Başkanı: Özlem ARICAN

Sakarya Salonu

SS-001 Transözofageal ekokardiyografi yapılan hastalarda tam kan viskozitesi ve trombüs ilişkisi

Erkan KAHRAMAN

SS-002 Kronik total oklüzyon girişimlerinde teknik başarının bağımsız öngördürücüsü: plazma aterojenik indeksi

Büşra GÜVENDİ ŞENGÖR, Cemalettin YILMAZ

SS-003 Sol ana koroner perkütan girişimde bir yıllık mortalitenin öngördürücüsü olarak sistemik immün-inflamasyon indeksi

Ömer KERTMEN, Enes KAYA

SS-004 Normal koroner arter ve koroner yavaş akım fenomeni olan hastalarda ürik asit/albumin oranı

Mehmet Nail BİLEN, Zeynep Pelin ORHAN

SS-005 Sağ ve sol atriyal hacim indeksinin koroner arter By Pass greft operasyonu klinik sonuçlarına ilişkisi

Cem KORUCU, Halil SİNER, Fehim Can SEVİL, Mehmet TORT, Serkan GÜME, Necip BECİT

SS-083 Likit olmayan elektronik sigara kullanımının elektrokardiyografik P dalga süresine etkisi

Uğur TAŞKIN, Mustafa DOĞDUŞ

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 2

Oturum Başkanı: Turgut KARABAĞ

Dicle Salonu

SS-006 Sistemik immün-inflamasyon indeksi ve pan-immün-inflamasyon indeksinin koroner stent restenozunu öngörmedeki rolü

Sefa TATAR, Şener GÜR, Yunus Emre YAVUZ, Hasan KAN

SS-007 C-reaktif protein/albumin oranının ST-elevasyonsuz akut koroner sendrom hastalarında hastane içi MACE ve mortaliteyle ilişkisi

Nart Zafer BAYTUĞAN

SS-008 Grup bir pulmoner hipertansiyonda ALBI skoru ve sağ ventrikül ekokardiyografik parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Çağatay TUNCA, Hacı Ali KÜRKLÜ, Emir BASKOVSKI

SS-010 ST segment yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsü hastalarında yeni bir prognostik belirteç: CALLY indeksi

Selim AYDEMİR, Sidar Şiyar AYDIN

SS-081 Kronik sol kalp yetmezliği hastalarında sağ ventrikül disfonksiyonun yeni bir göstergesi: CALLY indeksi

Pelin ALADAG

SS-082 SS-082 ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü olan kadın hastalarda prognostik nutrisyonel indeksin bir yıllık mortaliteyi öngörmedeki rolü

İlke ERBAY

18 EYLÜL 2025, Perşembe

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 3

Oturum Başkanı: *Pınar TÜRKER DUYULER*

Fırat Salonu

SS-011 Sistemik immün-inflamasyon indeksi yüksek riskli pulmoner emboli için prediktör müdür?

Sefa TATAR, Şener GÜR, Ahmet Taha ŞAHİN

SS-012 Yoğun trombotik yük ile seyreden STEMI olgusunda tirofibanın etkinliği: Başarılı bir kurtarma tedavisi

Özgür Can USTA, Ahmet ÖZ, Şölen TAŞLIÇUKUR

SS-014 STEMI ile başvuran kalp yetersizliği hastalarının kalp yetersizliğinin klinik prezentasyonlarında Fibrinojen/Albümin oranının kontrast nefropatiyi tespit etmedeki başarısı

Sefa Erdi ÖMÜR, Kayıhan KARAMAN

SS-015 NSTEMI hastalarında komorbidite yükünün klinik sonuçlar üzerine etkisi ve invaziv stratejilerin rolü: Charlson komorbidite indeksi temelli retrospektif bir kohort çalışması

Ufuk YILDIZ, Emir RENDA, Mehmet Baran KARATAŞ, Ayşe EMRE

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 4

Oturum Başkanı: *Abdurrahman OĞUZHAN*

Ceyhan Salonu

SS-016 STEMI hastalarında FIB-6 skoru ile majör kardiyovasküler olayların öngörülmesi: yeni bir fibrozis skorunun prognostik değeri

Bektaş MURAT, Fatih Enes DURMAZ, Selda MURAT

SS-017 ST-elevasyonlu miyokart enfarktüsü tanısıyla primer perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda akut böbrek hasarını öngörmede inflamasyon tabanlı prognostik skorların karşılaştırılması

Dogac OKSEN, Muhammed Heja GEÇİT, Yusuf ABBASOV, Neziha Aybüke GEYLAN, Veysel OKTAY

SS-018 GGT/ALT oranı akut koroner sendromlu hastalarda koroner arter hastalığı ciddiyeti ile ilişkili midir?

Görkem YILDIZ, Mert AKER

SS-019 NSTEMI tanısı alan perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda kontrast ilişkili nefropati ile ACEF skoru arasındaki ilişki

Abdullah Eren ÇETİN

SS-020 STEMI hastalarında akut böbrek hasarının klinik ve laboratuvar belirteçleri: tek merkezli retrospektif bir çalışma

Muhammet Mücahit TIRYAKI, Cemalettin YILMAZ

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

18 EYLÜL 2025, Perşembe

08:45-09:30

Preop ve intraop zorlu senaryolar. Cerrah danışıyor, ne cevap vermeli?

Kızılırmak Salonu

Oturum Başkanları: Cengiz KÖKSAL, Regayip ZEHİR

Panelistler: Zeynep Esra GÜNER, Mustafa SARI

- İleri aort yetersizliği olan preop hastada orta mitral yetersizliğine yaklaşım.

Mustafa Ozan GÜRSOY

- İleri mitral yetersizliği olan preop hastada orta aort yetersizliğine yaklaşım.

Süleyman Çağan EFE

- Ameliyathaneden çağırılma senaryoları.

Rezzan DENİZ ACAR

Öğrenim Hedefi: Operasyon kararı verilmiş kapak hastalıklarında cerrahi sınırdan olmayan diğer kapağa nasıl yaklaşılması gerektiğine karar vermeyi ve kardiyoloğun intraoperatif yaklaşımının nasıl olması gerektiğini öğrenmek.

09:30-10:00

Kahve Arası

10:00-10:30

Uydu Sempozyum

Korumanın Kapsama Alanını Jardiance ile Genişlet.

Konuşmacılar: Oktay ERGENE, Serpil Müge DEĞER



Boehringer
Ingelheim

Kızılırmak Salonu

10:30-11:15

Hipertansiyonda alışkanlıklarımız değişecek mi?

Kızılırmak Salonu

Oturum Başkanları: Özlem ARICAN, Turgut KARABAĞ

Panelistler: Ziya APAYDIN, Levent PAY

- Hipertansiyon tedavisinde beta blokerler mazide mi kaldı?

Süleyman KALAYCI

- Yükselmiş kan basıncı grubunda hangi hastalara hangi tedaviyi başlamalıyım?

Zülkif TANRIVERDİ

- Hangi hastalarda sekonder hipertansiyon araştırmalıyım? Hangi tetkikleri istemeliyim, nasıl yorumlamalıyım?

Selvi COŞAR ÖZTAŞ

Öğrenim hedefi: Hipertansiyon tanı ve tedavisinde beta blokerlerin yerini, yükselmiş kan basıncı grubuna yaklaşımı ve sekonder hipertansiyon yönetimini öğrenmek.

11:15-11:30

Kahve Arası

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

18 EYLÜL 2025, Perşembe

11:30-12:30

Uydu Sempozyum
Kardiyometabolik Dengenin İki Ayağı
Oturum Başkanı: Ömer KOZAN
Hipertansiyon Yönetiminde Trandolapril/Verapamil Tedavisi
Berkay EKİCİ
Aterojenik Dislipidemi Yönetiminde Fenofibrat Tedavisi
Nihan TURHAN ÇAĞLAR

Kızılırmak Salonu

 **Abbott**

12:45-14:00

Öğle Yemeği

14:00-14:45

Koroner girişim komplikasyonlarında ne yapalım ne yapmayalım?
Oturum Başkanları: Ömer KOZAN, Mehmet Vefik YAZICIOĞLU
Panelistler: Ersin İBİŞOĞLU, Ahmet Anıl BAŞKURT, Fuat CANER, Mehmet ALTUNOVA
- **PKG koroner diseksiyon.**
Özgür BAYTURAN 
- **PKG koroner rüptür.**
Ahmet ÖZ
- **Tam açılmayan stent ve koronerde stent sıyrılması.**
Humayun KAKAR
- **CRT işleminde koroner sinüs diseksiyonu.**
Erkan ALPASLAN

Kızılırmak Salonu

Öğrenim Hedefi: Çeşitli girişimsel işlemlerde gelişebilecek komplikasyonları ve yönetimini öğrenmek.

14:45-15:15

Karşıt Görüş
Subklinik ateroskleroz hastası;
52 Y E Hasta, Şikayeti yok, Kontrol amaçlı başvuru, TA:137/89mmHg, TK:195 mg/dL, LDL: 101 mg/dL, HDL: 45 mg/dL, TG: 120 mg/dL, AKŞ: 105 mg/dL. Koroner BT: %30-40 darlık, Agatston Skoru:0. Karotis US: %20 altında darlık yapan plak.
Oturum Başkanları: Çetin EROL, Mehdi ZOĞHI
Panelistler: Hatice ÖZDAMAR, Mehmet Akif DÜZENLİ,
- **Bu hastanın subklinik aterosklorozu mortalite ile ilişkilidir, agresif olarak tedavi ederim.**
Öner ÖZDOĞAN
- **Klinik ateroskleroz dışı antiteleri tedavi etmek için kullanılan ilaçlar, uzun dönem etkileri nedeniyle hastaya zararlı olur, sadece izlerim.**
Yapay ZEKA

Kızılırmak Salonu

Öğrenim Hedefi: Subklinik aterosklerozda kullanılan çeşitli modalitelerin mortalite ve morbidite için öngördürücülüğünü değerlendirmek ve öğrenmek.

15:15-15:45

Kahve Arası

KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

18 EYLÜL 2025, Perşembe

15:45-16:30

Kalp içi cihaz hastasında kalp dışı işlemler.

Oturum Başkanları: Özgür KIRBAŞ, Mehmet CANSEL

Panelistler: Durmuş Yıldırım ŞAHİN, Hasan KOCA

- İmplant edilebilir elektronik cihazı olan hastalarda acil-elektif preoperatif değerlendirme ve yönetim.

Elif Hande ÖZCAN ÇETİN



- İmplant edilebilir elektronik cihazı olan hastalarda MR çekimi, radyoterapi, litotripsi ve fizik tedavi uygulamaları.

Meryem KARA

- Protez kapak-materyal, koroner stent hastasında preoperatif değerlendirme ve MR çekimi.

Oğuzhan ÇELİK

Öğrenim Hedefi: Kalp içi cihaz olan hastaların non-kardiyak işlemler ve MR öncesi yönetimini öğrenmek.

Kızılırmak Salonu

16:45-17:30

Kardiyolojide Yapay Zeka Kursu

Tarık KIVRAK

Sakarya Salonu

16:45-17:30

İleri EKG Kursu

Özgür KIRBAŞ, Mevlüt Serdar KUYUMCU

Dicle Salonu

16:45-17:30

Karotis Kursu

Veysel Özgür BARIŞ

Fırat Salonu

16:45-17:30

Spor Kardiyolojisi ve Performans Hekimliği Kursu

Akın TORUN

Ceyhan Salonu



KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

19 EYLÜL 2025, Cuma

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 5

Oturum Başkanı: *Taner ŞEN*

Sakarya Salonu

SS-021 Bir vaka ile peripartum kardiyomiyopati yönetimi

Ali Efe AFŞİN, Fahrettin Tuğrul ÇİTEKÇİ, Nihan KAHYA EREN

SS-022 Akut dekompanze kalp yetmezliğinde C-reaktif protein/albumin ve nötrofil/lenfosit oranlarının hastane içi mortalite ile ilişkisi

Hakan SÜYGÜN

SS-023 Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde komorbiditelerin (hipertansiyon, diyabet) uzun dönem prognoza etkisi

Çağrı ZORLU, Sefa Erdi ÖMÜR

SS-024 Kalp yetersizliği hastalarında CHA₂DS₂-VA skoru ile mortalitenin ilişkisi

Osman Yasin YALÇIN, Abdulrahman NASER

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 6

Oturum Başkanı: *Bariş GÜNGÖR*

Dicle Salonu

SS-009 Periferik arter hastalığında endovasküler tedavi uygulanan hastalarda vücut kitle indeksinin uzun dönem mortalite ile ilişkisi: retrospektif bir çalışma

Ali EVSEN

SS-027 Koroner anjiyografide transradial ve distal radial erişim: teknik zorluklar, komplikasyonlar ve hasta memnuniyeti

Muhammed Raşit Tanırcan, Ali EVSEN

SS-028 Sağlık meslek gruplarına göre hipertansiyon farkındalığı: kesitsel bir değerlendirme

Ömer IŞIK, Selvi ÖZTAŞ, Mehmet DİK, Gökberk SIZI, Pervin ERİNCİK, Nisa PINARBAŞI, Berkay EKİCİ

SS-029 ST segment yükselmeli miyokart enfarktüsü hastalarında no-reflow fenomenini öngörmede remnant kolesterolün rolü

Aybüke GEYLAN, Hasan Ali BARMAN, Ömer EBEOĞLU, Şevval İlke EBEOĞLU, Ali NAYİR, Melike KAYA, Okay ABACI, Veysel OKTAY, Ömer DOĞAN

19 EYLÜL 2025, Cuma

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 7

Oturum Başkanı: Ahmet TAŞTAN

Fırat Salonu

SS-031 Koroner BT’de saptanan anormal koroner çıkışlar ve ekokardiyografide RAC sign karşılaştırması: 30 vaka incelemesi

Cem KORUCU

SS-032 Koroner girişim sırasında gelişen iatrojenik korono-kameral fistül ve takibi

Veysel ELİTAŞ, Mevlüt DEMİR

SS-033 Spontan koroner diseksiyonu olan hasta yönetimi

Semih AKTÜRK, Sadık Volkan EMREN, Zeynep YAPAN EMREN, Elif Naz UÇAK

SS-034 RCA’da stent balonunun kopması ve giderek kötüleşen hemodinami. Vaka sunumu ve çözüm önerileri

Süleyman Diren KAZAN, Ramazan YASDIBAŞ, Oğuz AKKUŞ

SS-035 STEMI nedeniyle CX PCI yapılan vakada komplike CX rüptürü

Kadir ÖZÇINAR, Ersin DOĞANÖZÜ

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 8

Oturum Başkanı: Serkan KARAHAN

Ceyhan Salonu

SS-036 Primer perkütan koroner girişim uygulanan ST yükselmeli miyokard enfarktüs tanısı alan hastalarda SYNTAX II skoru ile naples prognostik skor arasındaki ilişki

Mustafa Lütfullah ARDIÇ, Nasır Ali TOKMAK, Hazar HARBALIOĞLU

SS-037 Pro-BNP/Albumin oranı akut koroner sendrom hastalarında mortaliteyi öngörebilir mi?

Evliya AKDENİZ

SS-038 KABG ve PKG uygulanan NSTEMI hastalarında klinik, hematolojik ve ekokardiyografik özelliklerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi

Saadet AYDIN, Mohammad ZİAEİTORBATİ

SS-039 Pulmoner arteriyel hipertansiyonda konjesyonu değerlendirmek için periferik venöz basınç ölçümleri

Mükremin COŞKUN, Mert EVLİCE, Abdullah YILDIRIM, Emre SEZİCİ, İbrahim Halil KURT

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

19 EYLÜL 2025, Cuma

08:45-09:30

Ekokardiyografi laboratuvarında zorlandığımız vakalar.

Oturum Başkanları: Nihan KAHYA EREN, Çiğdem İLERİ DOĞAN

Panelistler: Halil FEDAI, Lütfü BEKAR, Selçuk OPAN

- **Hipertrofik kardiyomiyopati değerlendirmesi.**

Seda ALTUNTAŞ

- **Low-flow, Low-gradyent aort darlığı (Paradoksluk ve kontraktıl rezerv değerlendirmesi).**

Gönül AÇIKSARI

- **Konstrüktif perikardit ve restriktif kardiyomiyopati ayrımı.**

Emrah BAYAM

Öğrenim Hedefi: Ekokardiyografi laboratuvarında HKMP, aort darlığı, restriktif KMP ve konstrüktif perikarditte sınırları çok net olmayan olgulardaki yaklaşımı öğrenmek.

Kızılırmak Salonu

09:30-10:00

Kahve Arası

10:00-10:30

Uydu Sempozyum

Kardiyovasküler korumada kolşisinin yeri

Moderatör: Oktay ERGENE

Konuşmacılar: Öner ÖZDOĞAN, Ahmet Anıl BAŞKURT



RECORDATI

Kızılırmak Salonu

10:30-11:15

Atriyal fibrilasyonda bilmediklerimiz bildiklerimizden fazla mı?

Oturum Başkanları: Bülent GÖRENEK, Ahmet Taha ALPER

Panelistler: Ahmet Oğuz ASLAN, Uğur KÜÇÜK, Ahmet Taha ŞAHİN, Aycan Fahri ERKAN

- **Akıllı saatlerle saptanan AF ve 30 sn efsanesi hakkında bildiklerimiz.** *Fatih Enes DURMAZ*

- **Kalp pili olan hastamda AHRE saptadım, antikoagülan vereyim mi?**

Bektaş MURAT

- **Ablasyon sonrası nüksleri nasıl yönetmeliyim; Redo düşünüyüm mi?**

Başka bir operatör mü yapsın? Medikal tedaviye razı mı olayım?

Muhammet DURAL

Öğrenim Hedefi: AF'de arada kaldığımız bazı senaryoları nasıl yönetmemiz gerektiğini öğrenmek.

Kızılırmak Salonu

11:15-11:30

Kahve Arası

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

19 EYLÜL 2025, Cuma

11:30-12:00

Uydu Sempozyum
OZEMPİC®: Tip 2 Diyabet Tedavisinde Bugün ve Gelecek
Moderatör: *Oktay ERGENE*
Konuşmacılar: *Özlem ARICAN, Aydoğan AYDOĞDU*



Kızılırmak Salonu

12:00-12:15

Kahve Arası

12:15-12:30

Uydu Sempozyum
Oturum Başkanı: *Oktay ERGENE*
Klinikten Pratiğe Antiplatelet Tedavi Yolculuğu:
Klopidogrel+ASA Fix Doz Kombinasyonu
Konuşmacı: *Mehdi ZOĞHI*



Kızılırmak Salonu

12:30-12:45

Klinikten Pratiğe Antiplatelet Tedavi Yolculuğu: Prasugrel
Konuşmacı: *Sinem ÇAKAL*



12:45-14:00

Öğle Yemeği

14:00-14:45

TAVI işlem komplikasyonlarında ne yapalım ne yapmayalım?
Oturum Başkanları: *Can Yücel KARABAY, Uygur Çağdaş YÜKSEL*
Panelistler: *Zeki ŞİMŞEK, Mert EVLİCE, Mehmet KAPLAN, Mehmet Fatih YILMAZ*
- **Kapak embolizasyonu.**
Mustafa YENERÇAĞ
- **Koroner arter oklüzyonu.**
Selim KUL
- **Ciddi aort yetersizliği.**
Yakup ALSANCAK
- **TAVI sonrası VSD.**
İlker AVCI

Kızılırmak Salonu

Öğrenim Hedefi: TAVI işleminde gelişebilecek komplikasyonları ve yönetimini öğrenmek.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

19 EYLÜL 2025, Cuma

14:45-15:15

Karşıt Görüş

Kızılırmak Salonu

Kronik total koroner oklüzyon rekanalizasyonunun prognozu iyileştirdiğine dair yeterli kanıt var mı?

Oturum Başkanları: Oktay ERGENE, İbrahim Faruk AKTÜRK

Panelistler: Azmi EYİOL, Savaş ÖZER, Sedat KALKAN, İsmail ÜNGAN

- **Bence var.** Ahmet TAŞTAN

- **Bence yok.** Serkan ASİL

Öğrenim Hedefi: Kronik total oklüzyon hastalarında girişimsel tedavinin prognoza etkisini öğrenmek.

15:15-15:45

Kahve Arası

15:45-16:30

Akut kalp yetersizliği hastalarında tedavi yaklaşımları.

Kızılırmak Salonu

Oturum Başkanları: Özlem YILDIRIMTÜRK, Taner ŞEN

Panelistler: Ufuk YILDIZ, Hilal ERKEN PAMUKÇU, Barış BUGAN, Cengiz ŞABANOĞLU

- **Akut kalp yetersizliğinde konjesyona yaklaşım.**

Taner ŞEN

- **Akut kalp yetersizliğinde ventriküler aritmilere yaklaşım.**

Gurbet Özge YUNUS

- **Akut kalp yetersizliğinde hiponatremiye yaklaşım.**

Uğur KARAGÖZ

Öğrenim Hedefi: Zorlu senaryolarla başvuran akut kalp yetersizliği hastalarının yönetimini öğrenmek.

16:45-17:30

Uzmanına Danış

Aort kapak tedavisinde gelişmeler: Hydra deneyimi

Moderatör: Ömer KOZAN

Konuşmacı: Mustafa KARACA

Kızılırmak Salonu

MeDaR

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

19 EYLÜL 2025, Cuma

16:45-17:30

Meraklısına Makale İstatistiği Kursu
Mustafa CANDEMİR

Sakarya Salonu

16:45-17:30

IVUS Kursu
İbrahim Faruk AKTÜRK, Ahmet Arif YALÇIN, Ahmet GÜNER

Dicle Salonu

16:45-17:30

LAA Kapama Kursu
Erkan BAYSAL

Fırat Salonu

16:45-17:30

CIED Programlama Kursu
Fethi KILIÇASLAN, Burak HÜNÜK

Ceyhan Salonu

20 EYLÜL 2025, Cumartesi

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 9

Oturum Başkanı: *İlyas ATAR*

Sakarya Salonu

SS-041 Kırık bir kalbin elektriksel izleri

Mücahit AKER, Mehmet Murat ŞAHİN

SS-042 Yaşlı ve lompset sağ dal bloğu olan hastada kardiyonöral ablasyon sonrası QRS normalizasyonu: Tesadüf mü nedensellik mi?

Yakup Yunus YAMANTÜRK, Başar CANDEMİR

SS-044 Renal arter stentleme sonrası kardiyak elektriksel aktivitedeki erken değişiklikler

Onur ERDOĞAN

SS-045 İlk epikardiyal ablasyonda zorlu epikardiyal giriş

Sedat SAKALLI, Esra POLAT, Engin DONDURMACI, Başar CANDEMİR

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 10

Oturum Başkanı: *Sabri DEMİRCAN*

Dicle Salonu

SS-046 Septal pacing yapılan hastalarda time to peak longitudinal strain ile responder grubunun öngörülmesi

Emre KARAKUŞ, Gurbet Özge MERT, Selda MURAT, Muhammet DURAL

SS-047 Dekstrokardili hastalarda kateter ablasyonu: Tek merkez deneyimi

Fatih Erkam OLGUN, Fethi KILIÇASLAN

SS-048 Atriyal fibrilasyonda uzun dönem mortaliteyi öngörmede ACEF skorunun prognostik değeri

Onur ALTINKAYA, Emrah AKSAKAL

SS-050 Pulmoner arteriyel hipertansiyonda yeni bir biyobelirteç olarak timosin beta-4

Halil FEDAİ

20 EYLÜL 2025, Cumartesi

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 11

Oturum Başkanları: Ali Rıza AKYÜZ, Selim KUL

Fırat Salonu

SS-051 Protez kalp kapağı implantasyonu yapılan hastalarda atriyal fibrilasyon varlığı ve evresinin prognoz ve intravasküler hemolizin şiddeti üzerindeki etkisi

Yakup Yunus YAMANTÜRK, Cagdas OZDOL, Kerim ESENOĞA,
Demet Menekşe GEREDE ULUDAG

SS-052 İleri evre kronik böbrek hastalığı olan hastalarda TAVI Sonuçları: Çok merkezli retrospektif bir analiz

Murat Can GÜNEY

SS-053 Transkateter aort kapak implantasyonu sonrası gelişen akut böbrek hasarı ile naples prognostik skoru arasındaki ilişki

Zeynep Esra GÜNER, Rıdvan BOLATASLAN

SS-055 Valve-in valve transkateter aortik valve implantasyonu sonrası gelişen sol ventrikül Intramural hematoma konservatif tedavisi

Melike EDİNCİKLİOĞLU, Eren Ozan BAKIR, Oktay ŞENÖZ, Ahmet Anıl BAŞKURT,
Yusuf DEMİR, Ferhat Siyamend YURDAM, Ecem GÜRSES, İlker GÜL

08:00-08:45

Sözlü Bildiri Oturumu 12

Oturum Başkanı: İbrahim Halil KURT

Ceyhan Salonu

SS-056 Aort koarktasyonu cerrahisi sonrası gelişen fokal saküler anevrizmanın torakoabdominal endovasküler aort onarımı (TEVAR) ile başarıyla yönetilmesi: Olgu sunumu

Günseli Miray ÖZDEMİR, Rıdvan ÇAM, Mustafa Azmi SUNGUR, Fatma CAN,
Bariş ŞİMŞEK, Mehmet Fatih YILMAZ, Gönül ZEREN, İlhan İlker AVCI, Can YÜCEL KARABAY

SS-058 Standart yöntemlerden farklı paravalvüler leak kapama vakası; Zorlu anatomide hasta yönetimi

Emine Cansu YÜCEL, Muhammet BİLGİ, Saadet DEMİRTAŞ İNCİ, İbrahim Hakan GÜLLÜ

SS-059 Bentall operasyonu sonrası gelişen, Bioglue ilişkili LMCA stenozu olgusu; IVUS eşliğinde perkütan tedavisi

Muhsin MELİK, İlhan İlker AVCI, Mustafa Azmi SUNGUR, Mehmet Fatih YILMAZ,
Bariş ŞİMŞEK, Fatma CANİ Gönül ZEREN, Can Yücel KARABAY

SS-060 Mitral ring dehissansı olan yüksek riskli yaşlı bir hastada ciddi mitral kapak yetersizliğinin transkateter uçtan uca onarımı: Başarılı bir tedavi öyküsü

Zeynettin KAYA

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

20 EYLÜL 2025, Cumartesi

08:45-09:30

Mitral kapak ile ilgili her şey!

Oturum Başkanları: *Rezzan Deniz ACAR, Barış ÖKÇÜN*

Panelistler: *Begüm UYGUR, Mustafa YENERÇAĞ*

- **Mitral yetersizlik (Primer, Sekonder, AF'ye sekonder) değerlendirmesi.**

Seda TANYERİ ÜZEL

- **Mitral kapak transkateter girişimsel tedavisinde ekokardiyografi (TEER, TMVR, vs).**

Rezzan Deniz ACAR

- **Mitral Kapak Cerrahisi (Tamir, Replasman).**

Taylan ADADEMİR

Öğrenim hedefi: Mitral yetersizliği değerlendirmeyi ve mitral yetersizliği ile ilişkili girişimlere yaklaşımı yeni kılavuz ışığında öğrenmek.

Kızılırmak Salonu

09:30-10:00

Kahve Arası

10:00-10:30

Uydu Sempozyumu

Tanıdan Tedaviye PAH ve Seleksipag'ın Tedavideki Yeri

Konuşmacılar: *Tarık KIVRAK, Ümit Yaşar SİNAN*



Kızılırmak Salonu

10:30-11:15

60 yaşında erkek hasta. LDL kolesterolü 50 mg/dL'ye düşürdüm ama tekrar akut koroner sendrom ile başvurdu. LDL kolesterolü düşürmem işe yaramadı mı? Devam eden rezidüel riski nasıl yönetebilirim?

Oturum Başkanları: *Ümit Yaşar SİNAN, Barış GÜNGÖR*

Panelistler: *Mustafa ÇETİN, Abdurrahman OĞUZHAN*

- **Rezidüel hipertrigliseridemi ve diyabet riski.**

Özcan BAŞARAN

- **Rezidüel inflamatuvar risk.**

Halenur SARIBAŞ



- **Rezidüel kolesterol riski: PCSK9 inhibisyonu.**

Deniz DEMİRCİ

Öğrenim Hedefi: Rezidüel risk ve yönetimi hakkında bilgi sahibi olmak.

Kızılırmak Salonu

KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

20 EYLÜL 2025, Cumartesi

11:15-11:30

Kahve Arası

11:30-12:00

Uydu Sempozyumu
DEF-KY Tedavisinde son gelişmeler; İlk Tercih ARNi
Moderatör: *Berkay EKİCİ*
Konuşmacı: *Burcu DEMİRKAN*

Kızılırmak Salonu

ali raif ilaç

12:00-12:15

Kahve Arası

12:15-12:45

Uydu Sempozyumu
Tansiyonun Ötesi: Ritimde Saklı Tanılar
Moderatör: *Oktay ERGENE*
Konuşmacı: *Berkay EKİCİ*

OMRON

Kızılırmak Salonu

12:45-14:00

Öğle Yemeği

14:00-14:45

Akut koroner sendromda ne yapalım ne yapmayalım?
Oturma Başkanları: *İbrahim Halil KURT, Özgür Ulaş ÖZCAN*
Panelistler: *Sinan İNCİ, Oğuzhan BİRDAL, Enis Behçet AĞIRDICI*

Kızılırmak Salonu

- AKS'de yaşlı hastalarda tedavi stratejisi.
Ömer DOĞAN
- AKS'de çoklu damar hastalığında revaskülarizasyon stratejisi.
Ufuk ERYILMAZ
- No-reflow tedavi yaklaşımı.
Serkan DUYULER
- Nadir görülen AKS'de tedavi yaklaşımları (Spontan koroner diseksiyon, Koroner spazm).
Soner AKSÜYEK

Öğrenim hedefi: Zorlu senaryolarla başvuran AKS hastalarının yönetimini öğrenmek.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

20 EYLÜL 2025, Cumartesi

14:45-15:15

Karşıt Görüş

Kızılırmak Salonu

Herhangi bir tedavi almayan stabil anjinası olan bir hastada koroner BT anjiyografide LAD proximal % 70 lezyon saptadım.

Oturum Başkanları: Emrah ERDOĞAN, Fahrettin KATKAT

Panelistler: Fethi YAVUZ, Murat GENÇASLAN, Alper ÖZKAN

- Hemen koroner anjiyografi yaparım.

Beytullah ÇAKAL

- Öncelikle medikal tedavi ile izlerim.

Berkay EKİCİ

Öğrenim hedefi: Kronik koroner sendromlarda akut koroner sendromlardan farklı olarak dar bir lezyonun açılmasının sağkalım üzerine etkisi gösterilemedi. Fakat ciddi bir koroner darlığın medikal tedavi ile izlemi de gerçekçi olamayabilir. Öte yandan medikal tedaviyi kronik koroner sendromlarda az mı kullanıyoruz?

15:15-15:45

Kahve Arası

15:45-16:30

Primer ve sekonder korumada beslenme ve yaşam tarzı etkisi.

Oturum Başkanları: Murat SUCU, Ahmet KARAGÖZ

Panelistler: Hasan HALICI, Ceyhan YÜCEL, Cenk EKMEKÇİ

- Açlık taklit edici diyet ve kardiyovasküler faydaları.

Kayıhan KARAMAN

- Günlük rutinlerimiz ve kalp hastalıkları ilişkisi

(Tuz, kahve, çay, uyku, alkol).

Serhat SIĞIRCI



- Kardiyovasküler korumada en iyi diyet hangisi? (Akdeniz tipi diyet?

DASH diyeti? Aralıklı oruç? Ketojenik diyet?)

Sinem ÇAKAL

Öğrenim hedefi: Beslenme ve takviye gıdalar hakkında güncel bilgileri öğrenmek.

Kızılırmak Salonu

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

20 EYLÜL 2025, Cumartesi

16:45-17:30

**Meraklısına 2025 Gebelikte Kardiyovasküler
Hastalıklar Kılavuzu**
Saadet AYDIN

Sakarya Salonu

16:45-17:30

TAVİ Kursu
Ali Rıza AKYÜZ, Mustafa ÖZTÜRK

Dicle Salonu

16:45-17:30

Bifurkasyon Kursu
Pınar TÜRKER DUYULER

Fırat Salonu

16:45-17:30

Sol Dal Pacing Kursu
Mesut DEMİR, Serkan ÇAY

Ceyhan Salonu

21 EYLÜL 2025, Pazar

09:00-09:45

Sözlü Bildiri Oturumu 13

Oturum Başkanı: M. Raşit SAYIN

Sakarya Salonu

SS-061 Engelleri aşmak: SVC tıkanıklığında transvenöz ICD yaklaşımı

Veysel ELİTAŞ, Mevlüt DEMİR, Taner ŞEN, Mehmet Ali ASTARCIOĞLU, Emrah KAYA

SS-062 LBBAP-CRT implantasyonu sonrasında gelişen sağ renal arter trombozu

Yakup Yunus YAMANTÜRK, Uğur CANPOLAT

SS-063 İmplant edilebilir kardiyoverter-defibrilatör tedavisi sırasında persistan sol superior vena kava'nın tanımlanması: Nadir bir vasküler varyantın girişimsel önemi

Selim Süleyman SERT, Bayram Ali UYSAL, Hüseyin Emre CEBECİ, Mehmet ERYILMAZ, Cenk Mustafa HAVABULUT, Mevlüt Serdar KUYUMCU

SS-064 Pil cebi hematomunu önlemek için WALANT solüsyonu

Meltem ALTINSOY, Çağatay TUNCA

SS-065 İmplant edilebilir elektronik kardiyak cihazların implantasyon öncesi ve sonrası

ekokardiyografik (Strain vb), labaratuvar ve klinik verilerinin karşılaştırılması. Ön veriler
Süleyman Diren KAZAN, Ramazan Furkan DEMİRKAN, Fatih YALÇIN, Hülya BİNOKAY, Oğuz AKKUŞ

SS-026 Kalistenik egzersizler dislipidemi hastalarında maksimal egzersiz kapasitesi, periferik kas kuvveti ve yaşam kalitesini artırabilir mi?

Furkan ÖZDEMİR, Naciye VARDAR YAĞLI, Melda SAĞLAM, Oğuz Abdullah UYAROĞLU

09:00-09:45

Sözlü Bildiri Oturumu 14

Oturum Başkanı: Sinem ÇAKAL

Dicle Salonu

SS-066 Akut Perikardit hastalarında trigliserid glukoz indeksinin prognostik rolü

Azmi EYİOL, Hatice Eyiol

SS-067 Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliğinin geri döndürülebilir bir sebebi:

Konstriktif perikardit- gecikmiş tanılı bir olgu

Cemre TURGUL, Rıdvan YURT, Çağla Akçay ÜRKMEZ, Özge Özden KAYHAN

SS-068 İnferior ST eleve miyokard infarktüsünü taklit eden nadir bir durum: Akut pankreatit

Cemre TURGUL, Rıdvan YURT, Şaban KELEŞOĞLU, Çağla Akçay ÜRKMEZ, Özge Özden KAYHAN

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

21 EYLÜL 2025, Pazar

09:00-09:45

Sözlü Bildiri Oturumu 15

Oturum Başkanı: *Ebru AKGÜL ERCAN*

Fırat Salonu

SS-071 Fallot tetralojisi ve romatizmal mitral darlığı: Bir olgu sunumu

Cem KORUCU

SS-072 Spontan triküspit korda rüptürü, Nadir bir olgu sunumu ve literatür incelemesi

Abdülmelik BİRGÜN, Lütfü BEKAR

SS-073 Alternatif bir yaklaşım; HKMP'de venöz yoldan septal alkol ablasyon

Oğuz UÇAR, Özcan ÖZDEMİR

09:00-09:45

Sözlü Bildiri Oturumu 16

Oturum Başkanı: *Mehmet Akif DÜZENLİ*

Ceyhan Salonu

SS-076 Benign görünümlü ama sinsi: Uterin tümörün kalp ve pulmoner emboliye uzanan yolculuğu

Mehmet Murat ŞAHİN, Lütfü BEKAR

SS-077 Boğa boynuz darbesi ile künt yaralanma sonucu ana karotis arterde oluşan trombus: Bir olgu sunumu

Mehmet ÇEBER, Kayıhan KARAMAN

SS-078 Sağlıklı türk bireylerde yaş ve cinsiyete göre insülin direnci homeostaz modeli ve trigliserit-glukoz indeksinin değerlendirilmesi

Onur YILDIRIM

SS-079 Minimal kapatma, maksimum güvence mi? TAVI sonrası ProGlide cihaz sayısının klinik etkileri

Murat AKDOĞAN, Onur AKGÜN, Yusuf Bozkurt ŞAHİN, Melih Gaffar GÖZÜKARA

SS-080 Perifer arter hastalığına perkütan girişim esnasında kopan sheath ucu ve yönetimi

Çağlar ALP, Rukiye Gönen ÖZDEMİR

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

21 EYLÜL 2025, Pazar

09:45 – 10:00

Kahve Arası

10:00-10:45



Kızılırmak Salonu

Yoğun bakımdan araniyorsunuz! Zorlu olguları nasıl yönetelim?

Oturum Başkanları: Oktay ERGENE, M. Raşit SAYIN

Panelistler: Cansu ÖZTÜRK, Damla Su ÖZKARA, Shalala MISGINOVA, Mustafa Batuhan TEZCAN

- **Hipertansif özel durumlarda (Preeklampsi, İKK, SVO) neler öneririm?**

Mevhibe ALTINIŞIK

- **Major kanama nedeni ile interne edilen antiplatelet kullanan hastaya neler öneririm?**

Dilara YÜKSEL

- **Major kanama nedeni ile interne edilen antikoagülan kullanan hastaya neler öneririm?**

Koray DEMİRCİ

Öğrenim Hedefi: Zorlu senaryolara sahip konsültasyon hastalarının yönetimini öğrenmek.

10:45-11:30

Karditlerde güncel perspektifler.

Oturum Başkanları: Hamza DUYGU, Cenk CONKBAYIR

Panelistler: Ali Nizami ELMAS, Hüseyin AYKAÇ, Gürkan İŞ, Alptekin ÖZKOÇ

- **İnfektif endokarditte yeni öneriler.**

Ajar KOÇAK

- **Miyokarditte yeni öneriler.**

Selcen YAKAR TÖLÜCE

- **Perikarditte yeni öneriler.**

Mehmet BOZKURT

Öğrenim Hedefi: Her bir kardit türü için en son önerileri öğrenmek.

Kızılırmak Salonu

11:30-11:45

Akılcı İlaç Oturumu

Konuşmacı: M. Raşit SAYIN

Kızılırmak Salonu

11:45-12:00

Kapanış

KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-001]

Transözofageal Ekokardiyografi Yapılan Hastalarda Tam Kan Viskozitesi ve Trombüs İlişkisi

Erkan Kahraman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi

Amaç: Atriyal fibrilasyon (AF), çoğunlukla sol atriyal apendikte (LAA) atriyal trombüs gelişme riskini artıran bir ritm bozukluğudur. Sol atriyal apendiks trombüsleri (LAAT), nonvalvüler atriyal fibrilasyonlu (NVAF) hastaların tromboembolizmin (TE) %90'ında etiyolojiden sorumludur ve LAAT, AF'li hastaların yaklaşık %10'unda saptanır. Tam kan viskozitesi (WBV), yükselmiş hematokrit seviyeleri, plazma viskozitesi ve azalmış eritrosit deformabilitesini kapsayan endotel kayma stresinin (ESS) başlıca göstergesi olarak hizmet eder ve dolayısıyla TE riskini artırır. Bununla birlikte, güncel tıbbi veritabanında LA'daki WBV ile trombüs arasındaki ilişki hakkında herhangi bir klinik veri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, diğer belirteçlerle karşılaştırarak NVAF hastalarında WBV ile LAAT arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, %62'si erkek olan ve kardiyoversiyon veya ablasyon öncesi transözofageal ekokardiyografi (TEE) uygulanan 668 nonvalvular atriyal fibrilasyonlu (NVAF) hasta tek bir merkezde yürütüldü. Hastalar TEE'de LAAT varlığına veya yokluğuna göre iki gruba ayrıldı ve WBV düzeyleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmanın bulguları, tam kan viskozitesinin hem yüksek kayma hızı (HSR) hem de düşük kayma hızı (LSR) değişkenleri açısından trombüs etkileyen bağımsız bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. [OR: 4.861, CI: 2.456–9.620, $p < 0.001$; 1.080, CI: 1.046–1.116, $p < 0.001$]. CRP'nin trombüs tahmini için eğri altında kalan alan (AUC) değeri en yüksek olarak gösterildi, bunu sırasıyla LSR, HSR, NLR ve PLR izledi. (AUC: 0,931 CI: 0,909-0,949; 0,740 (0,697-0,765); 0,732 (0,705-0,773); 0,601 (0,563-0,639) $p < 0,001$, AUC: 0,574 CI (0,535-0,612) p : 0,015)

Sonuç: Çalışmamız, maliyet etkin ve laboratuvar verilerinden kolayca elde edilebilen WBV'nin, LAAT'nin bağımsız bir öngörücüsü olarak hizmet ettiğini ve NLR,PLR gibi diğer biyobelirteçlerden daha fazla güvenilirlik gösterdiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: atriyal fibrilasyon, sol atriyal apendiks trombüsü, tam kan viskozitesi, transözofageal eko

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Trombosa Göre Karşılaştırmalar

	Trombus	Trombus	Test istatistikleri	Test istatistikleri
	Yok n=554	Var n=114	Test değeri	p değeri
Yaş	59,7±12,5	61,2±11,2	1,146	0,252†
Cinsiyet, n (%)				
Kadın	202 (36,5)	48 (42,1)	1,286	0,257‡
Erkek	352 (63,5)	66 (57,9)		
Sigara, n (%)	114 (20,6)	43 (37,7)	15,452	<0,001‡
Diyabet, n (%)	132 (23,8)	41 (36,0)	7,259	0,007‡
Hipertansiyon, n (%)	285 (51,4)	77 (67,5)	9,872	0,002‡
Koroner Hastalık, n (%)	144 (26,0)	40 (35,1)	3,919	0,048‡
CHADVA skor	1,0 (2,2)	2,0 (2,0)	4,390	<0,001&
Kronik Böbrek Yetmezliği, n (%)	51 (9,2)	21 (18,4)	7,418	0,006Φ
Önceki MI, n (%)	73 (13,2)	31 (27,2)	13,084	<0,001Φ
EF<50, n (%)	138 (24,9)	55 (48,2)	25,060	<0,001‡
Kreatinin	0,90 (0,20)	0,98 (0,30)	3,097	0,002&
Platelet	236,00 (81,00)	208,50 (89,75)	2,91	0,004&
Lenfosit	2,12 (1,04)	1,80 (1,13)	4,196	<0,001&
Monosit	0,50 (0,22)	0,54 (0,24)	2,969	0,003&
BUN	15,00 (6,00)	18,00 (9,00)	3,687	<0,001&
RDW	14,75±3,27	15,46±2,45	2,197	0,028†
CRP	3,00 (3,00)	11,95 (12,35)	14,637	<0,001&
LSR	50,58±16,97	67,83±19,74	8,692	<0,001†
HSR	15,86±0,82	16,64±0,93	9,112	<0,001†
NLR	2,25 (1,75)	2,94 (2,27)	3,357	<0,001&
PLR	112,6 (63,3)	127,7 (81,1)	2,486	0,013&

n: Hasta sayısı, %: Sütun yüzdesi, sayısal değişkenler ortalama±standart sapma ya da medyan (kartiller arası uzaklık) olarak verilmiştir. †: Bağımsız örneklerde t testi, &: Mann-Whitney U testi, ‡: Pearson kare testi, Φ: Yates kare testi, ‡: Fisher exact test

[SS-002]

Kronik Total Oklüzyon Girişimlerinde Teknik Başarının Bağımsız Öngördürücüsü: Plazma Aterojenik İndeksi

Büşra Güvendi Şengör¹, Cemalettin Yılmaz²

¹Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Plazma aterojenik indeksi (PAİ)'nin koroner arter hastalığının gelişimi, ilerlemesi ve prognozu ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, PAİ'nin, kronik total oklüzyon (KTO) kompleksliğini öngördürebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, perkutan girişim yapılan KTO hastalarında, PAİ ile girişimin teknik başarısı arasındaki ilişkinin incelemesi amaçlanmıştır.

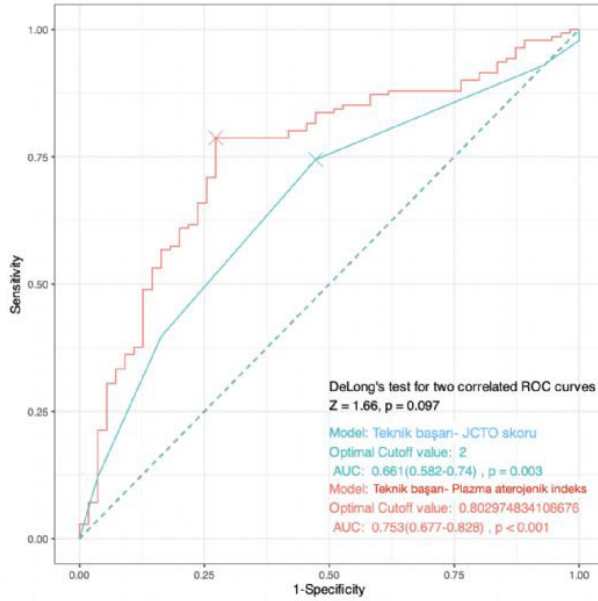
Yöntem: Merkezimizde Ocak 2018 ve Aralık 2022 tarihleri arasında KTO nedeni ile perkutan girişim uygulanan 197 hasta, retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların temel demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme, anjiyografik ve ekokardiyografik verileri tıbbi dosyalarından elde edildi. İşlemden 24 saat önceki laboratuvar değerleri alınarak PAİ hesaplandı ve ROC analizine göre cut-off değer belirlenerek PAİ yüksek ve düşük olmak üzere hastalar iki gruba ayrıldı (cut off değeri: 0.802; AUC: 0.753 (0.677-0.828); p<0.001).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 125'i (%64) düşük PAİ grubunda yer alırken, 72 (%36) hasta yüksek PAİ grubunda yer aldı. Teknik başarı düşük PAİ grubunda anlamlı derecede yüksek saptandı (p<0.001). Teknik başarının öngördürücülerini belirlemek için yapılan çok değişkenli analizde; GFR, J-CTO skoru ve PAİ istatistiksel açıdan anlamlı saptandı (OR (95% CI): 1.02 (1-1.04), p=0.023; OR (95% CI): 0.62 (0.44-0.89), p=0.008, OR (95% CI): 0.03 (0.01-0.12), p<0.001) (Tablo 1). Teknik başarı öngördürücülerinden J-CTO skoru ve PAİ'nin kıyaslandığı ROC eğrisinde; PAİ, J-CTO skoruna göre daha yüksek AUC değerine sahip olduğu gözlenirken; iki parametre arasında DeLong's testinde istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmedi (AUC: 0.753(0.677-0.828), p<0.001 vs AUC: 0.661(0.582-0.74), p=0.003) (DeLong's testi, Z:1.66, p=0.097) (Figür 1). Teknik başarıya göre PAİ'yi gösteren kutu grafiği ve marjinal etki grafiği Figür 2 de görülmektedir.

Sonuç: Perkutan girişim yapılan KTO hastalarında, PAİ teknik başarının bağımsız bir öngördürücüsüdür. Girişim öncesi PAİ'nin değerlendirilmesi işlem planlanması açısından ek bilgiler sağlayabilir.

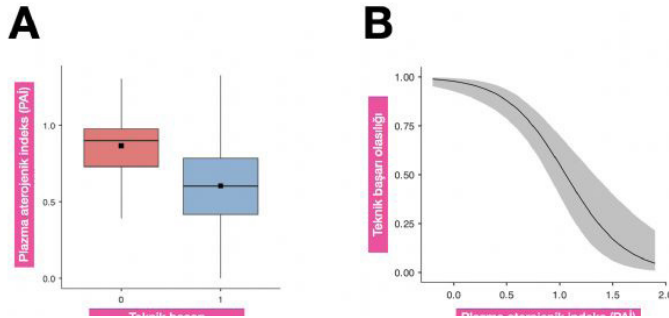
Anahtar Kelimeler: kronik total oklüzyon, perkutan koroner girişim, plazma aterojenik indeks

Şekil-1



Şekil 1. Teknik başarıyı öngören eden J-CTO skoru ile PAİ değerlerini karşılaştıran ROC eğrisi grafikleri

Şekil-2



Şekil 2. (A) Teknik başarıya göre plazma aterojenik indeks değerini gösteren kutu grafiği. (B) Plazma aterojenik indeks (PAİ) ile teknik başarı olasılığı arasındaki ilişkiyi gösteren marjinal etki grafiği.

KTO işlemi yapılan hastalarda teknik başarının muhtemel belirteçlerini değerlendiren çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Parametreler	OR (95% CI)	p-değeri
Yaş (yıl)	0.98 (0.94-1.03)	0.476
Cinsiyet (erkek)	0.41 (0.14-1.24)	0.115
GFR (mL/dak/1, 73m2)	1.02 (1-1.04)	0.023
Sol ventrikül EF	1.01 (0.98-1.04)	0.578
İyi gelişmiş kollateral varlığı	1.95(0.84-4.49)	0.119
J-CTO skoru	0.62 (0.44-0.89)	0.008
PAİ	0.03 (0.01-0.12)	<0.001

[SS-003]

Sol Ana Koroner Perkütan Girişimde Bir Yıllık Mortalitenin Öngördürücüsü Olarak Sistemik İmmün-Inflamasyon İndeksi

Ömer Kertmen¹, Enes Kaya²

¹Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Amasya

²Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Perkütan koroner girişim (PCI), ciddi sol ana koroner arter (LMCA) lezyonlarının tedavisinde her geçen gün daha fazla uygulanmakta olup koroner arter bypass greft (CABG) cerrahisine bir alternatif sunmaktadır. İnflamasyonun, aterosklerozun gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunduğu çok iyi bilinmektedir. Sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili yeni bir belirteç olarak tanımlanmıştır. Çalışmamız, SII ile LMCA PCI sonuçları arasındaki olası bağlantıyı araştırmayı amaçlamıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya, planlı sol ana koroner arter (LMCA) perkütan koroner girişim (PCI) için değerlendirilen ve girişim uygulanan 156 hastayı dahil ettik. Akut veya kronik enfeksiyonu, hematolojik bozuklukları veya ciddi karaciğer yetmezliği olan hastalar çalışma grubundan hariç tutuldu. Retrospektif olarak gerçekleştirdiğimiz çalışmamıza dahil edilen hastalar bir yıl içindeki mortalitelerine göre iki gruba ayrıldı. Sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII); P, N ve L'nin sırasıyla preoperatif periferik trombosit, nötrofil ve lenfosit sayılarını temsil ettiği $P*N/L$ formülü kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Hastaların demografik özellikleri, medikal geçmişleri ve perop klinik bulguları tabloda gösterilmiştir. (Tablo 1). SII, mortalite (+) grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,018$). ROC analizinde, SII için AUC değeri 0,657 idi. (Şekil 1) LMCA PCI uygulanmış hastalarda mortaliteyi öngörmek için SII' nin optimum kesme değeri, %72,6 duyarlılık ve %55 özgüllük ile $\geq 911,6$ idi (Şekil 1). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi, SII' nin bir yıllık mortalitenin gelişimi üzerinde belirgin etkisi olduğunu gösterdi (odds oranı: 5,426, %95 güven aralığı: 1,276-12,362, $P=0,009$).

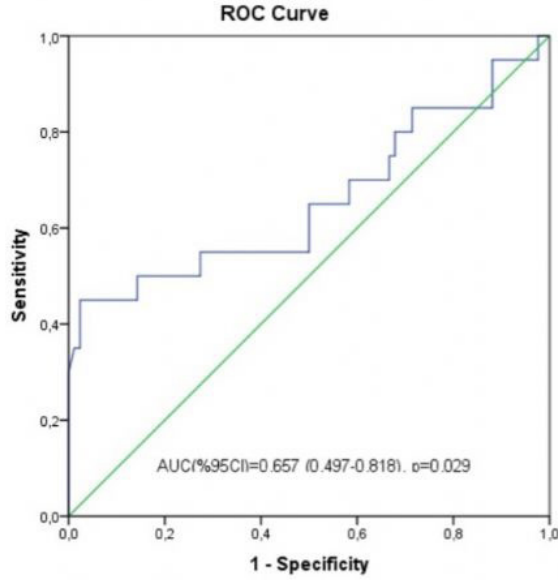
Sonuç: Ateroskleroz, sürekli inflamatuvar yanıtla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Sistemik immün-inflamasyon indeksi; trombositler, nötrofiller ve lenfositler gibi dolaşan inflamatuvar hücreleri içeren yeni bir ölçüm yöntemi olarak tanımlanmıştır. Bu indeks, bir dizi hastalıkta olumsuz sonuçlarla önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda, mortalite (+) grubu, artmış inflamatuvar aktiviteyi düşündüren yüksek WBC, nötrofil ve SII seviyeleri gösterdi. Ek olarak, çalışmanın sonuçları LMCA çapı, SII ve eGFR düzeyini LMCA PCI işlemi uygulandıktan sonraki bir yıllık mortalitenin bağımsız öngörücüleri olduğunu gösterdi. Bu bulgular, SII'nin LMCA PCI geçiren hastalar için mortalite riskini değerlendirmede önemli bir prognostik belirteç olarak potansiyelini vurgulamaktadır. Bu hasta popülasyonunda yüksek SII'nin risk değerlendirme algoritmalarına eklenmesi, uygulanacak işlem tercihinde ve işlem sonrası takip ve tedavi yaklaşımında yardımcı olabilir. Bunun için daha geniş çaplı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sol Ana Koroner Arter, Perkütan Koroner Girişim, Sistemik İmmün-inflamatuvar İndeks

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

in ayırt edici özelliğini gösteren çalışma karakteristik eğrisi.



ROC Analizi

Tablo

Tablo-1. Çalışma Popülasyonunun Demografik ve Klinik Değişkenleri ile Regresyon Analizi Sonuçları				
	Toplam(n=156)	Mortalite (-) (n=128)	Mortalite (+) (n=28)	p değeri
Demografik Değişkenler ve Kardiyak Risk Faktörleri				
Yaş	67,6 ± 12,1	67,8±11,5	69,2±12,6	0,251
Erkek, n (%)	106 (%67,9)	83 (%63,2)	23 (%81,4)	0,754
Sigara	96 (%61,5)	68 (%53,1)	28 (%100)	0,629
Hipertansiyon, n (%)	108 (%69,2)	60 (%46,9)	27 (%96,4)	0,465
Hiperlipidem, n (%)	39 (%25)	34 (%26,6)	5 (%17,9)	0,762
Diabetes Mellitus, n (%)	61 (%39,1)	47 (%36,7)	14 (%50)	0,626
Geçirilmiş MI, n (%)	56 (%35,9)	49 (%38,3)	7 (%25)	0,572
PCI Öyküsü, n (%)	47 (%30,1)	38 (%29,7)	9 (%32,1)	0,348
KABG Öyküsü, n (%)	24 (%15,4)	20 (%15,6)	4 (%14,3)	0,355
Bayıru Klinaları				
KKS, n (%)	54 (%34,6)	45 (%35,2)	9 (%32,1)	0,068
AKS, n (%)	102 (%65,4)	79 (%60,8)	23 (%81,4)	0,004
Anjiyografik Değişkenler				
LMCA Çapı, mm	4,2 ± 0,5	4,2±0,5	3,9±0,5	0,004
Bifurkasyon, n (%)	39 (%25)	24 (%18,8)	15 (%53,6)	0,004
Laboratuvar parametreleri				
Kreatinin, mg/dl	1,2±0,7	1±0,5	1,4±0,9	0,004
eGFR, mL/dak/1,73 m ²	77,9±33,2	82,2±32,1	67,4±32,8	0,021
WBC, 10 ³ /µl	9,6±5,4	8,5±3,3	12,5±8,8	0,027
Hemoglobin, 10 ³ /µl	6,3±4,1	5,4±2,2	9,8±6,1	0,001
SI	1256,2±15439,8	754,8±575,4	2884,4±2796,7	0,018
Klinik Sonuçlar				
Hedef Damar Revaskülarizasyonu, n (%)	8 (%5,1)			
Bir Yıllık Ölüm Oranı, n (%)	30 (%19,2)			
Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde değişkenlerin bir yıllık mortalite üzerindeki etkileri				
	VEYA (%95 CI)	p-değeri		
Yaş	0,995 (0,946-1,047)	0,795		
Klinik_Sınıf	4,052 (0,625-16,1)	0,253		
LMCA Çapı	0,264 (0,135-1,038)	0,039		
eGFR	0,957 (0,953-1)	0,045		
SI	5,426 (1,276-12,362)	0,009		

Cox B. Snell R Karesi=0,166; Nagelkerke R Karesi=0,285; Doğru küll=0,846
 *MI: Miyokard Enfarktüsü; PCI: Perkütan Koroner Girişim; KABG: Koroner Arter Bypass Greft Operasyonu;
 KKS: Kronik Koroner Sendrom; AKS: Akut Koroner Sendrom; WBC: Beyaz Kan Hücreleri; SI: Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksi

Tablo 1

[SS-004]

Normal Koroner Arter ve Koroner Yavaş Akım Fenomeni Olan Hastalarda Ürik Asit/ Albumin Oranı

Mehmet Nail Bilen¹, Zeynep Pelin Orhan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Koroner yavaş akım (KYA), epikardiyal koroner arterlerde anlamlı darlık olmamasına rağmen, kontrast madde ilerlemesinin geciktiği bir anjiyografik durumdur. Bu fenomen, çoğunlukla göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda saptanır ve sıklıkla göz ardı edilir. Öte yandan, ürik asit, oksidatif stres ve endotel disfonksiyonu ile ilişkilendirilmiş; albumin ise antiinflamatuvar ve antioksidan özellikleriyle bilinen bir plazma proteindir. Bu çalışmada, Ürik asit / albumin oranının (UAR) KYA fenomeni ile ilişkili olup olmadığını araştırdık.

Yöntem: Çalışmamıza 2021–2023 yılları arasında kronik koroner sendrom tanısı ile koroner anjiyografi yapılan ve epikardiyal damarlarında $\geq 50\%$ darlık saptanmayan toplam 187 hasta dahil edildi. TIMI kare sayımı temel alınarak hastalar:

- Normal koroner akım grubu (n=96)
- Koroner yavaş akım grubu (n=91) olarak ikiye ayrıldı.

Demografik özellikler, kardiyovasküler risk faktörleri, laboratuvar parametreleri ve kullanılan ilaçlar retrospektif olarak değerlendirildi. Ürik asit ve albumin düzeylerinden hesaplanan UAR = Ürik asit (mg/dL) / Albumin (g/dL) x 10 formülü ile belirlendi.

Bulgular: KYA grubunda tüm damarlar için TIMI kare sayısı anlamlı şekilde yüksekti ($p < 0.001$). LAD, Cx ve RCA TFC değerleri, normal akım grubuna göre sırasıyla 12, 8 ve 10 kare daha fazlaydı. KYA grubunda erkek oranı (%79.1) ve sigara kullanımı (%64.8), normal akım grubuna kıyasla belirgin şekilde daha yüksekti ($p < 0.001$ ve $p = 0.001$). Hipertansiyon, diyabet gibi risk faktörleri açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Hiperlipidemi ve β -bloker kullanımı KYA grubunda daha fazlaydı. Ürik asit düzeyi, KYA grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (5.81 ± 0.88 vs. 4.25 ± 0.74 mg/dL; $p < 0.001$). Albumin düzeyi, KYA grubunda daha düşüktü (4.31 ± 0.43 vs. 4.41 ± 0.38 g/dL; $p = 0.094$ Tablo 1). Buna bağlı olarak hesaplanan UAR değeri, KYA grubunda belirgin olarak yüksekti (13.63 ± 2.52 vs. 9.71 ± 1.83 ; $p < 0.001$ Figür 1, Tablo 1).

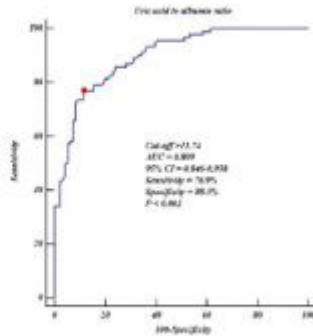
Buna ek olarak:

- HDL kolesterol KYA grubunda daha düşüktü ($p < 0.001$)
- Hemoglobin daha yüksekti ($p = 0.001$)
- Platelet sayısı ise daha düşüktü ($p = 0.009$) (Tablo 1).

Sonuç: Ürik asit/albumin oranı, koroner yavaş akım hastalarında anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu oran, hem inflamasyon hem de oksidatif stresin ortak bir göstergesi olup, KYA gibi endotel disfonksiyonu temelli tabloların belirlenmesinde faydalı olabilir. UAR, basit, ucuz ve kolay erişilebilir bir parametre olarak, özellikle non-obstrüktif koroner arter hastalarında tanısal sürece katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Koroner yavaş akım, Normal koroner arterler, Ürik asit albumin oranı

Figür 1



Figür 1. Koroner yavaş akım fenomenini belirlemede ürik asit/albumin oranının tanısal performansını gösteren ROC eğrisi analizi.

Figür 1. Koroner yavaş akım fenomenini belirlemede ürik asit/albumin oranının tanısal performansını gösteren ROC eğrisi analizi.

Tablo 1. Laboratuvar Bulguları: Ürik Asit/Albumin Oranı ve Diğer Parametreler

Variable	Normal Flow (n=96)	Slow Flow (n=91)	p-value	Test type	SMD
Glucose (mg/dL)	98.2 [90.1–109.0]	98.0 [88.0–118.0]	0.679	Mann–Whitney U	0.126
AST (U/L)	22.9 [17.3–31.0]	22.0 [18.8–29.5]	0.598	Mann–Whitney U	0.050
ALT (U/L)	21.5 [15.0–31.4]	25.0 [19.0–34.0]	0.007	Mann–Whitney U	0.243
Uric acid (mg/dL)	4.25 ± 0.74	5.81 ± 0.88	<0.001	Student t	1.907
Urea (mg/dL)	30.80 ± 10.47	30.92 ± 10.38	0.936	Student t	0.012
Creatinine (mg/dL)	0.82 ± 0.18	0.84 ± 0.16	0.567	Student t	0.084
Sodium (mmol/L)	138.81 ± 2.82	139.67 ± 2.97	0.043	Student t	0.298
Potassium (mmol/L)	4.34 ± 0.44	4.48 ± 0.48	0.039	Student t	0.304
Total Cholesterol (mg/dL)	195.20 ± 47.74	208.19 ± 40.30	0.046	Student t	0.294
LDL-C (mg/dL)	113.80 ± 39.04	124.63 ± 34.09	0.045	Student t	0.296
HDL-C (mg/dL)	43.54 ± 10.86	34.54 ± 5.58	<0.001	<0.001	1.044
Triglycerides (mg/dL)	168.3 [116.3–248.0]	188.0 [148.0–236.3]	0.170	Mann–Whitney U	0.142

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Total protein (g/dL)	7.18 ± 0.35	7.22 ± 0.38	0.491	Student t	0.101
Albumin (g/dL)	4.41 ± 0.38	4.31 ± 0.43	0.094	Student t	0.246
Hemoglobin (g/dL)	13.69 ± 1.94	14.62 ± 1.69	0.001	Student t	0.513
WBC (×10 ⁹ /L)	8.35 ± 1.90	8.27 ± 1.94	0.774	Student t	0.042
Neutrophils (×10 ⁹ /L)	5.10 ± 1.51	4.99 ± 1.61	0.632	Student t	0.070
Lymphocytes (×10 ⁹ /L)	2.34 ± 0.83	2.49 ± 0.78	0.198	Student t	0.189
Monocytes (×10 ⁹ /L)	0.64 ± 0.23	0.61 ± 0.22	0.313	Student t	0.148
Platelets (×10 ⁹ /L)SD)	283.35 ± 75.76	256.06 ± 65.86	0.009	Student t	0.384
UAR ×10 (mean ± SD)	9.71 ± 1.83	13.63 ± 2.52	<0.001	Student t	1.778

Kısaltmalar: ALT = Alanin aminotransferaz; AST = Aspartat aminotransferaz; LDL-C = Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolü; HDL-C = Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolü; WBC = Beyaz kan hücresi sayısı; UAR = Ürik Asit/Albumin Oranı; SMD = Standardize Ortalama Farkı.

[SS-005]

Sağ ve Sol Atriyal Hacim İndeksinin Koroner Arter By-Pass Graft Operasyonu Klinik Sonuçlarına İlişkisi

Cem Korucu¹, Halil Siner¹, Fehim Can Sevil², Mehmet Tort², Serkan Güme², Necip Becit²

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş: Koroner arter bypass greftleme (CABG), ileri koroner arter hastalığı olan hastalarda sıkça uygulanan cerrahi bir tedavi yöntemidir. Her ne kadar etkili bir girişim olsa da, postoperatif komplikasyonlar—özellikle atriyal fibrilasyon (Po-AF)—önemli bir klinik sorun oluşturmaktadır. Atriyumların yapısal yeniden şekillenmesi, indekslenmiş atriyal hacimlerle yansıtılmakta ve bu durum klinik sonuçları etkileyebilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada, sol atriyal hacim indeksi (L-AHİ) ve sağ atriyal hacim indeksi (S-AHİ) ile CABG operasyonu sonrası erken dönem sonuçlar—Po-AF gelişimi, hastane içi mortalite, hastanede kalış süresi ve majör komplikasyonlar—arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: 2020–2024 yılları arasında izole CABG operasyonu uygulanan 250 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Preoperatif dönemde ekokardiyografi ile ölçülen L-AHİ ve S-AHİ değerleri, normal, hafif-orta artmış ve ciddi artmış olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Postoperatif klinik sonuçlar bu gruplar arasında karşılaştırılmış ve Po-AF ile 30 günlük mortalitenin öngördürücüleri çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile belirlenmiştir.

Bulgular: Artmış L-AHİ ($>50 \text{ ml/m}^2$) ve S-AHİ ($>50 \text{ ml/m}^2$) olan hastalarda Po-AF insidansı anlamlı düzeyde yüksekti (%40'a karşı %12, $p<0.001$). Bu grupta aynı zamanda hastanede kalış süresi daha uzundu (ortalama 12'ye karşı 7 gün, $p<0.001$) ve 30 günlük mortalite artmıştı (%5'e karşı %1, $p=0.04$). Hem L-AHİ hem de S-AHİ, Po-AF gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi (sırasıyla OR 2.8 ve 2.5; $p<0.01$). Diğer postoperatif komplikasyonların da genişlemiş atriya sahip hastalarda daha sık görüldüğü gözlemlendi.

Sonuç: Preoperatif dönemde ölçülen atriyal hacim indeksleri, CABG sonrası erken dönem olumsuz sonuçların güçlü öngördürücüleridir. L-AHİ ve S-AHİ'nin risk değerlendirme modellerine entegre edilmesi, perioperatif yönetimi yönlendirebilir ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter bypass greftleme, atriyal hacim indeksi, postoperatif atriyal fibrilasyon

[SS-006]

Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi ve Pan-İmmün-İnflamasyon İndeksinin Koroner Stent Restenozunu Öngörmedeki Rolü

Sefa Tatar, Şener Gür, Yunus Emre Yavuz, Hasan Kan
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Amaç: Koroner arter hastalığında miyokard iskemisini gidermek amacıyla uygulanan stent işlemleri yaygın olarak kullanılan invaziv yöntemlerdendir. Ancak, stent restenozu önemli bir komplikasyon olmaya devam etmektedir. Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII) ve Pan-İmmün-İnflamasyon İndeksi (PII), inflamatuvar durumları değerlendirmek amacıyla kullanılan biyobelirteçler olup, koroner arter hastalıklarındaki prognostik değerleri giderek daha fazla dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, SII ve PII'nin koroner stent restenozunu öngörmedeki etkinliğini araştırmaktır.

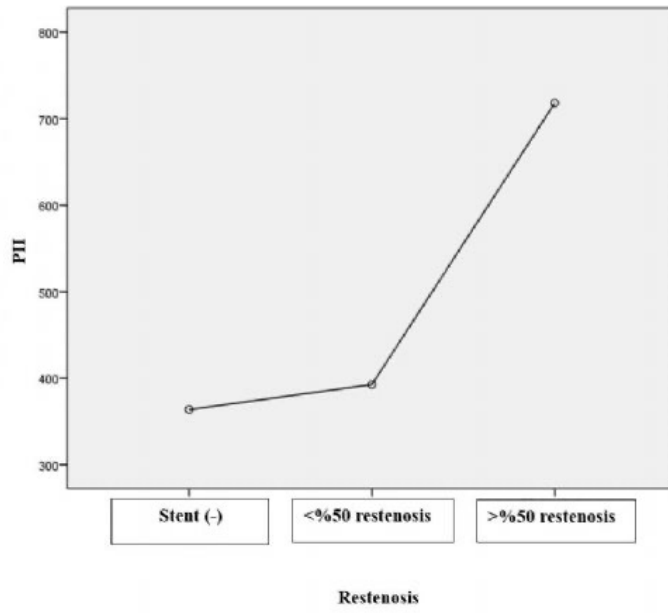
Yöntem: Çalışma, 2023–2024 yılları arasında retrospektif olarak yürütülmüştür. Hastalar üç gruba ayrılmıştır: stenti olmayanlar, %50'nin altında in-stent darlığı olanlar ve %50'nin üzerinde in-stent darlığı olanlar. Gruplar arasında demografik, klinik, ekokardiyografik ve laboratuvar verileri karşılaştırılmıştır. Gruplararası analiz için tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 104 hasta dahil edilmiştir. Diyabet ($p=0.001$), hipertansiyon ($p=0.001$) ve kronik böbrek hastalığı ($p=0.012$) gibi klinik parametrelerde anlamlı fark saptanmış ve bu komorbiditeler %50'nin üzerinde restenoz olan grupta daha sık gözlenmiştir. SII değerleri gruplar arasında benzer bulunmuştur ($p=0.74$). PII değerleri ise restenoz ciddiyetiyle artış eğilimi göstermiş olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.15$). Lipid profili açısından belirgin farklılıklar saptanmıştır; HDL kolesterol düzeyleri %50'nin üzerindeki darlık grubunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0.02$), LDL kolesterol düzeyleri ise restenoz gruplarında azalmıştı ($p=0.001$). Ekokardiyografik incelemede, %50 üzeri restenoz grubunda ejeksiyon fraksiyonu (EF) anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır ($p=0.007$).

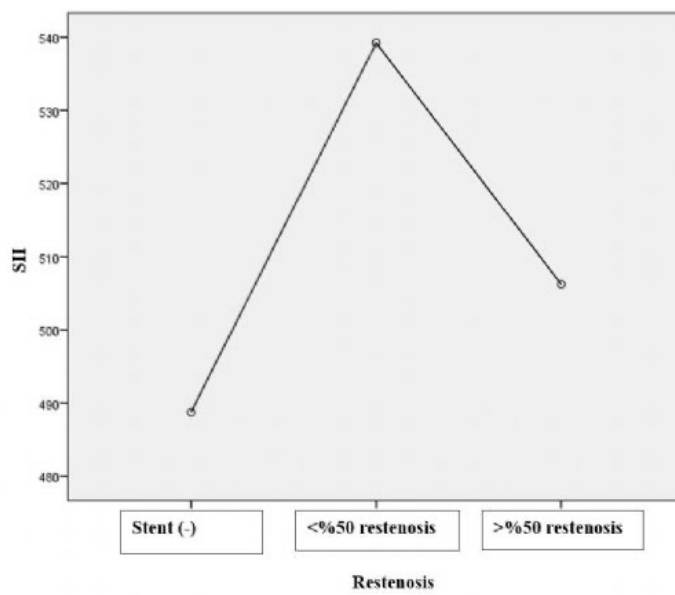
Sonuç: Bu çalışma, SII ve PII gibi sistemik inflamatuvar belirteçlerin koroner stent restenozunun altında yatan karmaşık inflamatuvar süreci anlamada potansiyel değer taşıdığını ortaya koymaktadır. Ancak, bu belirteçlerin bağımsız prediktif rolleri henüz netlik kazanmamıştır. Bulgularımız, perkütan koroner girişim (PCI) uygulanan hastalarda risk sınıflamasının yapılmasında inflamasyon ve lipid profillerinin bütüncül olarak değerlendirilmesinin önemini vurgulamakta ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilecek bir zemin oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi, Pan-İmmün-İnflamasyon İndeksi, Koroner Stent Restenozu, İnflamasyon, Biyobelirteç

Graphical relationship between PII and stent restenosis.



Graphical relationship between SII and stent restenosis.



Hastaların klinik, ekokardiyografik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Stent (-)	Restenoz<%50	Restenoz> %50	P değeri
Cinsiyet --Kadın --Erkek	19 (48.7) 11 (16.9)	7 (17.9) 17 (26.2)	13 (33.3) 37 (56.9)	0.002
DM	5 (10.2)	12 (24.5)	32 (65.3)	0.001
HT	9 (13.8)	18 (27.7)	38 (58.5)	0.001
KBH	0 (0)	3 (20)	12 (80)	0.012
Asetilsalisilik asid	11 (14.3)	22 (28.6)	44 (57.1)	0.001
P2Y12 İnhibitorü --Yok --Klopidogrel --Tikagrelor --Prasugrel	30 (41.1) 0 (0) 0 (0) 0 (0)	13 (17.8) 8 (36.4) 0 (0) 3 (60)	30 (41.1) 14 (63.6) 4 (100) 2 (40)	0.001
Beta bloker	12 (16.2)	21 (28.4)	41 (55.4)	0.001
ACEi/ARB	6 (10.3)	18 (31)	34 (58.6)	0.001
Statin	7 (10.9)	20 (31.2)	37 (57.8)	0.001
Stent tipi --DES --BMS	- -	7 (29.2) 0 (0)	17 (70.8) 3 (100)	0.2
Geliş kliniği --AKS --Elektif	4 (16) 26 (32.9)	6 (24) 18 (22.8)	15 (60) 35 (44.3)	0.2
In-stent prosedure --Yok --Balon --Stent	- - -	21 (65.6) 3 (7.9) 0 (0)	11 (34.4) 35 (92.1) 4 (100)	0.001
Osteal lezyon	-	2 (40)	3 (60)	0.7
Bifurkasyon lezyon	-	6 (35.3)	11 (64.7)	0.7
Thrombose lezyon	-	0 (0)	4 (100)	0.15
CTO	-	0 (0)	4 (100)	0.15
İlgili damar --LMCA --LAD --CX --RCA	- - - -	2 (50) 16 (40) 2 (18.2) 4 (21.1)	2 (50) 24 (60) 9 (81.8) 15 (78.9)	0.2
Yaş	52.9±13.5	61.2±12.9	64.9±10	0.001
Trigliserit	153±87	162±73	182±25	0.6
HDL	54±8	39±9	39±10	0.02
LDL	118±37	77±30	89±40	0.001
Total kolesterol	194±43	149±36	163±51	0.003
EF	58.4±3.5	54.9±7.4	51.9±9.6	0.007
Stent çapı	-	3.2±0.6	3.2±0.5	0.9
Stent uzunluğu	-	24±6.5	24.6±9.7	0.9
Postdilatasyon balon çapı	-	3.1±0.2	3.3±0.6	0.5
Stent implantasyon süresi	-	4.7±3.8	5±4.6	0.8
SII	488±39	539±44	506±37	0.74
PII	366±66	392±47	717±175	0.15

AuthorToEditor: Sayın hocalarım; Doçentlik başvurusu için sözlü bildiri ihtiyacım vardır.
Bu konuda yardımlarınızı rica ederim Saygılarımla

[SS-007]

C-reaktif protein/albumin oranının ST- elevasyonsuz akut koroner sendrom hastalarında hastane içi MACE ve mortaliteyle ilişkisi

Nart Zafer Baytuğan

Gebze Fatih Devlet Hastanesi

Amaç: ST-elevasyonsuz akut koroner sendrom (NSTEMI-AKS) hastalarında, C- reaktif protein/ albümin oranı (CAO) ile hastane içi olumsuz kardiyak olaylar (MACE) ve mortalite arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmanın amacı, NSTEMI-AKS hastalarında, CAO ile hastane içi MACE ve tüm nedenlere bağlı mortalite arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

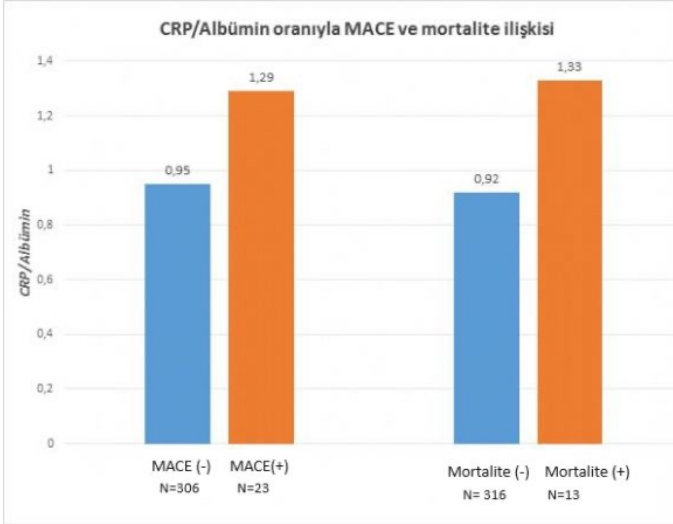
Yöntem: Ocak 2023 ve Mart 2025 tarihleri arasında tek merkezli, retrospektif bir çalışma yürütüldü. Her hasta için hastaneye başvuru sırasındaki CRP ve albümin düzeyleri ölçülüp CAO değerleri hesaplandı. Tüm hastalara invaziv koroner girişim uygulandı. Mortaliteyi öngörmek ve CAO 'nun optimal kesim değerini saptamak için işletim karakteristiği eğrisi (ROC) analizi yapıldı. CAO düzeyiyle mortalite ve MACE ilişkisini belirlemek için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında (GA) değerlendirildi ve istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışma için yaşları 31 ile 92 arasında değişen, 75'i kadın (%22.8) ve 254'ü erkek (%77.2) olmak üzere toplam 329 NSTEMI-AKS hastası analiz edildi. Tüm çalışma grubunda ortalama CAO değeri 0.99 ± 0.32 saptandı. CAO düzeyleri hayatta kalmayan grupta hayatta kalan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (1.33 ± 0.38 ve 0.92 ± 0.25 , $P < 0.001$) ayrıca MACE grubunda CAO değeri anlamlı olarak daha yüksek saptandı (1.29 ± 0.29 ve 0.95 ± 0.19 , $P = 0.002$) (Resim-1). ROC eğrisi analizinde, CAO' nun optimal kesim değeri olan 1,04 (duyarlılık % 38.8, özgünlük % 83,9) ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptandı ($p = 0.025$) (Resim-2). Çok değişkenli regresyon modelinde CAO $\geq 1,04$ düzeyinin hastane içi MACE (Risk oranı [RO] = 2.05, [%95 GA: 1.03-4.88], $P < 0.001$) ve tüm nedenlere bağlı mortalite (RO = 2.49, [%95 GA: 1.07-5.17], $P < 0.001$) için bağımsız risk faktörü olduğunu belirlendi (Tablo-1).

Sonuç: CAO, NSTEMI-AKS 'de hastane içi MACE ve mortalite riskini belirlemek için kullanılabilecek ucuz, yeni ve basit inflamasyonla ilişkili belirteçtir.

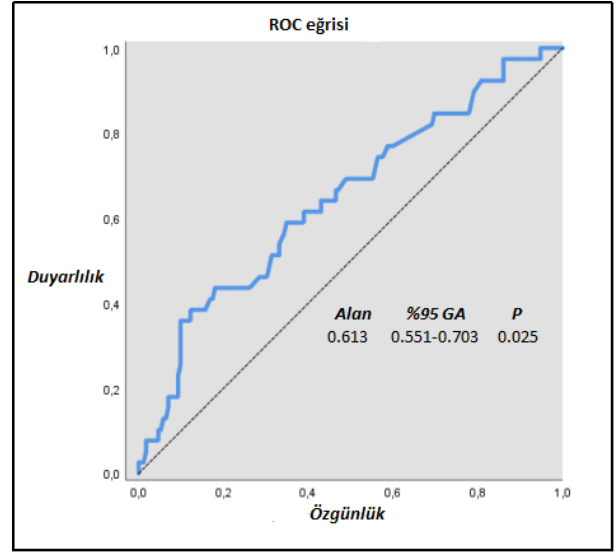
Anahtar Kelimeler: Akut ST elevasyonsuz miyokard enfarktüsü, mortalite, C-reaktif protein, Albümin

Resim-1



CRP/Albumin oranıyla MACE ve mortalite ilişkisi

Resim-2



Mortaliteyi öngörmekte ROC eğrisi analizi

Tablo-1

		Mortalite			MACE	
	RO	% 95 GA	P	RO	% 95 GA	P
CAO>= 1.04	2.49	1.07-5.17	<0.001	2.05	1.03-4.88	<0.001

Mortalite ve MACE' i öngörmekte çok değişkenli analiz sonuçları

AuthorToEditor: Çalışmamız büyük emek vererek yaklaşık 2 yıl süren çabanın sonucunda ortaya çıkmıştır. Sonuçlarının klinik olarak anlamlı olduğunu düşünmekteyiz. ilgi ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ediyoruz. Saygılarımızla iyi çalışmalar dileriz.

[SS-008]

Grup bir pulmoner hipertansiyonda ALBI skoru ve sağ ventrikül ekokardiyografik parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Çağatay Tunca¹, Hacı Ali Kürklü¹, Emir Baskovski²

¹ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD

Amaç: Bir çok çalışma karaciğer hastalıklarının ötesinde, kalp yetmezliği hastalarında albümin ve bilirubin tek başına ve ALBI skoru içinde prognostik değerini göstermiştir.1 2-5Ancak, ALBI skorunun pulmoner hipertansiyon, özellikle primer pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) hastalarındaki rolü ile ilgili veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, primer pulmoner hipertansiyonu olan hastalarda ALBI skoru ile sağ ventrikül fonksiyon arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışma, invaziv hemodinamik kriterlere dayalı olarak primer pulmoner hipertansiyon tanısı almış 23 hastayı içermektedir. Bu hastaların 16'sı romatolojik hastalıklar, 4'ü konjenital hastalıklar, 1'i ilaçla ilişkili hastalık ve 2'si idiopatik PAH tanısı almıştır. Çalışma popülasyonunun ortalama yaşı 49±12 yıl olup, 10 hasta (%44) kadındır. (Tablo 1)ALBI skoru, serum albumin (g/dL) ve total bilirubin (μmol/L) olmak üzere iki parametreye dayanarak hesaplanmıştır.

ALBI Skoru= (log10bilirubin [μmol/L])×0.66-(albumin [g/dL])×0.085olarak hesaplanır.

Düşük ALBI skoru, daha iyi karaciğer fonksiyonunu, yüksek ALBI skoru ise daha şiddetli karaciğer disfonksiyonunu gösterir. Skorun kategorize edilmesindeki cut-off noktaları şunlardır:

- ALBI Skoru ≥ -2.60: İyi karaciğer fonksiyonu.
- ALBI Skoru -2.60 ile -1.39 arasında: Orta derecede karaciğer disfonksiyonu.
- ALBI Skoru < -1.39: Şiddetli karaciğer disfonksiyonu.

Sonuçlar: ALBI skoru ile konvansiyonel sağ ventrikül (RV) ekokardiyografik parametreleri arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. ALBI skoru ile NT-proBNP seviyeleri arasında anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r = 0.6, p = 0.002), bu da yüksek ALBI skorlarının artan NT-proBNP seviyeleriyle ilişkilendirildiğini göstermektedir. Ayrıca, ALBI skoru ile TAPSE arasında negatif bir korelasyon gözlemlenmiştir (r = -0.55, p = 0.006), bu da düşük ALBI skorlarının daha iyi RV fonksiyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, TY pik hızı ile ALBI skoru arasında güçlü bir negatif korelasyon bulunmuştur (r = -0.76, p < 0.0001), bu da ALBI skoru ile sistolik pulmoner arter basıncında güçlü bir korelasyon olduğunu göstermekte ve hastalığın şiddeti arttıkça ALBI oranının bununla korele artış göstereceğini belirtmektedir.

Tartışma: ALBI skoru, özellikle NT-proBNP ve triküspit yetmezliği (TY) pik hızı ile anlamlı ve güçlü korelasyon göstermiştir. Bu iki önemli prognostik parametreyle olan ilişkisi, ALBI skorunun da prognostik bir belirteç olarak değer taşıyabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, ALBI skorunun primer pulmoner hipertansiyonu olan hastalarda sağ ventrikül fonksiyonunun değerlendirilmesinde potansiyel bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, hastalık progresyonunu izlemek ve tedavi stratejilerini belirlemek açısından da klinik anlamda faydalı bilgiler sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner hipertansiyon, sağ kalp yetersizliği, Albumin, Bilirubin

Tablo 1

Değişkenler	Toplam (n=23)
Yaş, yıl	49±12
Kadın %	10 (44)
HT (%)	9(39)
DM (%)	0 (0)
HL (%)	5(22)
Sigara %	13(57)
Aile Öyküsü%	6(26)
Laboratuvar Sonuçları	
AKŞ mg/dl	87.2±15.2
Hemoglobin g/dl	14±1.9
Kreatin (mg/dl)	0.9±0.3
TK, mg/dl	181±38.9
LDL-C, mg/dl	110±2.5
NT-proBNP pg/ml	300.6±222
ALBI skor	-2.9±0.7
Ekokardiyografi	
EF%	58.4±3.8
TY jet hızı m/sn	2.9±0.83
TAPSE mm	17.4±3.1
RV bazal çap mm	35.1±6.1
RV orta çap mm	30±6.2
RV longitudinal çap mm	79±13.1
Triküspit anular S hızı cm/sn	10.3±2.8
FAC %	45.6±15.6
DM: Diabetes Mellitus; HL: Hiperlipidemi; AKŞ: Açlık Kan Şekeri; TK: total kolesterol; LDL-C: low-density kolesterol level; NT-proBNP: N terminal prohormon brain natriuretik peptid; ALBI: Albumin Bilirubin indeks EF: ejection fraction; TY: triküspit yetersizlik; FAC: fractional area change	

Çalışma Grubunun Klinik, Demografik ve Ekokardiyografik Özellikleri

[SS-009] Periferik Arter Hastalığında Endovasküler Tedavi Uygulanan Hastalarda Vücut Kitle İndeksinin Uzun Dönem Mortalite ile İlişkisi: Retrospektif Bir Çalışma

Ali Evsen

Dağkapı Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Diyarbakır

Amaç: Periferik arter hastalığı (PAH), arteriyel daralma veya tıkanıklık sonucu gelişen ve özellikle alt ekstremitelerde iskemiye yol açan ciddi bir kardiyovasküler hastalıktır. PAH, kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile yakından ilişkilidir. Son yıllarda, endovasküler tedaviler PAH yönetiminde giderek daha fazla tercih edilmektedir. Bununla birlikte, PAH hastalarında vücut kitle indeksinin (VKİ) prognostik rolü tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, endovasküler tedavi uygulanan PAH hastalarında VKİ'nin uzun dönem mortalite üzerindeki etkisini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, 2015-2021 yılları arasında PAH tanısı almış ve takip edilmiş 692 hasta incelendi. Hastalar VKİ değerlerine göre iki gruba ayrıldı: Düşük VKİ ($<26.92 \text{ kg/m}^2$) ve yüksek VKİ ($\geq 26.92 \text{ kg/m}^2$). Demografik özellikler, komorbiditeler, laboratuvar parametreleri ve ekokardiyografik bulgular karşılaştırıldı. Mortaliteye etki eden faktörler univariate ve multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 692 hastanın 363'ü düşük VKİ, 329'u ise yüksek VKİ grubunda yer aldı. Düşük VKİ grubunda kadın oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0.009$). Kronik böbrek hastalığı (KBH) düşük VKİ grubunda daha yaygın olup ($p < 0.001$), bu grupta kreatinin seviyeleri daha yüksekti ($p = 0.011$). Yüksek VKİ grubunda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0.044$). Düşük VKİ grubunda uzun dönem mortalite oranı anlamlı olarak daha yüksekti ($p = 0.001$). Univariate analizde yaş ($p < 0.001$), kadın cinsiyet ($p < 0.001$), diyabetes mellitus (DM) ($p = 0.002$), koroner arter hastalığı (KAH) ($p = 0.034$), düşük LVEF ($p < 0.001$), KBH ($p < 0.001$), düşük hemoglobin düzeyi ($p < 0.001$), yüksek CRP düzeyi ($p = 0.001$) ve düşük VKİ ($p = 0.002$) mortalite ile anlamlı ilişkili bulundu. Multivariate analizde ise yaş ($p < 0.001$), DM ($p < 0.001$), düşük LVEF ($p < 0.001$), KBH ($p = 0.001$) ve düşük hemoglobin düzeyi ($p = 0.012$) bağımsız prediktörler olarak belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma, endovasküler tedavi uygulanan PAH hastalarında düşük VKİ'nin yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak, multivariate analizde VKİ'nin bağımsız bir prediktör olarak belirlenmemesi, düşük VKİ'nin altta yatan diğer komorbiditeler ve genel sağlık durumu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Düşük VKİ, özellikle KBH ve malnütrisyon gibi durumların bir göstergesi olabilir. Literatürde, PAH hastalarında VKİ'nin prognostik rolüne ilişkin çelişkili bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalar, obezitenin koruyucu bir faktör olabileceğini öne sürerken, diğerleri düşük VKİ'nin kötü prognoz ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.

VKİ'nin bağımsız bir prognostik faktör olarak değerlendirilmesi için VKİ'nin yanı sıra beslenme durumu, kas kütlesi ve komorbiditelerin de detaylı olarak değerlendirildiği geniş örneklemli prospektif çalışmalar, bu ilişkinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Endovasküler tedavi, mortalite, periferik arter hastalığı, vücut kitle indeksi

Düşük ve Yüksek Vücut Kitle İndeksine Sahip Hastaların Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Karşılaştırılması ve Univariate ve Multivariate Analizlerde Mortaliteye Etki Eden Faktörler

Parametreler	Düşük VKİ (n =363)	Yüksek VKİ (n =329)	Tüm Hastalar (n=692)	P Value
Yaş	61.76±10.35	61.44±9.57	61.61±9.98	0.672
Kadın Cinsiyet, n (%)	76(20.9)	44(13.4)	120(17.3)	0.009
Kalp hızı (dk)	87.61±18.44	86.92±17.56	87.29±18.02	0.615
Sistolik Kan basıncı (mmHg)	129.07±14.93	128.73±14.53	128.91±14.73	0.759
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)	80.13±9.97	79.33±9.26	79.75±9.64	0.277
Sigara içme, n (%)	228(63.2)	211(64.3)	439(63.7)	0.749
Diabetes mellitus, n (%)	163(44.9)	139(42.2)	302(43.6)	0.482
Hipertansiyon, n (%)	203(55.9)	187(56.8)	390(56.4)	0.808
Koroner Arter Hastalığı, n (%)	199(54.8)	177(53.8)	376(54.3)	0.788
Hiperlipidemi, n (%)	174(47.9)	179(54.4)	353(51.0)	0.089
Serebrovasküler Hastalık, n (%)	26(7.2)	31(9.4)	57(8.2)	0.280
Kronik Böbrek Hastalığı, n (%)	143(39.4)	40(12.2)	183(26.4)	<0.001
Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu (LVEF), %	52.49±11.70	54.19±10.19	53.30±11.03	0.044
Kreatinin (mg/dL)	1.0(0.86-1.23)	0.96(0.81-1.13)	0.97(0.82-1.20)	0.011
Hemoglobin, g/L	13.45±2.69	13.47±2.54	13.46±2.62	0.906
Glukoz (mg/dl)	150.62±69.66	144.05±69.79	147.50±69.74	0.261
Beyaz Kan Sayımı, (WBC) 10 ⁶ /L	8.74±1.45	8.78±1.37	8.76±1.41	0.696
Total Kolesterol, mg/dL	198.94±48.46	197.26±44.30	198.14±46.51	0.636
LDL-C, mg/dL	121.49±40.14	121.78±39.76	121.63±39.93	0.924
HDL-C, mg/dL	38.61±6.94	38.38±7.72	38.50±7.31	0.690
Trigliserid, mg/dL	156(110-209)	168(118-227)	163(115-219)	0.207
CRP(mg/dL)	3.61(1.28-8.47)	2.91(1.17-8.0)	3.19(1.20-8.15)	0.309
TASC II, n(%) AB CD	233(64.2) 130(35.8)	212(64.4) 117(35.6)	445(64.3) 247(35.7)	0.945
Mortalite, n(%)	96(26.4)	54(16.4)	150(21.7)	0.001
	Univariate analysis	Univariate analysis	Multivariate analysis	Multivariate analysis
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Yaş	1.10(1.08-1.13)	<0.001	1.10(1.07-1.14)	<0.001
Kadın Cinsiyet	2.66(1.74-4.08)	<0.001	1.42(0.78-2.58)	0.240
Sistolik Kan Basıncı	1.00(0.99-1.01)	0.544		

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Diyabetes Mellitus	1.76(1.22-2.54)	0.002	2.60(1.53-4.40)	<0.001
Hipertansiyon	1.16(0.80-1.68)	0.407		
KAH	1.49(1.03-2.16)	0.034	1.11(0.66-1.87)	0.678
SVO	1.75(0.97-3.17)	0.061		
LVEF	0.94(0.92-0.95)	<0.001	0.95(0.93-0.97)	<0.001
KBH	4.50(3.06-6.62)	<0.001	2.66(1.52-4.63)	0.001
Hemoglobin	0.85(0.79-0.91)	<0.001	0.88(0.80-0.97)	0.012
Total Kolesterol	0.99(0.99-1.00)	0.361		
CRP	1.31(1.11-1.55)	0.001	1.00(0.99-1.01)	0.126
VKi	0.54(0.37-0.79)	0.002	0.92(0.54-1.59)	0.787

Kısaltmalar: VKİ: Vücut Kitle İndeksi; LVEF: Left Ventricular Ejection Fraction; WBC: White Blood Cells (106/L), LDL-C: Low-Density Lipoprotein Cholesterol (mg/dL), HDL-C: High-Density Lipoprotein Cholesterol (mg/dL), KAH: Koroner Arter Hastalığı; SVO: Serebrovasküler Olay; KBH: Kronik Böbrek Hastalığı; CRP:C-reaktif protein, TASC II: TransAtlantic Inter-Society Consensus-II. Veriler ortalama $\pm$ SD veya n (%) olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık p değerinin 0,05'ten küçük olması olarak kabul edilir.

[SS-010]

ST Segment Yükselmesi Olmayan Miyokard Enfarktüsü Hastalarında Yeni Bir Prognostik Belirteç: CALLY İndeksi

Selim Aydemir¹, Sıdar Şiyar Aydın²

¹Erzurum Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Dünya çapında insidansı giderek artan akut koroner sendromlar (AKS) önde gelen morbidite ve mortalite nedeni olmayı sürdürmektedir. Bu nedenle yüksek riskli hastaların erken belirlenmesi ve mortalite tahmini prognostik değerlendirme açısından son derece önemlidir. AKS patogenezinde ve prognozunda inflamasyon ile beslenme durumu önemli rol oynamaktadır. Çeşitli biyobelirteçler bu amaçla daha önce çalışılmıştır. İnflamatuar ve beslenme durumunu değerlendiren yeni bir parametre olan C-reaktif protein, albümin, lenfosit (CALLY) indeksi çeşitli hastalıklarda prognostik değerlendirme amacıyla kullanılmıştır. Bu çalışmada ST segment yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsü (NSTEMI) hastalarında mortalite ile CALLY indeksi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif bir çalışma olan bu çalışmaya NSTEMI tanısıyla yatan hastalar dahil edildi. CALLY indeksi $\text{albumin} \times \text{lenfosit sayısı} / (\text{CRP} \times 10)$ formülü ile hesaplandı. Mortalite ile anlamlı ilişkisi olan parametreler tespit edilerek ve Cox regresyon analizine alındı ve bağımsız prediktörler araştırıldı. Parametrelerin mortaliteyi tahmin etme gücünü değerlendirmek için receiver operating characteristic (ROC) eğrileri çizildi ve eğri altında kalan alan (AUC) hesaplandı. İstatistiksel analiz Windows için SPSS 27.0 İstatistik Paket Programı (SPSS Inc, Chicago, Illinois) kullanılarak yapıldı. 2 taraflı P değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza kriterlere uygun olan 1408 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 64.4 ± 10.1 olup % 64.5'i erkekti. Ortalama takip süresi 574 gündü. Mortalite oranı %2.2 (31 hasta) idi. Mortalite açısından anlamlı parametreler arasında yapılan univariate ve multivariate Cox regresyon analizinde yaş, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hemoglobin, kreatinin ve CALLY indeksi mortalite ile bağımsız ilişkili olarak izlendi. ROC Curve analizinde CALLY indeksinin 0.35 kesme değerinde %71 sensitivite ve %65.9 spesifite ile mortaliteyi öngördüğü ve diğer parametrelerden daha iyi bir öngördücülüğe sahip olduğu izlendi (AUC:0.748, %95 güven aralığı: 0.655-0.842, $p < 0.001$).

Sonuç: Bu çalışmada NSTEMI hastalarında CALLY indeksi ile mortalite arasında anlamlı ve bağımsız bir ilişki izlenmiştir. Düşük CALLY indeksi mortalite artışını öngörmekte olup inflamasyon ve beslenme durumunu değerlendiren parametrelerin birlikte kullanılmasının prognoz tahmininde daha iyi bir performans gösterdiğini göstermektedir. Rutin tetkiklerden basit ve pratik olarak hesaplanabilen bu indeks risk sınıflandırmasında ve prognoz tahmininde faydalı olacak yeni bir parametre olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut Koroner Sendrom, CALLY İndeksi, İnflamasyon, Malnutrisyon, Mortalite

Şekil 2. Mortalite ile Bağımsız İlişkili Olan Parametrelerin Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve Analizi ve Eğri Altındaki Alan (AUC) Değerleri

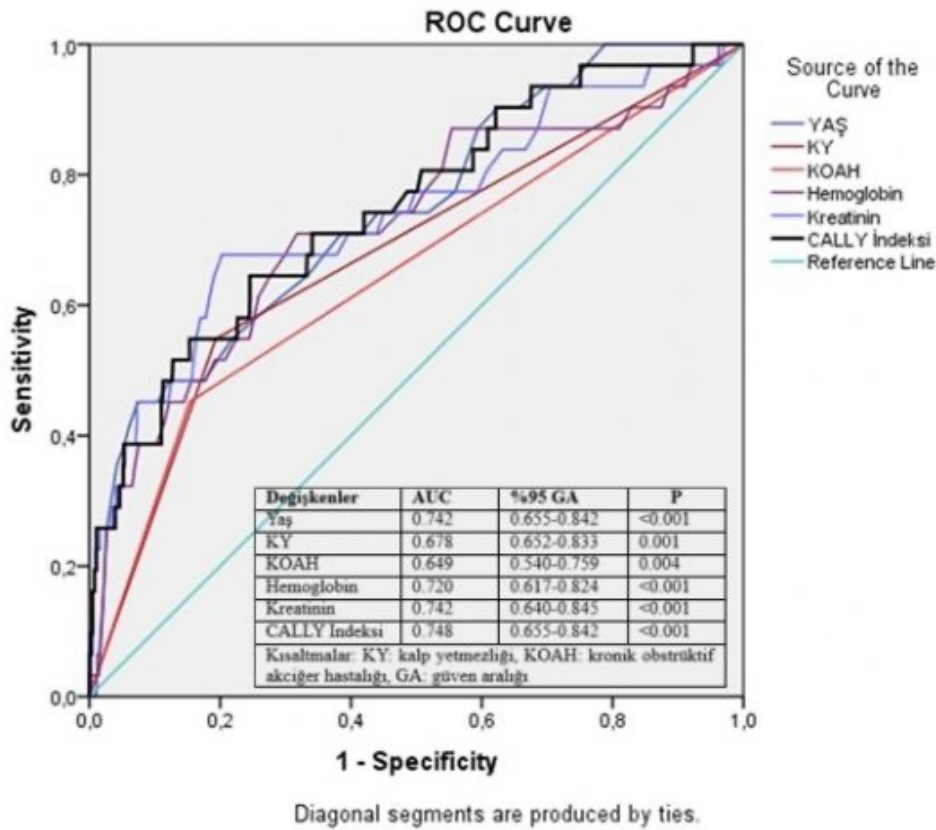


Table 2: Mortalite ile Anlamlı İlişkili Olan Parametrelerin Cox Regresyon Analizi

Değişkenler	Tek Değişkenli HR, %95 GA	P	Çok değişkenli HR, %95 GA	p
Yaş	1.101 (1.061-1.143)	<0.001	1.057 (1.016-1.099)	0.006
AF	2.471 (1.105-5.525)	0.028	0.558 (0.227-1.369)	0.203
KY	4.988 (2.458- 10.122)	<0.001	3.014 (1.375-4.605)	0.006
KOAH	4.171 (2.056-8.461)	<0.001	2.632 (1.258-5.506)	0.010
KBH	6.611 (2.709-16-136)	<0.001	1.044 (0.332-3.279)	0.942
Hb	0.688 (0.596-0.796)	<0.001	0.770 (0.661-0.897)	0.001
Kreatinin	1.536 (1.294-1.823)	<0.001	1.470 (1.112-1.944)	0.007
CALLY indeksi	0.163 (0.064-0.410)	<0.001	0.408 (0.180-0.924)	0.032

Kısaltmalar: AF: atrial fibrilasyon, KY: kalp yetmezliği, KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KBH: kronik böbrek hastalığı, Hb: hemoglobin, HR: hazard ratio, GA: güven aralığı

[SS-011]

Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksi Yüksek Riskli Pulmoner Emboli için Prediktör müdür?

Sefa Tatar, Şener Gür, Ahmet Taha Şahin
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Amaç: Pulmoner emboli (PE), özellikle yüksek riskli hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Bu hastaların erken tanınması, tedavi stratejilerinin yönlendirilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) ile TAPSE/PAB oranının, yüksek riskli PE hastalarını daha düşük risk profiline sahip olanlardan ayırt etmedeki prediktif değerini değerlendirmektir.

Yöntem: 2018 ile 2023 yılları arasında retrospektif kohort tasarımı gerçekleştirilen çalışmaya 50 PE hastası ve 50 kontrol birey dahil edilmiştir. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri kapsamlı şekilde toplanmıştır. SII (trombosit $\times$ nötrofil/lenfosit) ve TAPSE/PAB oranı hesaplanmıştır. PE hastaları, klinik ciddiyet ve ekokardiyografik bulgulara göre yüksek riskli ve yüksek riskli olmayan gruplara ayrılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılıklar ve bu parametrelerin öngörü gücü istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Bulgular: PE hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek SII değerleri (385.7 ± 246.6 vs. 563.2 ± 240.3 , $p=0.001$) ve daha düşük TAPSE/PAB oranları (0.04 ± 0.01 vs. 0.12 ± 0.02 , $p=0.001$) saptanmıştır. PE hastaları içinde yapılan alt grup analizinde, yüksek riskli hastalarda SII düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti (467.5 ± 46.6 vs. 289.7 ± 45.8 , $p=0.01$). Ancak TAPSE/PAB oranı açısından yüksek riskli ve yüksek riskli olmayan PE hastaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (0.04 ± 0.01 vs. 0.05 ± 0.01 , $p=0.26$). Ayrıca, yüksek riskli grupta kalp hızı belirgin şekilde daha yüksekti (112.3 ± 10.1 vs. 93.4 ± 12 , $p=0.001$), bu da hastalık şiddeti ile ilişkili olabilir.

Sonuç: Bu bulgular, SII'nin yüksek riskli PE hastalarının tanımlanmasında umut verici bir biyobelirteç olduğunu ve erken risk sınıflandırmasında değerli olabileceğini göstermektedir. TAPSE/PAB oranı PE hastalarını kontrollerden ayırmada etkili olsa da, yüksek riskli olguların öngörüsünde belirgin bir rolü saptanamamıştır. Bu sonuçların doğrulanması ve SII'nin PE yönetiminde rutin klinik uygulamalara entegrasyonu için daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner emboli, Sistemik immün inflamasyon indeksi (SII), TAPSE/PAB oranı, Yüksek risk sınıflaması

Pulmoner emboli olan ve olmayan yüksek riskli hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Yüksek risk (-)	Yüksek risk (+)	P değeri
Yaş	56.7±18.5	60.6±15.3	0.4
Cinsiyet --Kadın --Erkek	11 (47.8) 12 (52.2)	14 (51.9) 13 (48.1)	0.5
DM	6 (26.1)	7 (25.9)	0.8
HT	8 (34.8)	14 (51.9)	0.4
Üre	46.2±25.5	52.2±30.4	0.46
Kreatin	1.03±0.35	1.1±0.39	0.5
Sodyum	138±2.8	137.5±5.1	0.6
Potasyum	4.65±0.55	4.3±0.65	0.07
WBC	11.1±3.8	12.7±4.1	0.16
Nötrofil	8.4±3.2	9.1±4.1	0.5
Lenfosit	1.68±0.88	2.3±1.4	0.07
PLT	261±133	282±120	0.5
Hemoglobin	12.6±2.1	13±2.3	0.46
Kalp hızı	93.4±12	112.3±10.1	0.001
EF	55.6±9.4	56.6±4.8	0.62
PAB	45±13.6	50.5±20.9	0.27
RV SM	11.3±2.4	11±1.5	0.5
TAPSE	1.85±0.27	1.76±0.27	0.27
TAPSE/PAB	0.05±0.01	0.04±0.01	0.26
SII	289.7±45.8	467.5±46.6	0.01

AuthorToEditor: Sayın hocalarım; Doçentlik için sözlü bildiri ihtiyacım bulunmaktadır, bu konuda desteğinizi rica ederim. Saygılarımla

[SS-012]

Yoğun trombotik yük ile seyreden STEMI olgusunda tirofibanın etkinliği: Başarılı bir kurtarma tedavisi

Özgür Can Usta, Ahmet Öz, Şölen TAŞLIÇUKUR

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Tirofiban, glikoprotein IIb/IIIa reseptör inhibitörü olan küçük moleküllü bir tirozin türevidir. Özellikle yüksek trombüs yükü ile seyreden ST elevasyonlu miyokart enfarktüsü (STEMI) olgularında, kurtarma tedavisi olarak etkili olduğu gösterilmiştir. Bu bildiride, sağ koroner arterde (RCA) yoğun trombüs yükü bulunan bir STEMI hastasında tirofiban infüzyonu sonrası belirgin trombüs rezorpsiyonu ve başarılı perkütan girişimle sonuçlanan dikkat çekici bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta, dış merkezde pnömotoraks tanısıyla yatar haldeyken ani başlayan göğüs ağrısı ile merkezimize yönlendirildi. EKG'de inferior derivasyonlarda ST elevasyonu saptandı. Anjiyografide RCA mid segmentinde yoğun trombüs yığını izlendi. Hastaya 180 mg tikagrelor yüklendi, 5000 IU heparin uygulandı ve tirofiban bolus doz sonrası 24 saat süreyle intravenöz infüzyon başlandı. Aynı seansta sol ana koroner arter distalinde de trombüs saptandı ancak akım bozulmamıştı. Cerrahi konsültasyonda operasyon endikasyonu bulunmayan hasta, yoğun bakımda izleme alındı. 24 saatlik tirofiban infüzyonu sonrasında yapılan kontrol anjiyografide RCA'daki trombüsün büyük oranda gerilediği ve LMCA'daki trombüsün tamamen kaybolduğu görüldü. RCA'daki rezidüel kritik lezyona ilaç kaplı stent uygulandı.

Hastanın ekokardiyografisinde EF %40, lateral, apikal ve inferior duvarda hipokinezi saptandı. Laboratuvar analizinde trombosit sayısının $990.000/\text{mm}^3$ olması üzerine hematoloji görüşüyle hidroksiüre başlandı. Şikayetleri gerileyen, troponin seviyesi düşen ve komplikasyon gelişmeyen hasta, tikagrelor ve hidroksiüre tedavisi ile taburcu edildi.

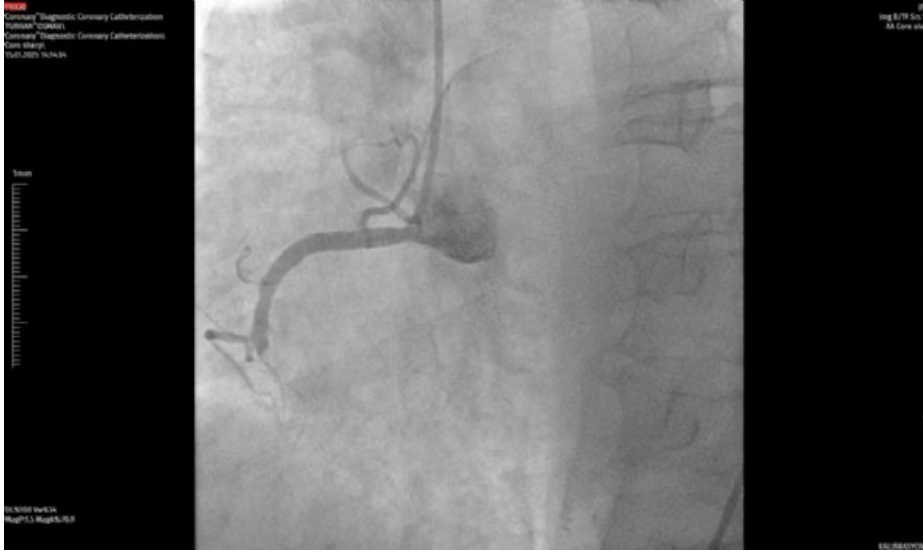
Sonuç: Bu olgu, STEMI hastalarında yoğun trombüs yüküne karşı tirofibanın etkili bir kurtarıcı tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir. Tirofiban infüzyonu sonrası trombüs yükünde belirgin azalma sağlanarak başarılı perkütan girişime zemin hazırlamıştır. Ayrıca, sekonder hematolojik nedenlerin değerlendirilmesi de tedavi planlamasında önemlidir. Bu tür vakalar, tirofibanın klinik etkinliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: angina, stemi, trombüs, tirofiban

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Resim A



SAĞ KORONER ARTER ANJİYOGRAFİK GÖRÜNTÜSÜ, YOĞUN TROMBÜS İMAJI
DİKKAT ÇEKMEKTE

Resim B



RESİM C: arter anjiyografik görüntüsü

[SS-013]

Akut Koroner Sendromda Trombüs Aspirasyonu ve Perkütan Koroner Girişim

Muhammed Ensar Eker, Çağlar Alp

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Akut koroner sendromun patofizyolojik mekanizmaları ani plak rüptürü, fissürler ya da intrakoroner tromboza neden olan yüzeyel erozyonlardır. Daha az görülen diğer mekanizmalar akut plak genişlemesi, emboli, spontan diseksiyon veya koroner inflamasyondur (1). Tromboz tüm akut koroner sendromlarda en yaygın sebeptir (2). ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) koroner arterlerin tam tıkanması sonucu meydana gelir. STEMI vakalarında tedavinin temelinde perkütan koroner girişim veya fibrinolitik tedavi vardır. Güncel kılavuzlarda önemi azalsa da manuel trombüs aspirasyonu, intrakoroner yoğun trombüs varlığında kullanılabilir (3-4). ST elevasyonu ile başvuran miyokard enfarktüsü vakamız yoğun tromboze lezyon olması nedeniyle trombüs aspirasyonu ve sonrasında ilaç kaplı stent yerleştirilmesi ile tedavi edilmiştir.

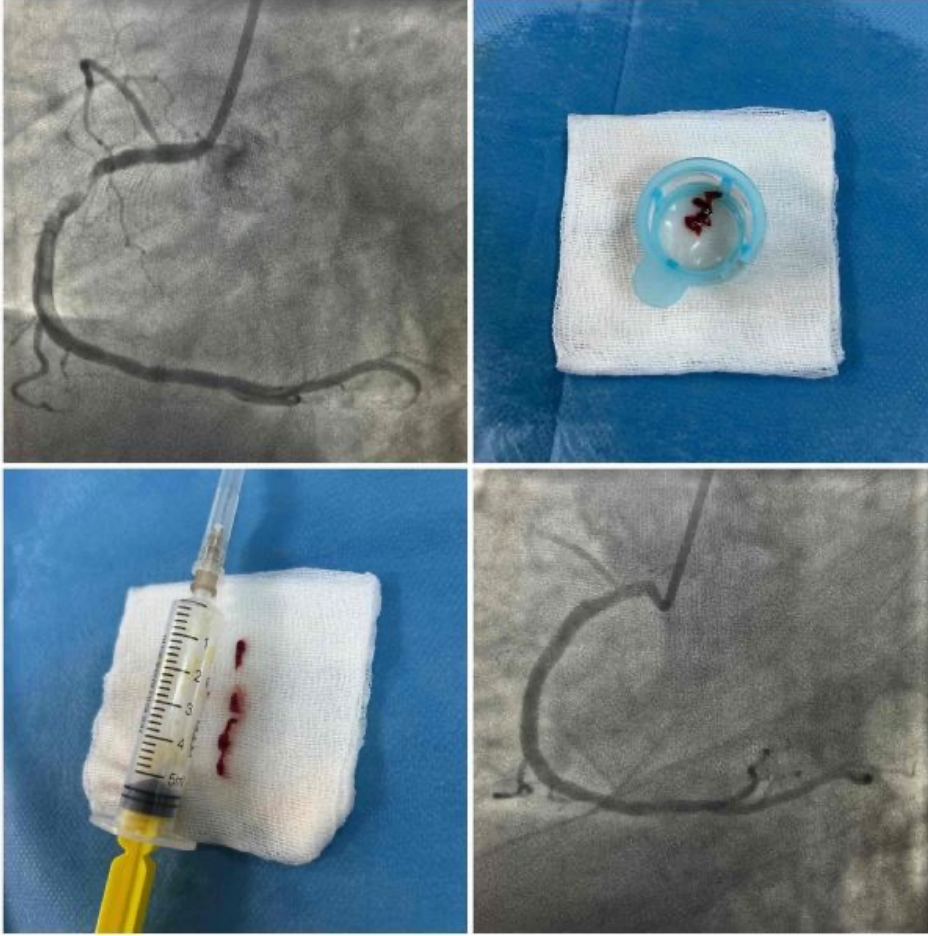
Yöntem: Hastada perkütan koroner girişim kararı (PKG) alındı. 6F JR4 guiding kateter ile sağ koroner ostiumuna oturuldu. 0.014 floppy tel ile lezyon geçildi. Öncelikle tromboze lezyona trombüs aspirasyon yapıldı. Ardından proksimal lezyona 4.0x29mm ilaç kaplı stent implante edildi. Tam açıklık sağlandı. Hasta koroner yoğun bakıma takip amaçlı çıkarıldı.

Bulgular: 54 yaş erkek hasta, bilinen ek hastalığı ve ilaç kullanımı yok. Sıkıştırıcı vasıfta göğüs ağrısı olması nedeniyle dış merkez acil servisine başvuruyor ve çekilen EKG'nin inferior MI ile uyumlu olduğu görüldüğü üzerine acil revaskülarizasyon ihtiyacı nedeniyle hastanemize sevk edildi. Yapılan koroner anjiyografide sol anterior desendan (LAD) arter gövdede %30, D1 arterde %50 darlık, sirkumfleks (Cx) arter gövdede %30 darlık ve sağ koroner arter (RCA) proksimalde %99 tromboze lezyon izlendi.

Sonuç: Yapılan klinik çalışmalarda rutin manuel trombüs aspirasyonunun kullanımı önerilmemektedir. TASTE (Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction) çalışmasına perkütan koroner girişim yapılan STEMI hastaları alınıyor. Çalışmaya alınan 7244 hastanın 3621'i trombüs aspirasyonu koluna, 3623'ü kontrol grubuna randomize ediliyor. Primer sonlanım 30 günde tüm nedenli ölüm. 30 günlük takipte tüm nedenli ölüm trombüs aspirasyonu yapılan kolda %2.8, yapılmayan kolda %3.0 bulundu (hazard ratio, 0.94; 95% CI, 0.72- 1.22; P=0.63). Reinfarktüs ve stent trombozu da iki kolda benzer bulundu. Ancak trombüs yükünün fazla olduğu hastalarda kullanılabileceği belirtilmiştir(3-7). Vakamızda tromboze lezyon varlığı nedeniyle intrakoroner tirofiban yüklemesi yapıldı ardından trombüs aspirasyonu yapıldı ve ilaç kaplı stent yerleştirilerek işlem tamamlandı. Yapılan çalışmalarda ve kılavuzlarda tartışmalı da olsa uygun hasta seçimlerinde trombektomi işleminden fayda sağlanabilir. İşlem sırasında gerekli hastalarda GplIb/ IIIa inhibitörleri ve litik ajanlar kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: AKS, Trombüs Aspirasyon, PKG

Trombüs Aspirasyon



- 1- Sağ koroner arterdeki (RCA) tromboze lezyon 2- Aspire edilen trombüs 3- Aspire edilen trombüs
4- Trombüs aspirasyonu ve ilaç kaplı stent implantasyonu sonrası final görüntü

AuthorToEditor: Kliniğimizde Akut Koroner Sendromda Trombüs Aspirasyonu ve PKG yapmış olduğumuz bir vakayı paylaşmak istedim, simdiden kolay gelsin diyor ve herkese iyi bir kongre diliyorum.

[SS-014]

Success of Fibrinogen/Albumin ratio in detecting contrast nephropathy in heart failure clinical presentations of heart failure patients presenting with STEMI

Sefa Erdi Ömür, Kayıhan Karaman
tokat gaziosmanpaşa üniversitesi

Amaç: Kalp yetersizliği (KY), dünya çapında giderek yaygınlaşan konjestif semptomlar ve yüksek mortalite ve morbiditeye sahip bir sendromdur. Birçok yeni tedaviye rağmen KY, heterojen patofizyolojisi nedeniyle hala açıklanamayan birçok nokta içermektedir. Koroner anjiyografi (CAG) ve perkütan koroner girişimler (PKG), koroner kalp hastalığı için önemli tanı ve tedavi yöntemleridir. Akut ST-segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) 1 veya daha fazla koroner arterin tıkanması sonucu oluşur. Bu durumun mümkün olan en kısa sürede girişimsel işlemlerle tedavi edilmesi önerilir. Tanı ve tedavi amaçlı kullanılan bu girişimsel işlemler sırasında, kontrast madde kullanımına bağlı böbrek fonksiyonunun geri dönüşümlü bir bozukluğu olan kontrast madde kaynaklı nefropati (CIN) gelişebilir. Kontrast madde kaynaklı nefropati, herhangi bir etiyolojik neden olmaksızın kontrast madde verildikten sonraki 3 gün içinde serum kreatinininde bazal değere göre 0,5 mg/dL veya %25 artışla karakterize bir durumdur ve mortalite ile ilişkili istenmeyen bir komplikasyondur. Bu nedenle, PKG'de CIN'yi erken tahmin etmek önemlidir. Fibrinojen/albumin oranı (FAR), inflamasyon yanıtının umut verici bir biyobelirteci olarak ortaya çıkmıştır. Önceki araştırma çalışmaları FAR ve CIN arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ancak, önceki çalışmalar kalp yetmezliğinin klinik sunumları arasındaki FAR farkını değerlendirmemiştir. Bu çalışmada bu durumu değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler: Çalışma retrospektif olarak planlandı. STEMI nedeniyle kardiyoloji acil servisine başvuran ve CIN geliştiren 1015 HF hastası çalışmaya dahil edildi. Hastalar HFrEF (n: 563) ve HFpEF (n: 452) olmak üzere iki gruba ayrıldı ve gruplarda FAR incelendi.

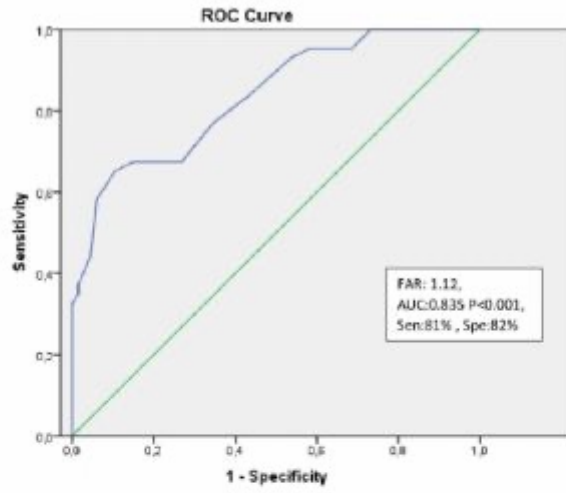
Sonuçlar: Hastaların demografik, ekokardiyografik bulguları ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Albümin, HFrEF grubunda HFpEF grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Fibrinojen, troponin, NT-proBNP ve FAR ise HFrEF grubunda diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Ekokardiyografik bulgulara LAVI, LVDD ve LA boyutu HFrEF grubunda HFpEF grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. İlaç tedavisinde ACE/ARB, beta bloker, spironolakton ve digoksin kullanımı HFrEF grubunda HFpEF grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Kontrast nefropatisinin bağımsız öngörücüleri multivariate analizde incelendiğinde FAR (OR: 1.488, CI%95: 1.007-1.553, p<0.001) kalp yetersizliği hastalarında bağımsız öngörücü olarak bulundu (Şekil 1). Şekil 2'deki ROC eğrisinde, STEMI sonrası CIN gelişen kalp yetmezliği hastalarında FAR ile CIN gelişimi için FAR skorunun kesme değeri %81 duyarlılık ve %82 özgüllük ile 1.12 olarak belirlendi (AUC=0.835 CI95=0.703-0.952, p<0.001).

Sonuç: FAR, STEMI ile başvuran kalp yetmezliği hastalarında CIN oluşumu için bağımsız bir risk faktörüdür. Kan parametrelerinden kolayca ve ucuza hesaplanabilen bu parametrenin, STEMI ile başvuran hastalarda CIN'in öngörücü değeri açısından incelenmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: fibrinojen/albumin oranı, ST-segment yükselmeli miyokard enfarktüsü, kontrast kaynaklı nefropati, HFrEF, HFpEF

Kontrast kaynaklı nefropati gelişen hastalarda KY'nin bağımsız öngörücüleri

STEMI sonrası CIN gelişen kalp yetmezliği hastalarında fibrinojen/albumin oranı (FAR) ile CIN gelişiminin tahminini gösteren ROC eğrisi



Şekil 2. STEMI sonrası CIN gelişen kalp yetmezliği hastalarında fibrinojen/albumin oranı (FAR) ile CIN gelişiminin tahminini gösteren ROC eğrisi

Grupların demografik, laboratuvar, ekokardiyografik, elektrokardiyografik ve ilaç tedavilerinin karşılaştırılması

değişkenler	HFpEF (n:452)	HFrEF (n:563)	p
Yaş (yıl)	67.3±11.2	68.2±11.6	0.663
kadın cinsiyet (n%)	173 (38.27)	215 (38.18)	0.472
BMI kg/m2	29.66±3.2	22.33±1.27	0.003
KAH (n,%)	162 (35.84)	198 (35.16)	0.557
İnme (n,%)	17 (3.76)	16 (2.84)	0.227
Diabetes mellitus (n,%)	258 (57.07)	321 (57.01)	0.483
Hipertansiyon (n,%)	280 (61.94)	345 (61.27)	0.123
Hiperlipidemi (n,%)	153 (33.84)	188 (33.39)	0.768
Sigara içiciliği (n,%)	92 (20.35)	113 (20.07)	0.467
Atrial Fibrilasyon (n,%)	203 (44.91)	182 (32.32)	0.002
Laboratuvar bulguları			
Glukoz (mg/dl)	139.52 ± 13.8	137.80 ± 12.5	0.491
Pre-precudural kreatinin (mg/dl)	1.13 ± 0.55	1.18 ± 0.60	0.087
Post-precudural kreatinin (mg/dl)	1.65±0.43	1.67±0.48	0.079
BUN (mg/dL)	55.51 ± 12.03	54.49 ± 13.1	0.673
Sodyum (mmol/L)	136.2 ± 3.11	135.12± 3.17	0.274
Potasyum (mmol/L)	4.67 ± 1.19	4.61 ± 1.13	0.059
Albumin (g/dL)	3.26 ± 1.1	2.23± 0.16	<0.001

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Fibrinojen (g/L)	4.27±1.3	4.32±0.96	<0.001
ALT (U/L)	26.32±6.1	25.23±5.4	0.559
AST (U/L)	32.44±5.8	33.52±5.3	0.673
TSH(μIU/ml)	1.62±0.3	1.61±0.27	0.152
T4 (μIU/ml)	1.02±0.2	0.96±0.1	0.340
Hemoglobin (g/dl)	12.11± 1.08	12.06 ± 1.24	0.237
WBC (x103/μl)	10.13 ± 1.04	9.99± 1.86	0.596
LDL-kolesterol (mg/dl)	124.16±13.1	128.12±12.3	0.555
HDL-kolesterol (mg/dl)	32.56±7.6	31.45±6.4	0.088
Triglyceride, (mg/dl)	252.14±33	254.18±35	0.113
Troponin (ng/mL)	438.25±22.3	547.57±21.8	<0.001
NT-proBNP (pg/ml)	687.37 ± 55.7	795.59 ± 61.37	<0.001
FAR	1.29±0.11	1.93±0.10	<0.001
Ekokardiyografik bulgular			
LVEF (%)	53.32±2.14	35.44±2.17	<0.001
LVDD (mm)	49.12 ± 3.1	53.71 ± 3.4	<0.001
LVSD (mm)	42.86 ±2.8	43.44± 2.5	0.097
LA çapı (mm)	46.99±3.7	48.63±3.9	0.026
LAVI (ml/m2)	43.2±3.2	45.40±2.8	0.031
LVPWT (mm)	11.1 ± 2.7	9.14 ± 0.8	<0.001
IVSD (mm)	11.15 ± 0.9	9.18 ± 0.7	<0.001
medikal tedavi			
ACE,ARB (n, %)	273 (60.39)	550 (97.69)	<0.001
B bloker (n, %)	302 (66.81)	543 (96.44)	<0.001
Furosemid (n, %)	450 (99.55)	557 (98.93)	0.882
Spironolakton (n, %)	158 (34.95)	401 (71.22)	<0.001
SGLT2 inhibitors (n,%)	387 (85.61)	489(86.85)	0.534
Antikoagülant (n, %)	205 (45.35)	185 (32.85)	<0.001
Digoksin (n, %)	71 (15.70)	121 (21.49)	<0.001
ASA (n, %)	172 (38.05)	215 (38.18)	0.897

[SS-015]

NSTEMI Hastalarında Komorbidite Yükünün Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi ve İnvaziv Stratejilerin Rolü: Charlson Komorbidite İndeksi Temelli Retrospektif Bir Kohort Çalışması

Ufuk Yıldız¹, Emir Renda², Mehmet Baran Karataş³, Ayşe Emre³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: ST segment yükselmesiz miyokard enfarktüsü (NSTEMI) olan hastalarda komorbidite yükünün klinik sonuçlar ve tedaviye karar verme üzerindeki etkisi, giderek artan klinik öneme sahip bir alan olmaya devam etmektedir. Bu çalışma, Charlson Komorbidite İndeksi'nin (CCI) prognostik etkilerini ve komorbidite yüküne dayalı invaziv tedavi stratejilerinin potansiyel faydasını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

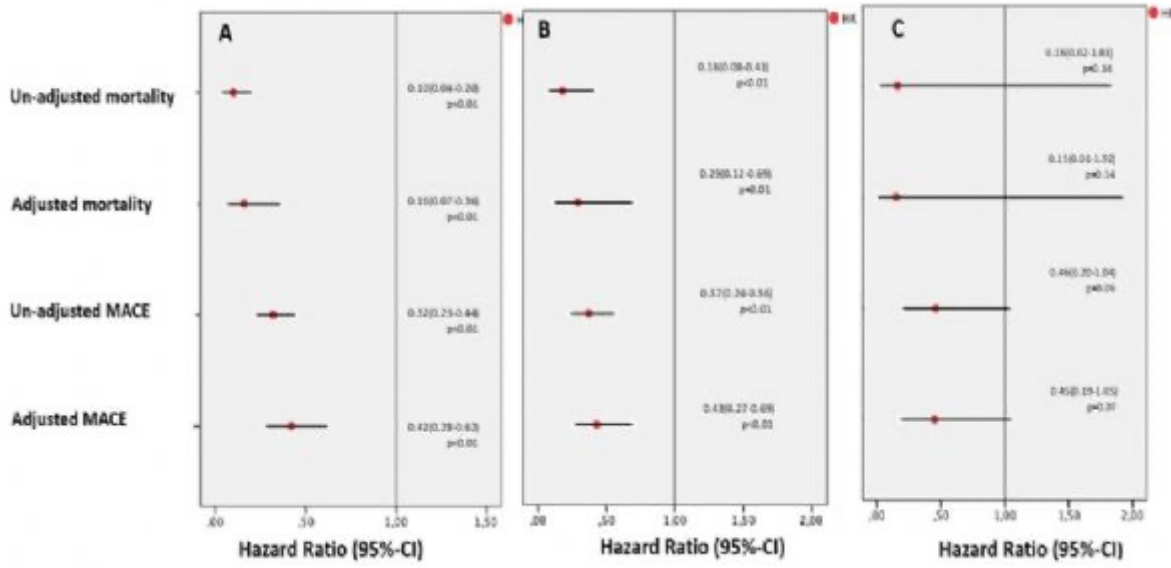
Yöntem: Şubat ve Aralık 2018 tarihleri arasında NSTEMI tanısıyla hastaneye yatırılan 719 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar, Charlson Komorbidite İndeksi (CCI) skorlarına göre iki gruba ayrıldı (CCI ≥ 3 olanlar ve CCI < 3 olanlar). Demografik, klinik, laboratuvar, tedavi ve sonuç verileri analiz edildi. Birincil sonuçlar; mortalite, ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü ve kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatışını içeren, hastane içi ve uzun dönem majör advers kardiyak olaylardı (MACE).

Bulgular: Hastaların %60,8'inde CCI ≥ 3 idi ve bu durum ileri yaş, daha fazla komorbidite (örneğin, hipertansiyon, diyabet, geçirilmiş MI), daha düşük LVEF ve daha yüksek GRACE skorları ile ilişkiliydi. İnvaziv tedavi yöntemleri (koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon), CCI ≥ 3 grubunda anlamlı derecede daha az kullanıldı. Hem hastane içi hem de uzun dönem MACE oranları, CCI ≥ 3 olan hastalarda daha yüksekti ($p < 0,01$) (Tablo -1). Sağkalım analizinde, invaziv tedavi, genel kohortta ve özellikle yüksek komorbidite yükü olan (CCI ≥ 3) hastalarda dahi iyi klinik sonuçlarla ilişkiliydi. Cox regresyon modelleri ise invaziv tedavinin CCI ≥ 3 grubunda mortalite ve MACE'de azalma ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu doğruladı (Şekil 1).

Sonuç: CCI ile değerlendirilen komorbidite yükü, NSTEMI hastalarında olumsuz sonuçların güçlü bir öngörücüsüdür. Yüksek komorbiditesi olan hastalar bile invaziv tedavi stratejilerinden fayda görebilir, bu da komorbid durumun tek başına daha invaziv bir tedavi yaklaşımını engellememesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Charlson Komorbidite İndeksi, invaziv tedavi, komorbidite yükü, NSTEMI

Şekil -1



Cox regresyon modelinde invaziv tedavinin, taburcu sonrası takip süresince; yaş, cinsiyet ve GRACE skoru (≤ 140 'a karşı >140) için düzeltilmiş ve düzeltilmemiş olarak, mortalite ve MACE üzerindeki etkisi: (A) genel hasta popülasyonunda, (B) Charlson Komorbidite İndeksi ≥ 3 olan hastalarda ve (C) Charlson Komorbidite İndeksi < 3 olan hastalarda

Tablo 1

Değişkenler	Toplam (n=719)	CCI ≥ 3 (n=437)	CCI < 3 (n=282)	P değeri
Yaş (yıl)	63.5 $\pm$ 14.2	71.9 $\pm$ 10.1	50.7 $\pm$ 9.1	<0.01
Erkek Cinsiyet, n(%)	461 (64.1%)	248 (56.8%)	213 (75.5%)	<0.01
Hipertansiyon, n(%)	435 (60.5%)	326 (74.6%)	109 (38.7%)	<0.01
KAH hikayesi, n(%)	336 (46.7%)	268 (61.3%)	68 (24.1%)	<0.01
Periferik arter hastalığı, n(%)	25 (3.5%)	24 (5.5%)	1 (0.4%)	<0.01
İnme öyküsü, n(%)	24 (3.3%)	24 (5.5%)	0 (0%)	<0.01
Diyabet, n(%)	298 (41.4%)	241 (55.1%)	57 (20.2%)	<0.01
Dislipidemi, n(%)	326 (45.3%)	183 (41.9%)	143 (50.7%)	0.02
Obezite, n(%)	215 (29.9%)	123 (28.1%)	92 (32.6%)	0.20
Sigara Öyküsü, n(%)	462 (64.3%)	236 (54%)	226 (80%)	<0.01
Ailede MI Öyküsü, n(%)	187 (30%)	106 (28%)	81 (33.3%)	0.15
Başvuru Öncesi Medikal Tedavi				
Asetilsalisilik asit, n(%)	270 (37.5%)	216 (48.1%)	60 (21.3%)	<0.01
Beta-blokörler, n(%)	283 (39.4%)	238 (54.5%)	45 (16%)	<0.01
Statinler, n(%)	178 (24.8%)	138 (31.6%)	40 (14.2%)	<0.01
ACEI/ARB, n(%)	289 (40.2%)	225 (51.5%)	64 (22.5%)	<0.01

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Başvuruda Göğüs Ağrısı, n(%)	588 (81.8%)	325 (74.4%)	263 (93.3%)	<0.01
Killip Sınıflaması ≥ 2 , n(%)	50 (7%)	47 (10.8%)	3 (1.1%)	<0.01
Kalp Hızı (bpm)	82.1 $\pm$ 15.6	82.6 $\pm$ 16.1	81.4 $\pm$ 15	0.34
SKB (mmHg)	136 $\pm$ 20.8	137.1 $\pm$ 21	134.3 $\pm$ 20.5	0.08
ST-segment deviasyonu, n(%)	283 (39.4%)	186 (42.6%)	97 (34.4%)	0.03
Tepe Troponin I (ng/ μ L)	1.05 [6.6]	1.5 [9.4]	0.9 [5.8]	0.01
WBC (th/uL)	9.6 $\pm$ 3.2	9.5 $\pm$ 3.3	9.8 $\pm$ 2.8	0.12
Hemoglobin (g/dL)	13.1 $\pm$ 2.1	12.3 $\pm$ 2	14.1 $\pm$ 1.79	<0.01
Glukoz (mg/dL)	130.2 $\pm$ 58.3	138.5 $\pm$ 60.8	117.2 $\pm$ 51.7	<0.01
Kreatinin (mg/dL)	0.9 [0.4]	1.1 [0.6]	0.8 [0.2]	<0.01
eGFR (mL/dk/1.73m ²)	74.9 $\pm$ 27.7	62.4 $\pm$ 25.5	94.4 $\pm$ 18.1	<0.01
LVEF (%)	48.9 $\pm$ 11.4	45.5 $\pm$ 11.7	54.2 $\pm$ 8.5	<0.01
GRACE Skoru<109, n(%)	382 (53.1%)	124 (28.4%)	258 (91.5%)	<0.01
GRACE Skoru 109-140, n(%)	219 (30.5%)	197 (45.1%)	22 (7.8%)	<0.01
GRACE Skoru >140, n(%)	118 (16.4%)	116 (26.5%)	2 (0.7%)	<0.01
Koroner anjiyografi, n(%)	410 (57%)	152 (34.8%)	258 (91.5%)	<0.01
Çoklu Damar Hastalığı, n(%)	198 (48.4%)	83 (54.6%)	115 (44.7%)	0.05
SYNTAX skor	9 [15]	11 [14.5]	8 [16]	0.07
SYNTAX skor >22, n(%)	73 (19.2%)	31 (23.8%)	42 (16.7%)	0.09
PKG, n(%)	177 (43.2%)	66 (43.4%)	111 (43%)	0.93
PKG ile Tam revaskülarizasyon n(%)	92 (22.5%)	33 (21.7%)	59 (23%)	0.77
CABG, n(%)	56 (13.7%)	16 (10.5%)	40 (15.5%)	0.15
CABG ya da PKG, n(%)	233 (56.8%)	82 (53.9%)	151 (58.5%)	0.36
Hastane İçi Medikal Tedavi				
Asetilsalisilik asit, n(%)	709 (98.6%)	428 (97.9%)	281 (99.6%)	0.06
P2Y12 inhibitörleri, n(%)	694 (96.5%)	427 (97.7%)	267 (95%)	0.06
Beta-blokörler, n(%)	680 (94.6%)	413 (94.5%)	267 (94.7%)	0.92
Statinler, n(%)	673 (93.6%)	403 (92.2%)	270 (95.7%)	0.05
ACEI/ARB, n(%)	604 (84%)	338 (77.3%)	266 (94.3%)	<0.01
Hastane Kalış Süreleri (gün)	4 [3]	5 [4]	4 [2]	<0.01
Hastane içi MACE, n(%)	45 (6.2%)	32 (7.3%)	13 (4.6%)	0.04
Hastane içi ölüm, n(%)	9 (1.3%)	4 (0.9%)	5 (1.8%)	0.31
Reinfarkt, n(%)	2 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.4%)	0.75
Major kanama, n(%)	22 (3.1%)	18 (4.1%)	4 (1.4%)	0.04
Akut Kalp Yetersizliği, n(%)	12 (1.6%)	9 (2.1%)	3 (1%)	0.03
Takip Süresi (gün)	300 [178]	300 [205]	297 [173]	<0.01
Uzun Dönem MACE, n(%)	172 (23.9%)	148 (33.8%)	24 (8.5%)	<0.01
Uzun Dönem mortalite, n(%)	69 (9.6%)	66 (15.1%)	3 (1%)	<0.01
Ölümcül Olmayan MI, n(%)	71 (9.9%)	52 (11.8%)	19 (6.7%)	0.03
KY ile Hastane Yatışı, n(%)	32 (4.4%)	30 (6.8%)	2 (0.7%)	<0.01

Çalışma Hastalarının Temel Özellikleri, Medikal Tedavisi, Tedavi Stratejileri ve Sonuçları

[SS-016]

STEMI Hastalarında FIB-6 Skoru ile Majör Kardiyovasküler Olayların Öngörülmesi: Yeni Bir Fibrozis Skorunun Prognostik Değeri

Bektaş Murat¹, Fatih Enes Durmaz³, Selda Murat²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

³Muş Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Muş

Amaç: Bu çalışmada, karaciğer fibrozunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen FIB-6 skorunun, ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) geçiren hastalarda majör advers kardiyovasküler olayları (MACE) öngörme gücünü değerlendirmeyi amaçladık.

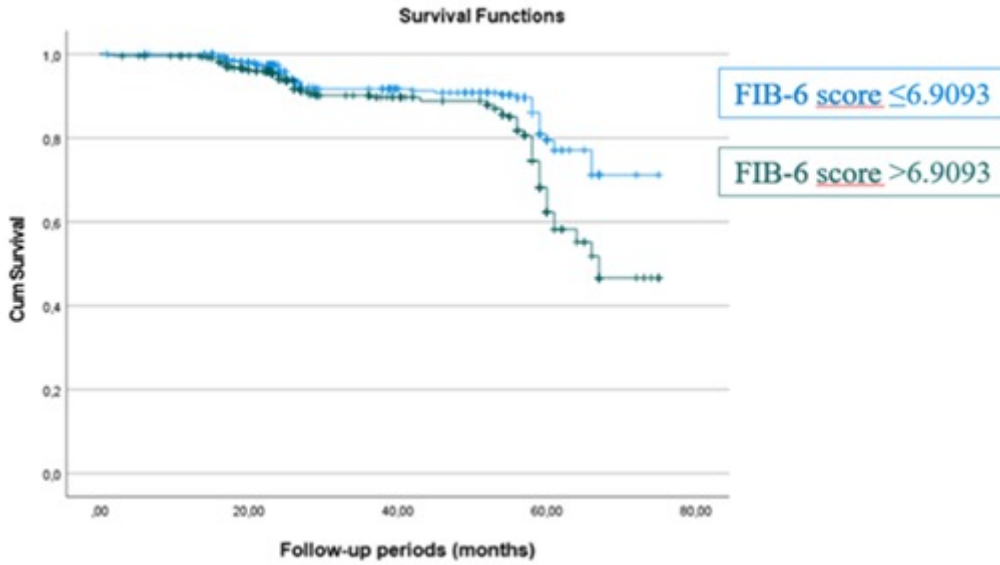
Yöntem: Bu retrospektif, gözlemsel çalışmaya, Temmuz 2016 ile Temmuz 2024 tarihleri arasında primer perkütan koroner girişim (PCI) uygulanan 837 STEMI hastası dahil edildi. Hastane başvurusunda elde edilen laboratuvar verileriyle her hasta için FIB-6 skoru hesaplandı. Hastalar, FIB-6 skorunun medyan değeri olan 6.9093'e göre iki gruba ayrıldı. Birincil sonlanım noktası, majör advers kardiyovasküler olay (MACE) gelişimiydi. MACE; tüm nedenlere bağlı ölüm, inme, non-fatal miyokard enfarktüsü ve kardiyovasküler nedenli hospitalizasyon olarak tanımlandı. Kaplan-Meier analizi ile olaylara kadar sağkalım değerlendirildi. FIB-6 skoru, yaş, AST, ALT, ALP, albümin ve trombosit değerlerine ek olarak bu enzimlerin normal üst sınırları kullanılarak hesaplanmıştır. Skor, <http://fib6.elriah.info/> adresindeki web tabanlı hesaplayıcı ile elde edilmiştir. Bu skora ait geliştirme süreci daha önce yayımlanmış bir çalışmada detaylı biçimde açıklanmıştır

Bulgular: İki grup arasında erkek cinsiyet oranı benzer olup istatistiksel fark göstermedi (77.5% vs. 74.2%, p=0.266). Benzer şekilde diyabet (36.1% vs. 37.2%, p=0.740), hipertansiyon (46.9% vs. 48.7%, p=0.603), koroner arter hastalığı (22.2% vs. 24.6%, p=0.425), atriyal fibrilasyon (1.7% vs. 2.9%, p=0.248) ve sigara öyküsü (52.3% vs. 47.8%, p=0.181) gibi komorbiditeler açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Ancak, kalp yetersizliği öyküsü FIB-6 skoru yüksek olan grupta anlamlı olarak daha fazlaydı (10.7% vs. 6.2%, p=0.019). FIB-6 skoru yüksek olan (>6.9093) hastalar, düşük skora sahip hastalara kıyasla anlamlı şekilde daha yaşlıydı (66.8±11.0 vs. 60.9±9.7, p<0.001) ve daha sık üç damar hastalığına sahipti (24.1% vs. 15.3%, p=0.001). Ayrıca bu grupta albümin daha düşük, AST, ALT, ALP ve TnT daha yüksek saptandı. FIB-6 skoru yüksek olan grupta, tüm nedenlere bağlı ölüm (20.8% vs. 10.5%, p<0.001), inme (3.3% vs. 1.2%, p=0.037), 1 aylık (7.6% vs. 2.6%, p=0.001), 6 aylık (9.3% vs. 3.1%, p<0.001) ve 12 aylık mortalite oranları (12.6% vs. 6.0%, p<0.001) anlamlı olarak daha yüksekti. Kaplan-Meier eğrisinde yüksek FIB-6 grubunda olaylara kadar sağkalım süresi anlamlı şekilde daha kısa izlendi (log-rank p<0.001).

Sonuç: Yeni geliştirilen FIB-6 skoru, STEMI hastalarında MACE gelişimini öngörmede etkili bir prognostik belirteç olarak öne çıkmaktadır. Özellikle erken dönem mortaliteyi öngörmedeki başarısı, bu skoru klinik pratikte değerli kılmaktadır

Anahtar Kelimeler: STEMI, fibrozis-6 index, mortalite

FIB-6 Skoruna Göre Olaylara Kadar Sağkalım (Kaplan-Meier)



Kaplan-Meier eğrisinde yüksek FIB-6 grubunda olaylara kadar sağkalım süresi anlamlı şekilde daha kısa izlendi (log-rank $p < 0.001$).

FIB-6 Skoruna Göre Klinik ve Laboratuvar Özellikler

	(n=418) ≤ 6.9093	(n=419) > 6.9093	p değeri
Yaş (yıl)	60.9 $\pm$ 9.7	66.8 $\pm$ 11.0	<0.001
Erkek cinsiyet, n (%)	324 (77.5)	311 (74.2)	0.266
Diabetes mellitus, n (%)	151 (36.1)	156 (37.2)	0.740
Hypertension, n (%)	196 (46.9)	204 (48.7)	0.603
Previous HF, n (%)	26 (6.2)	45 (10.7)	0.019
Coronary artery disease, n (%)	93 (22.2)	103 (24.6)	0.425
Previous atrial fibrillation, n (%)	7 (1.7)	12 (2.9)	0.248
Smoking, n (%)	224 (52.3)	202 (47.8)	0.181
Systolic blood pressure, mmHg	117.7 $\pm$ 16.3	118.6 $\pm$ 17.1	0.425
Diastolic blood pressure, mmHg	72.7 $\pm$ 12.5	73.6 $\pm$ 17.7	0.936
Heart rate, bpm	76.0 $\pm$ 16.7	73.6 $\pm$ 17.7	0.041
Left main coronary artery, n (%)	48 (11.5)	37 (8.8)	0.204
Left anterior descending artery, n (%)	164 (39.2)	177 (42.2)	0.376
Left circumflex artery, n (%)	166 (39.7)	150 (35.8)	0.243
Right coronary artery, n (%)	170 (40.7)	170 (40.6)	0.977

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

One vessel, n (%)	180 (43.1)	169 (40.3)	0.423
Two vessel, n (%)	115 (27.5)	101 (24.1)	0.001
Three vessel, n (%)	64 (15.3)	101 (24.1)	0.001
Hemoglobin (g/dL)	13.5±2.2	13.5±2.3	0.917
White cell count (10 ³ /mL)	10.9 (9.0-12.5)	10.9 (9.0-13.2)	0.761
Neutrophil count (10 ³ /mL)	6.6 (5.6-9.1)	6.9 (5.8-10.1)	0.043
Lymphocyte count (10 ³ /mL)	1.8 (1.4-2.8)	1.8 (1.3-2.8)	0.262
Platelet count (10 ³ /mL)	285 (230-351)	202 (161-259)	<0.001
Glucose (g/dL)	148±77	153±81	0.386
Total cholesterol (mg/dL)	163±46	163±45	0.952
HDL-C (mg/dL)	41.3±7.4	41.8±7.7	0.366
LDL-C (mg/dL)	113.1±34.6	116.8±36.1	0.136
Triglycerides (mg/dL)	156 (151-199)	156 (151-191)	0.382
Albumin, g/L	40.9±3.7	39.2±4.1	<0.001
ALT, U/L	23.4±10.7	28.7±16.4	<0.001
AST, U/L	23.1±10.4	40.4±14.9	<0.001
ALP, IU/L	58.0±21.8	83.4±40.3	<0.001
Creatinine, mg/dL	1.0 (0.8-1.5)	1.0 (0.9-1.4)	0.668
Peak value of TnT, ng/mL	19805 (9901-29141)	23270 (11892-34907)	0.919
All-cause death	44 (10.5)	87 (20.8)	<0.001
Stroke	5 (1.2)	14 (3.3)	0.037
Non-fatal MI	21 (5.0)	32 (7.6)	0.121
Cardiovascular related hospitalization	60 (14.4)	57 (13.6)	0.754
1-month mortality, n (%)	11 (2.6)	32 (7.6)	0.001
6-month mortality, n (%)	13 (3.1)	39 (9.3)	<0.001
12-month mortality, n (%)	25 (6.0)	53 (12.6)	<0.001

Aşağıdaki tabloda FIB-6 skorunun medyan değeri olan 6.9093'e göre iki gruba ayrılan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırılmıştır

[SS-017]

ST-Elevasyonlu Miyokart Enfarktüsü Tanısıyla Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Akut Böbrek Hasarını Öngörmeye İnflamasyon Tabanlı Prognostik Skorların Karşılaştırılması

Dogac Oksen¹, Muhammed Heja Geçit², Yusuf Abbasov², Neziha Aybuke Geylan², Veysel Oktay²

¹Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İnflamasyon ve beslenme durumuna ilişkin bilgi sağlayan parametreleri içeren risk skorları, cerrahi ve onkoloji alanlarında kullanılmaya başlanmış olup, hastalıkların ortak patogeneze dayanarak kardiyovasküler alandaki çalışmalarda da yer almaktadır. Primer perkütan koroner girişim (pPKG) uygulanan hastalarda çeşitli inflamasyon temelli skorların prognostik değeri gösterilmiştir. Ayrıca, son dönem çalışmalarda düşük beslenme ve inflamasyon skorları ile akut böbrek hasarı (ABH) gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmanın amacı, pPKG sonrası ABH gelişimini öngörmeye inflamasyon ve beslenme temelli prognostik skorların etkinliğini karşılaştırmaktır.

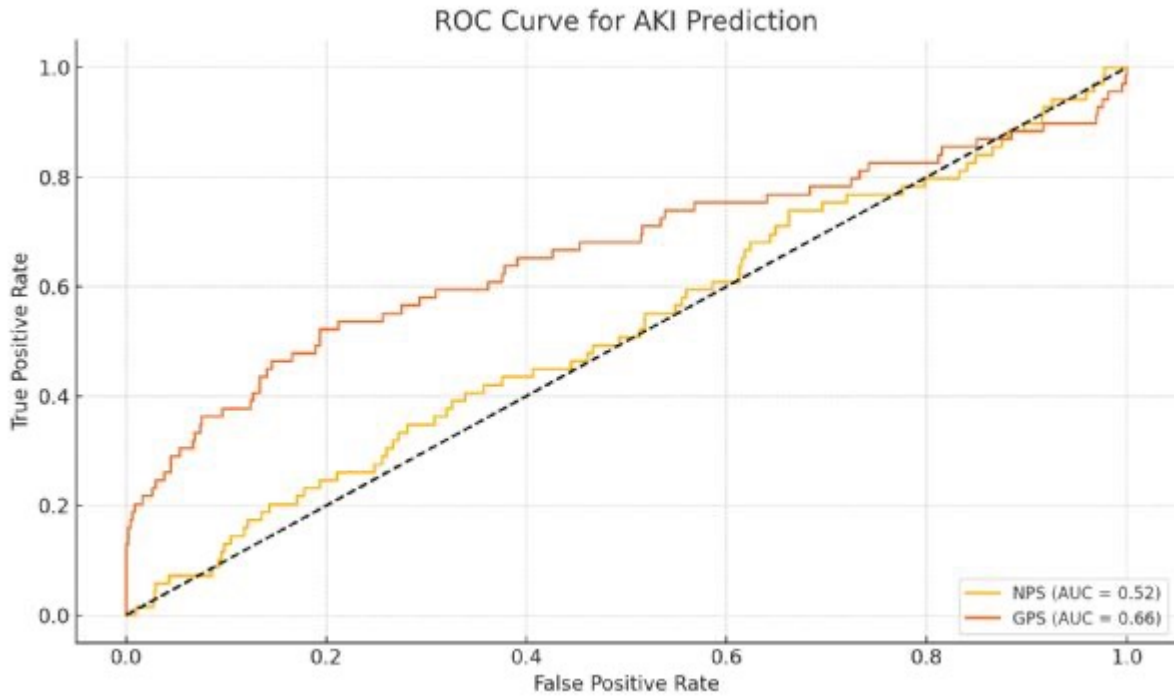
Yöntem: Primer PKG uygulanan 984 ST segment elevasyonlu akut miyokart enfarktüsü (STEMI) hastası retrospektif olarak değerlendirilmiş ve ABH varlığına göre iki gruba ayrılmıştır. İşlemden sonraki 48 saat içinde bazal kreatinin değerine göre 0.5 mg/dl veya %50'den fazla artış gösteren hastalar ABH olarak tanımlanmıştır. Glasgow Prognostik Skoru (GPS), Naples Prognostik Skoru (NPS) ve Prognostik Nutrisyonel İndeks (PNI), ABH gelişen ve gelişmeyen hastalarda hesaplanmıştır. Belirtilen prognostik skorların ABH öngörüsündeki gücü istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 62.3 ± 12.4 yıl olup, %80.9'u (n=797) erkekti. Çalışma grubunun %7'sinde (n=69) ABH gelişti. NPS skoru, ABH grubunda ABH gelişmeyen gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (2.21 ± 1.10 vs. 1.94 ± 0.98 ; $p < 0.001$). Medyan GPS değeri de ABH grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($1 [1-2]$ vs. $1 [0-1]$; $p < 0.006$). PNI değeri ABH ve kontrol grubunda sırasıyla 52.1 ± 8.3 ve 49.6 ± 9.2 olarak hesaplandı ($p = 0.108$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre NPS ve GPS, pPKG sonrası ABH öngörüsünde anlamlı bağımsız prediktörler olarak saptandı (NPS için OR: 1.256, %95 GA: 0.615–0.918; $p = 0.018$, GPS için OR: 2.241, %95 GA: 1.745–3.048; $p = 0.001$). Bu skorlar arasında NPS ve GPS, istatistiksel olarak anlamlı prediktif güce sahipti (AUC: 0.675; $p = 0.028$ ve 0.458; $p = 0.042$, sırasıyla).

Sonuç: pPKG sonrası ABH, hem kısa hem de uzun vadeli mortaliteyi artıran yaygın ve ciddi bir komplikasyondur. ABH, yetersiz beslenme, inflamasyon ve metabolik değişikliklerle ilişkili karmaşık bir klinik tablodur. Önceki çalışmalar, malnütrisyon ile ABH gelişimi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir. Düşük PNI düzeyinin ABH riskini artırdığı ortaya konmuştur. Ayrıca, nötrofil/lenfosit oranı ile ABH arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da NPS ve GPS, pPKG uygulanan STEMI hastalarında ABH ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Dahası, bu skorlar bağımsız prediktörler olarak ABH'yi güçlü bir şekilde öngörmektedir.

Anahtar Kelimeler: primer perkütan koroner girişim, akut böbrek hasarı, Naples prognostik skoru, Glasgow prognostik skoru, prognostik nutrisyonel indeks

Şekil 1: STEMI hastalarında primer PKG sonrası gelişen akut böbrek hasarını öngörmede inflamasyon temelli skorların ROC eğrileri



[SS-018]

GGT/ALT Oranı Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti ile İlişkili midir?

Görkem Yıldız¹, Mert Aker²

¹Yüksek İhtisas Üniversitesi Kardiyoloji AD, Ankara

²Ankara Medicalpark Hastanesi, Kardiyoloji

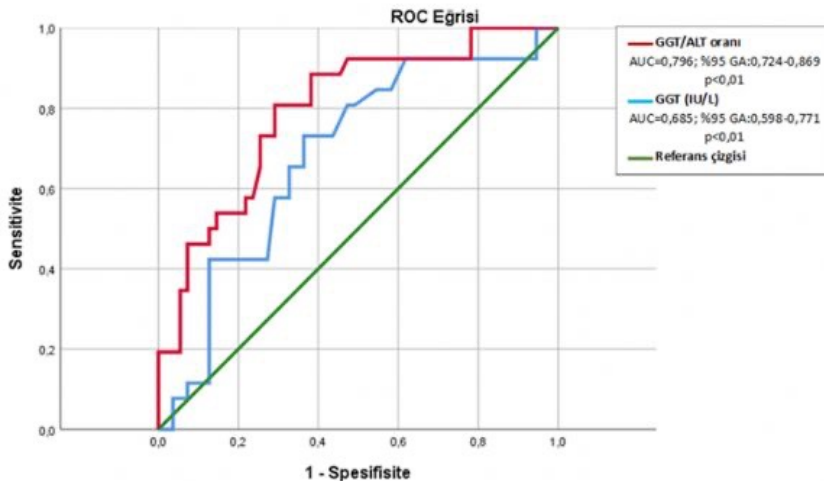
Amaç: Bu çalışmada, akut koroner sendrom (AKS) tanısıyla başvuran hastalarda GGT/ALT oranı ile koroner arter hastalığı ciddiyetini gösteren SYNTAX skoru arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Eylül 2024 – Nisan 2025 tarihleri arasında AKS (STEMI, NSTEMI, USAP) tanısıyla koroner anjiyografi yapılan ve bilinen karaciğer hastalığı ya da koroner by-pass operasyon hikayesi olmayan hastalardan GGT ile ALT düzeyleri ölçülenler retrospektif olarak dahil edildi. GGT/ALT oranı hesaplandı. Koroner lezyon ciddiyeti SYNTAX skoru ile belirlendi. Hastalar, SYNTAX skorları düşük (≤ 22), orta (23-32) ve yüksek (≥ 33) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Bu gruplar arasındaki GGT/ALT oranları karşılaştırıldı. Ayrıca korelasyon ve çok değişkenli regresyon analizleri uygulandı.

Bulgular: Toplam 162 hasta çalışmaya dahil edildi. GGT, GGT/ALT oranı ve yaş ile SYNTAX skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (GGT: $r=0.27$, $p<0.01$; GGT/ALT oranı: $r=0.51$, $p<0.01$; yaş: $r=0.36$, $p<0.01$). SYNTAX skoru yüksek olan grupta GGT/ALT oranı anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.05$). Çok değişkenli analizde GGT/ALT oranı, SYNTAX skorunu bağımsız olarak öngören güçlü faktörler arasında yer aldı ($\beta=0.480$, $p<0.01$).

Sonuç: GGT/ALT oranı, akut koroner sendromlu hastalarda koroner arter hastalığı ciddiyetini yansıtan basit ve kolay erişilebilir bir biyobelirteç olabilir. Bu oran, risk sınıflandırma ve tedavi stratejilerini yönlendirmede yardımcı bir araç olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, GGT, GGT/ALT oranı, Syntax Skoru



AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu Üyesi, Mevcut çalışma akut koroner sendrom tanısı alan hastalarda GGT/ALT oranının syntax skoru ile ilişkisini inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Sonuçları açısından değerlendirildiğinde daha büyük çalışmalara öncülük edebilir. Eğer uygun görürseniz çalışmamızı KVAK gibi kardiyoloji alanında öncül, bilimsel bir kongrede sözel olarak sunmaktan gurur duyacağım. Saygılarımla Görkem Yıldız

[SS-019]

NSTEMI Tanısı Alan Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Kontrast İlişkili Nefropati ile ACEF Skoru Arasındaki İlişki

Abdullah Eren Çetin

Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç ST yükselmesiz miyokard enfartüsü (NSTEMI) kardiyak girişim gerektiren durumlardandır. Kontrast ilişkili nefropati perkütan koroner girişim sonrası görülen komplikasyonlardan biridir. Kontrast ilişkili nefropati hastane kalış süresini uzatmakta, morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Bu nedenle çalışmamızdaki amacımız ACEF skorunun perkütan koroner girişim uygulanan NSTEMI hastalarda kontrast nefropatisi gelişimi ile arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya NSTEMI tanısı almış perkütan koroner girişim uygulanan 173 hasta alınmıştır. Hastalar kontrast nefropatisi (KİN) gelişen ve gelişmeyen hasta grubu olarak ikiye gruba bölündü. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları ve hastaneye ilk yatırıldığı anda alınan venöz kan örneklerinde çalışılan laboratuvar parametreleri kaydedildi. Hastaların ekokardiyografide modifiye Simpson yöntemi kullanılarak ejeksiyon fraksiyonu hesaplandı. 48-72 saat sonra alınan böbrek fonksiyon parametreleri kayıt edildi. Kontrast nefropatisi, kontrast madde verilmesinden 48-72 saat sonra serum kreatinin konsantrasyonunun işlem öncesi değere göre $\geq 25\%$ veya >0.5 mg/dl artmasıdır. Her hastanın yaş, ejeksiyon fraksiyonu ve kreatinin değerleri ile ACEF skoru hesaplandı. (Tablo.1) $ACEF = [Yaş (yıl) / ejeksiyon fraksiyonu (\%)] + 1$ (eğer serum kreatinin >2 mg/dl) formülü ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 173 hastanın 147'si erkektir. 173 hastanın 29'unda kontrast ilişkili nefropati gelişmiştir. KİN gelişmeyen grupta erkek sayısı KİN gelişen gruba göre anlamlı oranda daha fazlaydı (0,001). KİN gelişen grupta hasta yaşı daha ileriydi ($59,34 \pm 14,49$; $p=0,01$). Ek hastalıklar iki grupta benzerdi. Ejeksiyon fraksiyonu KİN gelişen grupta daha düşük olarak görüldü ($44,20 \pm 7,21$ $40,67 \pm 6,78$; $p=0,016$). KİN gelişen grupta ACEF skoru anlamlı derecede daha yüksek olarak hesaplandı ($1,25 \pm 0,38$ $1,50 \pm 0,46$; $p=0,0002$) Sonuç Kontrast ilişkili nefropati gelişen grupta ACEF skoru daha yüksek olarak görüldü. ACEF skoru kontrast ilişkili nefropati gelişimi açısından bize bilgi vermektedir.

Anahtar Kelimeler: NSTEMI, Kontrast ilişkili nefropati, ACEF skoru

Kontrast nefropati gelişen ve gelişmeyen grubun demografisi, ek hastalıkları, laboratuvar parametreleri ve ejeksiyon fraksiyonu karşılaştırması

	KİN gelişmeyen grup (n:144)	KİN gelişen grup (n:29)	P değeri
Cinsiyet erkek, n (%)	128 (88,8)	19 (65,5)	0,001
Yaş, yıl	53,27 $\pm$ 10,72	59,34 $\pm$ 14,49	0,01
Hipertansiyon, n (%)	48 (33,3)	15 (51,7)	0,065
Diyabet, n (%)	32 (22,2)	5 (17,2)	0,551
Koroner Arter Hastalığı, n (%)	8 (5,5)	3 (10,3)	0,584
Ejeksiyon fraksiyonu, n (%)	44,20 $\pm$ 7,21	40,67 $\pm$ 6,78	0,016
Glukoz, mg/dL	167,80 $\pm$ 76,59	154,93 $\pm$ 50,65	0,387
Hemoglobin, g/dL	14,87 $\pm$ 1,40	13,79 $\pm$ 1,78	<0,001
Platelet sayısı, hücre/ μ L	254,09 $\pm$ 66,25	287,65 $\pm$ 86,84	0,020
LDL, mg/dL	132,68 $\pm$ 27,75	135,03 $\pm$ 38,86	0,699
Bazal kreatinin, mg/dL	0,95 $\pm$ 0,66	0,97 $\pm$ 0,49	0,901
48. saat kreatinin, mg/dL	0,90 $\pm$ 0,63	1,41 $\pm$ 0,87	<0,001
Geliş troponin, ng/l	812,34 (3,00-10000)	1771,45 (12,21-10000)	0,032
ACEF Skoru	1,25 $\pm$ 0,38	1,50 $\pm$ 0,46	0,002

[SS-020]

STEMİ Hastalarında Akut Böbrek Hasarının Klinik ve Laboratuvar Belirteçleri: Tek Merkezli Retrospektif Bir Çalışma

Muhammet Mücahit Tiryaki¹, Cemalettin Yılmaz²

¹Muş Devlet Hastanesi

²Yalova Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMİ), akut tedavi gerektiren ve hastane içi komplikasyon riski yüksek bir klinik tablodur. STEMI tedavisinde kullanılan kontrast maddeye bağlı gelişebilecek akut böbrek hasarı (ABH), hastaların prognozunu kötü etkilemekte ve hastane yatış süresini uzatmaktadır. Bu çalışmada, STEMI tanısı ile başvuran hastalarda ABH gelişimini öngörebilecek klinik ve laboratuvar parametrelerinin belirlenmesi amaçlandı.

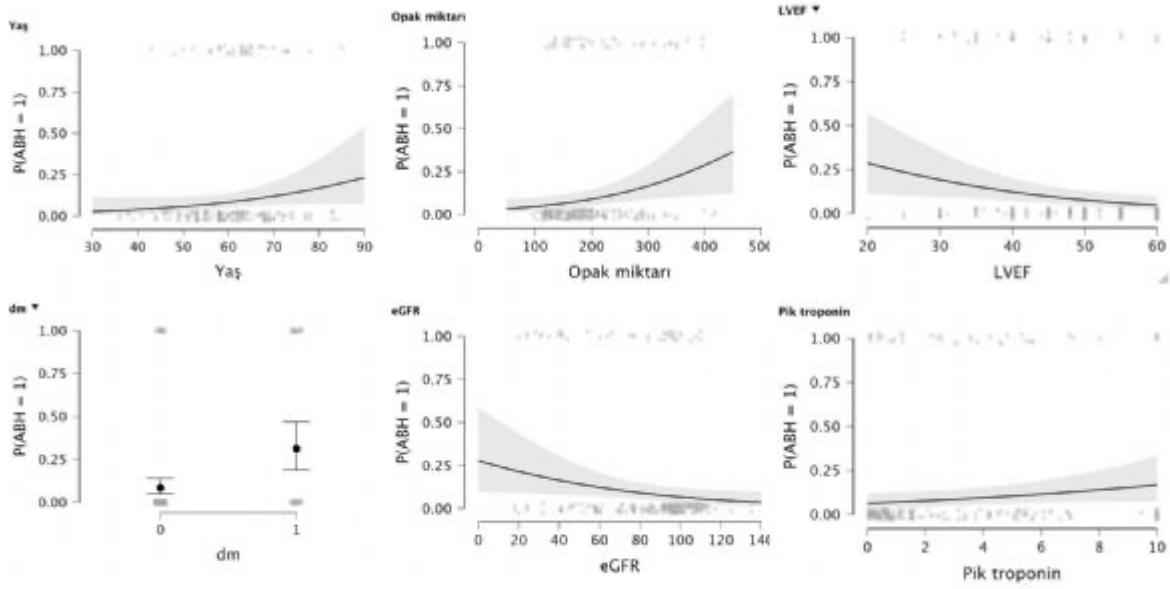
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2024 – Aralık 2024 tarihleri arasında STEMI tanısı ile hastaneye yatırılan 228 hasta dahil edildi. ABH tanısı, kontrast madde uygulanmasını takiben 48 saat içinde serum kreatinin düzeyinde $\geq 25\%$ artış veya ≥ 0.5 mg/dL mutlak artış saptanması şeklinde tanımlandı. Hastalar ABH gelişenler (n=40) ve gelişmeyenler (n=188) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik veriler, laboratuvar parametreleri, kontrast madde miktarı ve ekokardiyografik bulgular karşılaştırıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin ardından, ABH gelişimi ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: ABH gelişen hastalarda yaş (63 [58.8–65.5] vs. 58.5 [55–67] yıl, $p=0.041$), başvuru glukoz düzeyi (232 [164–272] vs. 193 [129–272] mg/dL, $p=0.018$), kullanılan opak madde miktarı (190 [160–290] vs. 170 [140–200] mL, $p=0.001$), pik troponin düzeyi (3.3 [0.9–5.6] vs. 1.1 [0.3–4.5] ng/mL, $p=0.041$) ve diyabet sıklığı (%50 vs. %17.6, $p<0.001$) anlamlı derecede daha yüksekti. Buna karşılık, bu grupta eGFR (80.5 [41–96] vs. 95 [77–102] mL/dk/1.73m², $p<0.001$) ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) (42 [35–50]% vs. 50 [44.5–55]%, $p<0.001$) anlamlı olarak daha düşüktü. Cinsiyet, hipertansiyon, KOAH, SVO, sigara kullanımı, albümin, CRP ve lipid düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, ABH gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulunan faktörler arasında diyabetes mellitus (OR: 4.87, %95 GA: 2.10–11.29, $p<0.001$), opak madde miktarı (OR: 1.007, %95 GA: 1.001–1.013, $p=0.010$), LVEF (OR: 0.948, %95 GA: 0.910–0.989, $p=0.013$) ve eGFR (OR: 0.983, %95 GA: 0.969–0.998, $p=0.026$) yer aldı. Pik troponin ($p=0.070$) ve yaş ($p=0.075$) değişkenleri ise istatistiksel anlamlılık sınırında bulundu. Modelin AUC değeri 0.803 olarak hesaplandı.

Sonuç: STEMI hastalarında ABH gelişimi, klinik seyri kötüleştirebilecek ve hastane yatış süresini uzatabilecek ciddi bir komplikasyondur. Bu çalışmada, diyabetes mellitus, yüksek kontrast madde maruziyeti, azalmış sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve düşük eGFR değerleri ABH gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Bu risk faktörlerinin klinik pratikte erken değerlendirilmesi, yüksek riskli hastalarda koruyucu stratejilerin uygulanmasına katkı sağlayabilir.

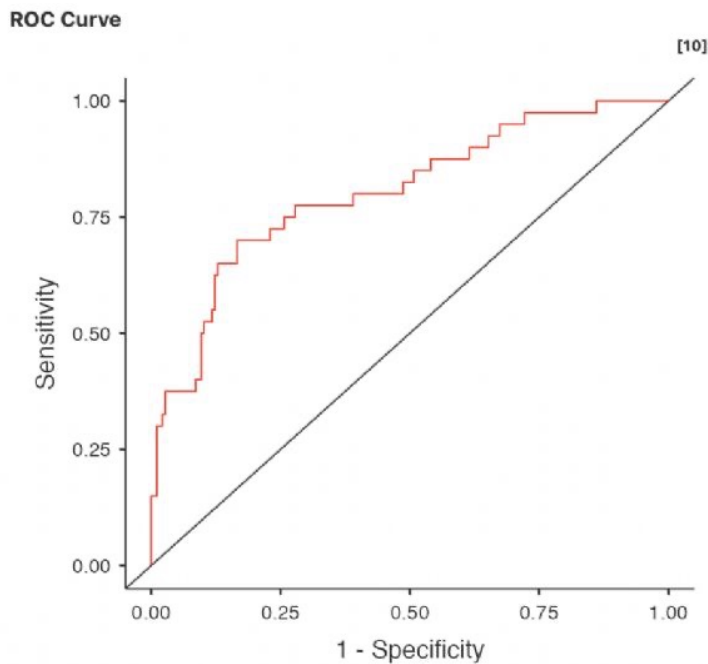
Anahtar Kelimeler: STEMI, Akut Böbrek Hasarı, Kontrast Nefropatisi

Şekil 1.



Şekil 1. Akut böbrek hasarı gelişimi ile ilişkili olan 6 parametrenin çok değişkenli lojistik regresyon modeli içindeki koşullu tahmin (conditional estimates) grafikleri. Her bir grafik, ilgili değişkenin modeldeki tahmini etkisini ve güven aralığını göstermektedir.

Şekil 2



Akut böbrek hasarını öngörmeye yönelik çok değişkenli lojistik regresyon modeline ait ROC eğrisi.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Değişkenler	Akut Böbrek Hasarı (-)	Akut Böbrek Hasarı (+)	p
	n=188	n= 40	
Yaş, (yıl)	58.5 (55-67)	63 (58.8-65.5)	0.041
Cinsiyet, (erkek) n (%)	131 (69.7)	24 (60)	0.233
Hipertansiyon, n (%)	126 (67)	24 (60)	0.395
Diabetes Mellitus, n (%)	33 (17.6)	20 (50)	<0.001
KOAH, n(%)	16 (8.5)	4 (10)	0.762
SVO, n(%)	9 (4.8)	3 (7.5)	0.485
Sigara, n (%)	86 (57.7)	17 (42.5)	0.708
Glukoz (mg/dL)	193 (129-272)	232 (164-272)	0.018
Kreatinin (mg/dL)	0.73 (0.59-0.95)	0.79 (0.65-1.05)	0.128
eGFR (mL/dak/1.73 m ²)	95 (77-102)	80.5 (41-96)	<0.001
Albümin (g/dL)	3.9 (3.6-4.1)	3.7 (3.5-4.1)	0.343
CRP (mg/L)	5.7 (3-14)	5.7 (2.5-15.8)	0.251
WBC (10 ⁹ /L)	9.9 (8.6-12.8)	10.8 (8.5-12.1)	0.516
Hb (g/dL)	12.7 (11.7-13.9)	12.7 (11.8-13.1)	0.193
PLT (10 ⁹ /L)	254.5 (214-298)	290 (222-328)	0.191
Peak Troponin (ng/mL)	1.1 (0.3-4.5)	3.3 (0.9-5.6)	0.041
Total Kolesterol (mg/dL)	191 (154-222)	178 (161-224)	0.965
Opak miktarı, (mL)	170 (140-200)	190 (160-290)	0.001
Kaç damar hastası, n	2 (1-2)	2 (1-3)	0.166
Anterior MI, n(%)	68 (36.2)	14 (35)	0.889
Başvuru SBP, (mmHG)	137 (131-145)	135 (134-140)	0.365
LVEF (%)	50 (44.5-55)	42 (35-50)	<0.001
Multivariable Logistic Regression Analysis (AUC:0.803, AIC: 176, R2: 0.234)	OR	%95 CI (lower-upper)	p
Yaş, (Yıl)	1.040	0.995-1.088	0.075
eGFR (mL/dak/1.73 m ²)	0.983	0.968-0.998	0.026
Peak Troponin (ng/mL)	1.115	0.991-1.256	0.070
Opak miktarı, (mL)	1.007	1.001-1.013	0.010
Diabetes Mellitus, n	4.869	2.100-11.287	<0.001
LVEF (%)	0.948	0.909-0.989	0.013
CRP: C-reaktif protein, DM: Diabetes mellitus, eGFR: Estimated glomerular filtration rate (Tahmini glomerüler filtrasyon hızı),			
Hb: Hemoglobin, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, LVEF: Left ventricular ejection fraction (Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu), PLT: Platelet (Trombosit),			
SBP: Sistolik kan basıncı, SVO: Serebrovasküler olay, WBC: White blood cell count (Lökosit sayısı)			

Akut Böbrek Hasarı (ABH) Gelişen ve Gelişmeyen STEMI Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu, Çalışmamızda, 2024 yılı boyunca primer perkütan girişim uygulanan STEMI hastalarında akut böbrek hasarı gelişimiyle ilişkili klinik ve laboratuvar parametreler incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, hasta yönetiminde risk öngörüsünü artıracı veriler sunmaktadır. İlginiz ve değerlendirmeniz için teşekkür ederim. Saygılarımla, Dr. Muhammet Mücahit Tiryaki Muş Devlet Hastanesi

[SS-021]

Bir Vaka İle Peripartum Kardiyomiyopati Yönetimi

Ali Efe Afşın, Fahrettin Tuğrul Çitekçi, Nihan Kahya Eren

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Peripartum kardiyomiyopati gebeliğin son ayında veya doğum sonrası ilk aylarda gelişen; altta yatan başka bir kalp hastalığı olmaksızın sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ve kalp yetmezliği kliniği ile karakterize nadir fakat mortal seyrebilen bir kardiyomiyopatidir. Bu olguda doğumla birlikte gelişen bir peripartum kardiyomiyopati vakası sunulmuştur.

Olgu: On sekiz yaşındaki 37 hafta 6 günlük gebeliği olan kadın hasta sancı şikayeti ile acil servise başvurdu. Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) Kliniği tarafından acil sezeryan operasyonuna alınan hastanın operasyonda başlayan ve takiplerinde devam eden nefes darlığının olması üzerine hasta tarafımıza danışıldı. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın öz geçmişinde aktif sigara içicisi olduğu görüldü. Hastanın dispne, ortopne ve takipne semptomları mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral 1+ pretibial ödem saptandı. Elektrokardiyografisinde sinüs ritmi olduğu, inferior ve anterior derivasyonlarda t negatifliği olduğu görüldü. Yapılan Transtorasik Ekokardiyografide (TTE); ejeksiyon fraksiyonu (EF) %20, orta derece mitral yetmezliği, orta derece triküspit yetmezliği saptandı. TTE’de sistolik pulmoner arter basıncı 38 mmHg ölçüldü ve sağda daha fazla olmak üzere bilateral masif plevral mayi görüldü. İnferior vena cava çapı 21 mm ölçüldü ve solunum ile kollabe olmadığı gözlemlendi. Hasta peripartum kardiyomiyopati (KMP) tanısı ile kardiyoloji koroner yoğun bakım ünitesine interne edildi.

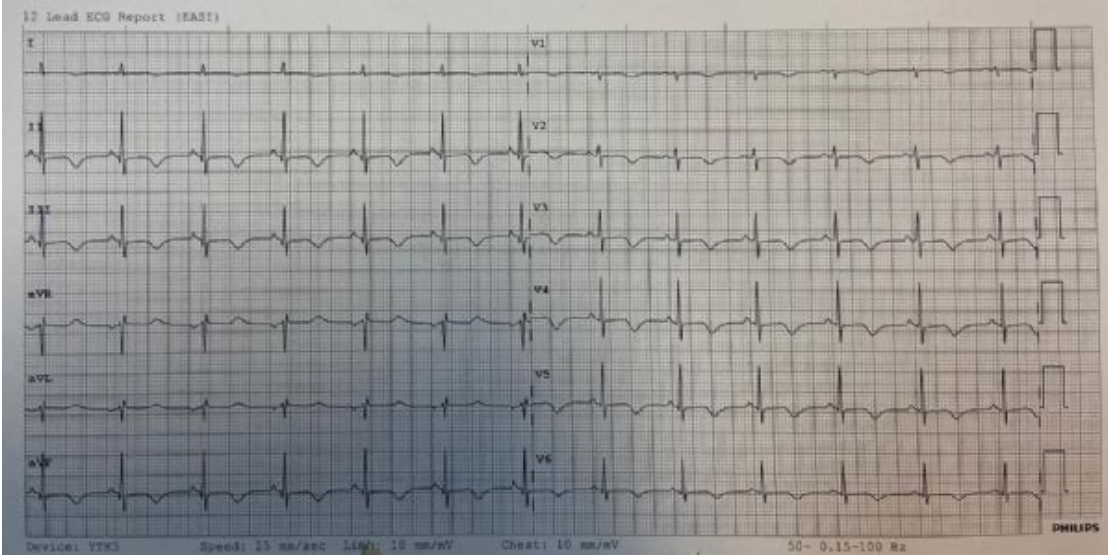
Hastaya intravenöz furosemid, metoprolol 50mg 1x1, spiranolakton 25mg 1x1, bromokriptin 2.5 mg 2x1, enoksaparin 0.6 sc 2x1, empagliflozin 10mg 1x1, enalapril 10mg 2x1 başlandı. KHD kliniğinde takip edilirken derin ven trombozu saptanan hastaya başlanmış olan antikoagülan tedaviye de devam edildi. Hastanın EF’sinin %20 olması, bilateral plevral mayi varlığı, NYHA sınıf 3 olması nedeniyle KHD kliniği ile değerlendirilerek emzirme uygun görülmedi. Hastaya enfeksiyon riski nedeniyle süt sağma planlandı, KHD kliniğinde almakta olduğu oral ampirik sefuroksim tedavisine devam edildi. Furosemid tedavisine rağmen masif plevral mayisi ve solunum sıkıntısı devam eden hastanın sağ hemitoraksına plevral drenaj kateteri yerleştirildi, seröz vasıfta plevral mayi drene edildi. Mayinin biyokimyasal testleri incelendiğinde transuda vasıfta olduğu görüldü, kalp yetmezliğine sekonder gelişen mayi olarak değerlendirildi. Mevcut tedavileri ile klinik rahatlatma gözlenen hasta servis izlemine alındı, takibinde taburculuğu planlandı. Taburculuk öncesi yapılan TTE’de EF’nin biplan Simpson metoduna göre %41’e yükseldiği görüldü. Hastanın taburculuk reçetesi metoprolol 50mg 2x1, spiranolakton 25mg 1x1, bromokriptin 2.5 mg 2x1 (hastanede aldığı tedavi dahil toplamda 2 hafta 2x1 devamında 6 hafta 1x1 olacak şekilde), varfarin tb, empagliflozin 10mg 1x1, enalapril 10mg 2x1, furosemid 40mg 1x1 şeklinde düzenlendi. Hastanın 2 hafta-4 haftalık kontrollerinde şikayetlerinin gerilediği ve NYHA sınıf 1 olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: DOĞUM, EKOKARDİYOGRAFİ, EMZİRME, KARDİYOMİYOPATİ

KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

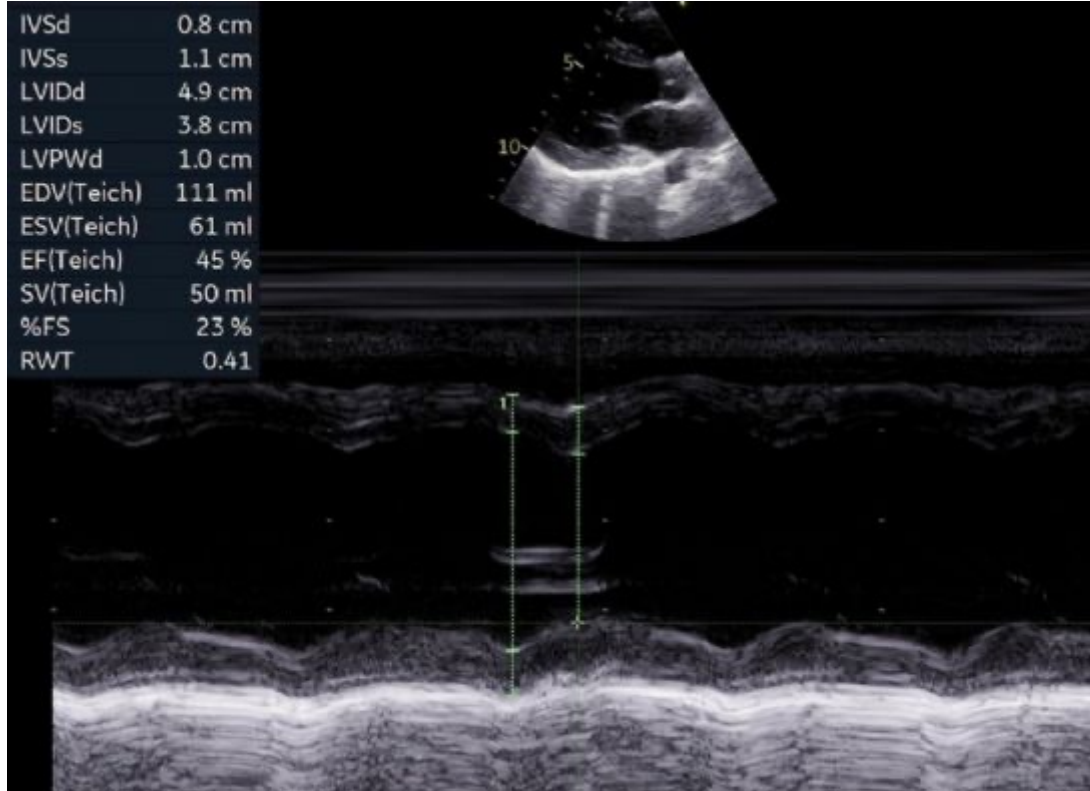
17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

EKG



KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE GÖRÜLEN İLK EKG

KONTROL EKO



TABURCULUK ÖNCESİ KONTROL EKO

[SS-022]

Akut Dekompanze Kalp Yetmezliğinde C-reaktif protein / Albümin ve Nötrofil / Lenfosit Oranlarının Hastane İçi Mortalite İle İlişkisi

Hakan Süygün

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Karaman

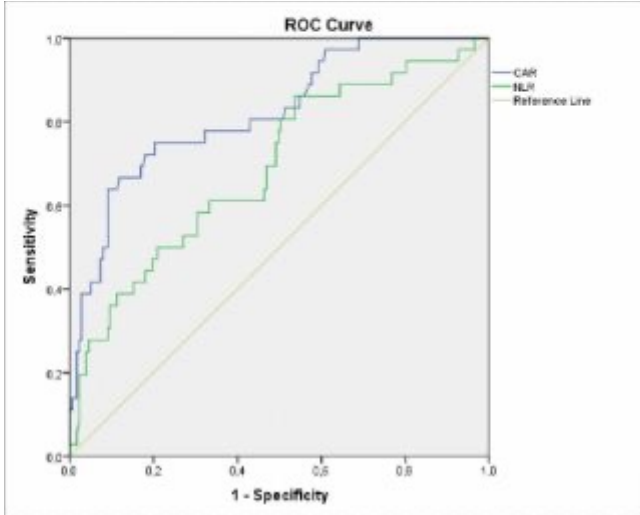
Amaç: Akut dekompanze kalp yetmezliği (ADKY), kalp yetmezliği yönetimi ve tedavisindeki son gelişmelere rağmen yüksek mortalite riski taşımaya devam etmektedir. Son zamanlarda, C-reaktif protein / albümin oranının (CAR) düşük ejeksiyon fraksiyonlu (EF) kalp yetersizliğinde tüm nedenlere bağlı mortaliteyi öngördüğü gösterilmiştir. ADKY ile yatan hastalarda hastane içi mortaliteyi (HİM) öngörmeye CAR ve Nötrofil/Lenfosit oranının (NLR) prognostik değerini araştırmayı hedefledik.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif vaka-kontrol çalışmasında hastanemizde acil servisten ADKY ile yatan 213 hasta değerlendirildi. HİM (36 kişi) ve sağ kalan (177 kişi) iki grup içinde CAR ve NLR hesaplandı. Ayrıca hastaların demografik ve klinik özellikleri ile birlikte diğer laboratuvar verileri ve EF'leri karşılaştırıldı. Normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirildi. Temel özellikler bağımsız örneklem t-testi, Mann-Whitney U testi, ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Mortaliteyi öngörmeye CAR ve NLR için en iyi kesme değerini belirlemek için receiver operating characteristic (ROC) eğrisi analizleri kullanıldı. CAR ve NLR için tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren değişkenler kullanılarak mortalitenin bağımsız öngörücülerini belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ayrı ayrı (model-1 ve model-2) yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0.05 olarak alındı.

Bulgular: Çalışmamızda CAR (3.42 vs 0.87, $p<0.001$) ve NLR (8.28 vs 3.80, $p<0.001$) HİM grubunda belirgin yüksekti. HİM grubunda CRP (26.8 vs 7.9 mg/L, $p<0.001$), nötrofil (8.7 vs $5.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, $p<0.001$) ve WBC (12.4 vs $9.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, $p=0.001$) anlamlı derecede yüksek, hemoglobin (HG) (10.1 vs 11.6 g/dL, $p=0.005$) ve EF (%33.5 vs %37.1, $p=0.02$) daha düşük saptandı (Tablo 1). CAR mortalite için ROC eğrisi analizinde AUC: 0.81 (%95 GA 0.75-0.87) ile ölüm tahmininde güçlü bir belirteç olarak saptandı (cut-off: 3.1 Sensitivite: %82 Spesifite: %73). NLR için ROC analizi AUC: 0.72 (%95 GA 0.65-0.79 cut-off: 3.8 Sensitivite: %75 Spesifite: %68) olarak görüldü (Şekil 1). Çok değişkenli regresyon analizi CAR dahil model-1'de CAR (OR: 1.62, 95% GA: 1.28-2.05, $p<0.001$), WBC (OR: 1.07, $p=0.026$), EF (OR: 0.96, $p=0.04$) ve HG (OR: 0.75, $p=0.016$) bağımsız öngörücülerdi. NLR dahil model-2'de NLR (OR: 1.23, 95% GA: 1.10-1.38, $p<0.001$), HG (OR: 0.78, $p=0.021$) ve EF (OR: 0.96, $p=0.044$) anlamlı saptandı ve WBC $p=0.102$ ile anlamlılığını kaybetti (Tablo 2). Sonuç: Bu çalışma, ADKY ile yatan hastalarda CAR ve NLR'nin mortalite üzerine etkisini değerlendiren ilk çalışmalardan biridir. CAR ve NLR, ADKY'de hastane içi mortaliteyi bağımsız olarak öngören pratik belirteçler olup CAR >3.1 ve NLR >3.8 olan hastalarda mortalite riski artmaktadır. Bu basit, ucuz ve hızlı parametrelerin klinik pratiğe entegrasyonu, yüksek riskli hastaların erken belirlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut dekompanze kalp yetmezliği, CRP/Albumin oranı, Nötrofil/Lenfosit oranı, İnflamatuvar belirteçler

Şekil 1.



Mortalitenin öngörülmesinde CRP/albumin oranı (CAR) ve Nötrofil/lenfosit oranının (NLR) receiver operating characteristic (ROC) eğrisi

Tablo 1.

	Mortalite (n=36)	Sağ Kalan (n=177)	P değeri
Yaş (yıl)	72.5 ± 10.3	69.1 ± 11.4	0.111 ^A
Cinsiyet (Erkek)	18 (50%)	103 (65.5%)	0.079 ^B
Dişabet	17 (47.2%)	90 (50.8%)	0.442 ^B
Hipertansiyon	21 (58.3%)	92 (51.9%)	0.486 ^B
Hiperlipidemi	19 (52.8%)	86 (48.6%)	0.653 ^B
Sigara	9 (25%)	51 (28.8%)	0.643 ^B
KAH	20 (55.5%)	114 (64.4%)	0.316 ^B
eGFR < 60mL/min	10 (27.7%)	36 (20.3%)	0.443 ^B
Astım/KOAH	5 (13.8%)	29 (16.3%)	0.703 ^B
Atriyal Fibrilasyon	18 (50%)	67 (37.8%)	0.175 ^B
WBC (x10 ⁹ /µL)	12.4 (9.8-15.1)	9.5 (7.2-12.1)	0.001^C
Hemoglobin (g/dL)	10.1 ± 1.8	11.6 ± 1.6	0.005^A
CRP (mg/L)	26.8 (15.2-44.5)	7.9 (3.4-14.3)	0.001^C
Albumin (g/dL)	3.51 ± 0.54	3.61 ± 0.56	0.336 ^A
Nötrofil (x10 ⁹ /µL)	8.7 (6.0-12.1)	5.4 (3.7-7.5)	<0.001^C
Lenfosit (x10 ⁹ /µL)	1.35 (0.8-1.8)	1.36 (0.9-1.8)	0.53 ^C
CAR	3.42 (2.08-5.59)	0.87 (0.40-1.72)	<0.001^C
NLR	8.28 (5.08-14.1)	3.80 (2.42-6.05)	<0.001^C
EF (%)	33.5 ± 8.5	37.1 ± 11.9	0.02^A

Demografik, Laboratuvar ve Ekokardiografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 2.

	Tek Değişkenli OR (95% GA)	p	Model 1 OR (95% GA)	p	Model 2 OR (95% GA)	p
CAR	2.15 (1.68-2.75)	<0.001	1.62 (1.28-2.05)	<0.001	-	-
NLR	1.85 (1.45-2.36)	<0.001	-	-	1.23 (1.10-1.38)	<0.001
WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	1.32 (1.15-1.52)	0.001	1.07 (1.01-1.14)	0.026	1.05 (0.99-1.12)	0.102
EF (%)	0.91 (0.87-0.95)	0.02	0.96 (0.91-0.99)	0.04	0.96 (0.90-0.99)	0.044
HG (g/dl)	0.65 (0.52-0.81)	<0.001	0.75 (0.60-0.95)	0.016	0.78 (0.63-0.96)	0.021

Mortalite İçin Bağımsız Risk Faktörleri İçin Çoklu Regresyon Analizleri

[SS-023]

Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliğinde Komorbiditelerin (Hipertansiyon, Diyabet) Uzun Dönem Prognoza Etkisi

Çağrı Zorlu, Sefa Erdi Ömür

Tokat gaziosmanpaşa üniversitesi tıp fakültesi, kardiyoloji ana bilim dalı, tokat

Amaç: Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (HFpEF) hastalarında hipertansiyon ve diyabet komorbiditelerinin uzun dönem mortalite ve hastaneye yatış üzerine etkisini retrospektif olarak değerlendirmek.

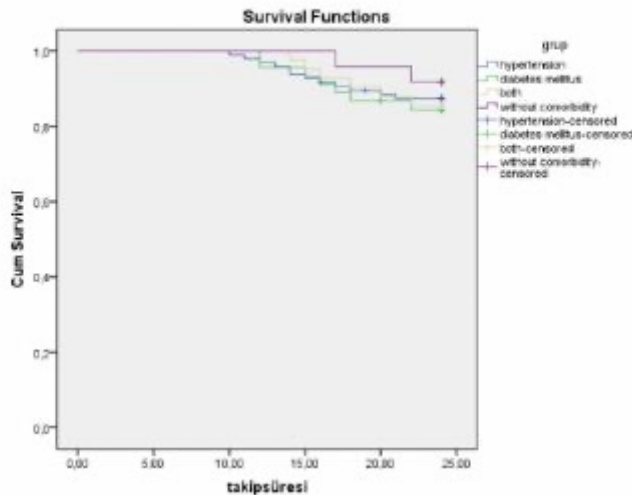
Yöntem: Tek merkezli retrospektif kohort çalışmasına, 2021-2024 yılları arasında HFpEF tanılı (ejeksiyon fraksiyonu ≥ 50 , NYHA Sınıf II-III) 140 hasta dahil edildi. Hastalar, komorbidite durumuna göre gruplandırıldı: hipertansiyon (n=95), diyabet (n=50), her ikisi (n=35) ve komorbiditesiz (n=25). Komorbidite yükü, Charlson Komorbidite İndeksi (CCI) ile değerlendirildi. Primer sonlanım noktası tüm nedenlere bağlı mortalite, sekonder sonlanım noktası kardiyovasküler nedenli hastaneye yatışı. Medyan takip süresi 24 ay idi. Veriler, Kaplan-Meier sağkalım analizi ve Cox orantılı hazard modeli ile analiz edildi.

Bulgular: Hipertansiyon ve diyabetin birlikte bulunduğu grupta 2 yıllık mortalite oranı %18,6 iken, yalnızca hipertansiyonlu grupta %14,7, yalnızca diyabetli grupta %16,0 ve komorbiditesiz grupta %8,0 olarak saptandı (p=0.04). Kardiyovasküler hastaneye yatış oranı, her iki komorbiditenin bulunduğu grupta (%32,8) diğer gruplara kıyasla daha yüksekti (p=0.03). Yüksek CCI skoru (≥ 3), mortalite riskini %40 artırdı (HR: 1.40, %95 GA: 1.02-1.92, p=0.03). Hipertansiyon, hastaneye yatış riskini bağımsız olarak artırdı (OR: 1.55, %95 GA: 1.08-2.22, p=0.02).

Sonuç: HFpEF hastalarında hipertansiyon ve diyabet, özellikle birlikte bulunduğu, mortalite ve hastaneye yatış riskini artırır. Komorbidite yönetimi, HFpEF prognozunu iyileştirmede kritik öneme sahiptir. Multidisipliner yaklaşımlar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği, Korunmuş ejeksiyon fraksiyonu, prognoz

Grafik 1: Kaplan-Meier Sağkalım Eğrisi (Mortalite)



Grafik 1: Kaplan-Meier Sağkalım Eğrisi (Mortalite)

Grafik 2: Kardiyovasküler Hastaneye Yatış Oranlarının Bar Grafiği



Grafik 2: Kardiyovasküler Hastaneye Yatış Oranlarının Bar Grafiği

Tablo 1: Hasta Gruplarının Özellikleri ve Klinik Sonuçları

Özellik	Hipertansiyon (n=95)	Diyabet (n=50)	Her ikisi (n=35)	Komorbiditesiz (n=25)	p-değeri
Yaş (ortalama $\pm$ SD, yıl)	68.4 $\pm$ 8.2	67.8 $\pm$ 7.9	69.2 $\pm$ 8.5	65.5 $\pm$ 7.4	0.12
Kadın cinsiyet, n (%)	52 (54.7%)	28 (56.0%)	20 (57.1%)	12 (48.0%)	0.85
Charlson Komorbidite indeksi (medyan [IQR])	2 [1-3]	2 [1-3]	3 [2-4]	1 [0-1]	<0.001
Koroner arter hastalığı, n (%)	38 (40.0%)	22 (44.0%)	18 (51.4%)	6 (24.0%)	0.04
Atrial fibrilasyon, n (%)	28 (29.5%)	15 (30.0%)	12 (34.3%)	5 (20.0%)	0.09
Laboratuvar Verileri					
NT-proBNP (pg/mL, medyan [IQR])	850 [450-1400]	920 [500-1500]	1100 [600-1800]	650 [350-1000]	0.02
Kreatinin (mg/dL, medyan [IQR])	1.1 [0.9-1.4]	1.2 [1.0-1.5]	1.3 [1.1-1.6]	0.9 [0.8-1.1]	0.01
eGFR (mL/dk/1.73 m ² , ortalama $\pm$ SD)	62.5 $\pm$ 15.2	58.7 $\pm$ 14.8	55.4 $\pm$ 16.1	68.3 $\pm$ 12.9	0.01
Sodyum (mmol/L, ortalama $\pm$ SD)	138.2 $\pm$ 3.5	137.8 $\pm$ 3.8	137.5 $\pm$ 4.0	139.0 $\pm$ 3.2	0.15
Potasyum (mmol/L, ortalama $\pm$ SD)	4.3 $\pm$ 0.5	4.4 $\pm$ 0.6	4.5 $\pm$ 0.6	4.2 $\pm$ 0.4	0.08
AST (U/L, medyan [IQR])	22 [18-28]	24 [19-30]	25 [20-32]	20 [17-25]	0.06
ALT (U/L, medyan [IQR])	20 [16-26]	22 [17-29]	23 [18-30]	19 [15-24]	0.07
TSH (mIU/L, medyan [IQR])	1.8 [1.2-2.5]	1.9 [1.3-2.7]	2.0 [1.4-2.8]	1.7 [1.1-2.3]	0.19
Ekokardiyografi Verileri					
Ejeksiyon fraksiyonu (%), ortalama $\pm$ SD) 55.2 $\pm$ 4.8 54.8 $\pm$ 5.1 54.5 $\pm$ 4.9 56.1 $\pm$ 4.5	55.2 $\pm$ 4.8	54.8 $\pm$ 5.1	54.5 $\pm$ 4.9	56.1 $\pm$ 4.5	0.47
Sol atriyum çapı (mm, ortalama $\pm$ SD)	42.3 $\pm$ 5.6	43.1 $\pm$ 5.8	44.5 $\pm$ 6.1	40.8 $\pm$ 5.2	0.03
Tedaviler, n (%)					
ACEi/ARB/ARNI	80 (84.2%)	40 (80.0%)	30 (85.7%)	18 (72.0%)	0.15
Beta-bloker	70 (73.7%)	36 (72.0%)	28 (80.0%)	16 (64.0%)	0.22
MRA	35 (36.8%)	18 (36.0%)	15 (42.9%)	8 (32.0%)	0.31
Diüretik	65 (68.4%)	34 (68.0%)	25 (71.4%)	14 (56.0%)	0.18
SGLT2 inhibitörü	14 (14.7%)	28 (56.0%)	22 (62.9%)	4 (16.0%)	<0.001
Sonuçlar					
2 yıllık mortalite oranı, n (%)	14 (14.7%)	8 (16.0%)	7 (20.0%)	2 (8.0%)	0.04
2 yıllık kardiyovasküler hastaneye yatış, n (%)	24 (25.3%)	13 (26.0%)	12 (34.3%)	4 (16.0%)	0.03

[SS-024]

Kalp Yetersizliği Hastalarında CHA₂DS₂-VA Skoru ile Mortalitenin İlişkisi

Osman Yasin Yalçın¹, Abdulrahman Naser²

¹Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kırklareli

²Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kırklareli

Amaç: CHA₂DS₂-VA skoru öncelikle atriyal fibrilasyon (AF) hastalarında inme riskini öngörmek için kullanılır, ancak farklı kardiyovasküler hastalıklarda diğer sonuçları da öngörebilir. Bu çalışmada, CHA₂DS₂-VA skorunun kalp yetersizliği hastalarında bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortaliteyi öngörmedeki katkısı araştırılmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışmada kalp yetersizliği tanısı alan 342 hasta (94 kadın, 248 erkek) dahil edilmiştir. Bir yılın sonunda hastalar yaşayanlar ve ölenler olarak iki gruba ayrılmış, klinik özellikleri karşılaştırılmıştır. Mortaliteyle bağımsız ilişkili faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite oranı %25,7 olarak bulunmuştur. Ölen grubun medyan yaşı, inme sıklığı ve medyan CHA₂DS₂-VA skorları yaşayan gruba göre anlamlı şekilde daha yüksekti. Buna karşılık, vücut kitle indeksi (VKİ), ortalama hemoglobin düzeyi ve medyan glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ölen grupta yaşayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Ayrıca ölen grubun karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının da daha kötü olduğu gözlenmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, GFR, CHA₂DS₂-VA skoru ve AST düzeyi, bir yıllık mortaliteyle bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Kalp yetersizliği hastalarında karaciğer fonksiyonu, böbrek fonksiyonu ve CHA₂DS₂-VA skoru, kalp ritminden bağımsız olarak bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortaliteyle ilişkilidir. Özellikle yüksek CHA₂DS₂-VA skoruna sahip hastaların mortalite açısından yüksek risk taşıdığı ve bu hastalarda kapsamlı, multidisipliner bakımın göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: CHA₂DS₂-VA, kalp yetersizliği, mortalite

Tablo 2 Mortalite ile İlişkili Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B Katsayısı	p Değeri	OR (Olasılık Oranı)	%95 GA (Alt)	%95 GA (Üst)
Kadın cinsiyet	-0,519	0,146	0,595	0,296	1,199
VKİ	-0,030	0,412	0,970	0,902	1,043
GFR	-0,016	0,010	0,984	0,972	0,996
Hemoglobin	-0,076	0,301	0,926	0,802	1,071
Lökosit (WBC)	0,094	0,081	1,099	0,988	1,222
Sodyum	-0,045	0,138	0,956	0,902	1,014
CHA ₂ DS ₂ -VA Kategorisi (1)	0,982	0,003	2,669	1,406	5,066
KOAH	0,544	0,186	1,724	0,769	3,862
AST	0,037	0,001	1,038	1,016	1,061
ALT	0,010	0,276	1,010	0,992	1,028
Sabit Terim (Constant)	5,391	0,204	219,437		

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, VKİ: Vücut kitle indeksi (VKİ), CHA₂DS₂-VA: Konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, yaş ≥ 75 (2 puan), diyabet, geçirilmiş inme/geçici iskemik atak/arteriyel tromboemboli (2 puan), vasküler hastalık, yaş 65–74, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, Hg: Hemoglobin, WBC: Beyaz kan hücresi (Lökosit)

Tablo 1 Çalışma Popülasyonunun Genel Özellikleri

Değişkenler	Tüm Örneklem (N:342)	Yaşayan Grup (n:254, %74,3)	Ölen Grup (n:88, %25,7)	p değeri
Yaş	65 (20)	63 (19)	71 (21)	0.003
Kadın cinsiyet	94 (27,5)	76 (29,9)	18 (20,5)	0.068
Boy (cm)	167 (8,25)	167 (10)	169 (7)	0.047
Kilo (kg)	76 (14)	77 (15)	76 (10)	0.356
VKİ	27,18 (4,9)	27,67 (5,41)	26,63 (4,38)	0.035
Sigara	44 (12,9)	31 (12,2)	13 (14,2)	0.535
HT	192 (56,1)	142 (55,9)	50 (56,8)	0.882
DM	115 (33,6)	84 (33,1)	31 (35,2)	0.712
İnme, GİA, Tromboemboli	41 (11,9)	16 (6,3)	25 (28,4)	<0.001
Vasküler hastalık	199 (58,2)	151 (59,4)	48 (54,5)	0.442
CHA ₂ DS ₂ -VA Skoru 1–4	252 (73,7)	200 (78,7)	52 (59,1)	<0.001
CHA ₂ DS ₂ -VA Skoru 5–8	90 (26,3)	54 (21,3)	36 (40,9)	<0.001
KOAH	47 (13,7)	33 (13)	14 (15,9)	0.493
AF	106 (31)	77 (30,3)	29 (33)	0.644
ICD	55 (15,9)	40 (15,7)	15 (17)	0.775
CRT-D	17 (5)	15 (5,9)	2 (2,3)	0.257
Hemoglobin (g/dL)	13,05 ± 2,6	13,07 ± 2,13	12,45 ± 1,87	0.017
ALT (U/L)	23 (19,25)	21 (14,85)	37,5 (26,13)	<0.001
AST (U/L)	24 (16,25)	23 (12,25)	36,5 (28,58)	<0.001
Kreatinin (mg/dL)	1,07 (0,52)	1,03 (0,47)	1,28 (0,66)	<0.001
GFR (mL/dk/1.73m ²)	62,38 (40,37)	68,81 (40,81)	50,84 (27,53)	<0.001
Lökosit (WBC)	7,78 (2,77)	7,74 (2,55)	7,84 (3,45)	0.140
Sodyum (mmol/L)	138 (5)	138 (5)	137 (6)	0.051
Potasyum (mmol/L)	4,42 (0,87)	4,42 (0,85)	4,43 (0,80)	0.876
EF (%)	37 (25)	36 (25)	40 (28)	0.904
Beta bloker	324 (94,7)	239 (94,1)	85 (96,6)	0.366
ACE-İ/ARB	284 (83)	209 (82,3)	75 (85,2)	0.526
MRA	202 (59,1)	149 (58,7)	53 (60)	0.797
SGLT2 inhibitörü	103 (30,1)	77 (30,3)	26 (29,5)	0.892
OMT (%)	89 (26)	68 (26,8)	21 (23,9)	0.592

ACE-İ/ARB: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü / Anjiyotensin reseptör blokleri AF: Atrial fibrilasyon ALT/AST: Karaciğer enzimleri VKİ: Vücut kitle indeksi CHA₂DS₂-VA: Konjestif kalp yetersizliği, hipertansiyon, ≥75 yaş (2 puan), diyabet, geçirilmiş inme/GİA/tromboemboli (2 puan), vasküler hastalık, 65–74 yaş KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı CRT-D: Defibrilatörlü kardiyak resenkronizasyon tedavisi GFR: Glomerüler filtrasyon hızı ICD: İmplant edilebilir kardiyak defibrilatör MRA: Mineralokortikoid reseptör antagonisti OMT: Optimal medikal tedavi SGLT2-inh: Sodyum-glukoz kotransporter-2 inhibitörleri GİA: Geçici iskemik atak WBC: Lökosit sayısı

[SS-026]

Kalistenik egzersizler dislipidemi hastalarında maksimal egzersiz kapasitesi, periferik kas kuvveti ve yaşam kalitesini artırabilir mi?

Furkan Özdemir¹, Naciye Vardar Yağlı², Melda Sağlam², Oğuz Abdullah Uyaroglu³

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Çankırı

²Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Dislipidemisi olan bireyler hem patofizyolojik sürecin kendisi hem de uygulanan farmakolojik tedaviler nedeniyle egzersiz kapasitesinde azalma, doku oksijenasyonunda bozulma ve yaşam kalitesinde kötüleşme yaşayabilir. Düzenli egzersiz, plazma lipoprotein profilini düzenleyerek kardiyovasküler sağlığı iyileştirir. Ancak farklı egzersiz modalitelerinin dislipidemide egzersiz kapasitesi, kas kuvveti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri belirsizdir. Çalışmanın amacı, aerobik egzersizle kombine edilen kalistenik egzersiz eğitiminin dislipidemide egzersiz kapasitesi, periferik kas kuvveti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya dislipidemi tanısı konulan ve farmakolojik tedavi önerilmeyen 39 birey dahil edildi. Katılımcılar rastgele olarak üç gruba ayrıldı: Aerobik + Kalistenik Egzersiz Grubu (AKG), Aerobik Egzersiz Grubu (AG) ve Kontrol Grubu (KG). Katılımcıların çalışma başlangıcında ve 8 hafta sonunda egzersiz kapasitesi kardiyopulmoner egzersiz testiyle, periferik kas kuvveti taşınabilir el dinamometresiyle ve yaşam kalitesi SF-36 anketiyle değerlendirildi.

Bulgular: Zirve oksijen tüketimi (VO₂zirve), metabolik eşdeğer (MET) ve oksijen nabızı yüzdesi (%O₂HR) AKG'da anlamlı olarak artmıştı (p<0,05). Zirve kalp atım hızı (KHzirve), %KHzirve ve kalp hızı rezervi (KHR) AG'da artmıştı (p<0,05). VO₂zirve, %VO₂zirve, MET, O₂HR, %O₂HR ve diz ekstansör kas kuvveti ve el kavrama kuvveti parametrelerinde KG'da anlamlı azalmalar gözlenmişti (p<0,05). AKG'da MET ve el kavrama kuvveti yüzdesi hem AG hem de KG'da göre anlamlı ölçüde artmıştı (p<0,05). AKG'da VO₂zirve, KHzirve, %KHzirve, KHR ve el kavrama kuvveti KG'na göre anlamlı ölçüde artmıştı (p<0,05). AG'da ise KHzirve, %KHzirve, KHR ve omuz abdüktör kas kuvveti KG'na göre anlamlı ölçüde artmıştı (p<0,05). Sonuç: Güncel kılavuzlar ve klinik araştırmalar dislipidemi hastalarında serum biyokimyasını düzenlemek için önemli bir tedavi bileşeni olarak aerobik egzersizleri önermektedir. Ancak kalistenik egzersizlerin serum biyokimyası üzerine etkileri belirsizdir. Çalışmamızın sonuçları aerobik egzersizle kombine edilen kalistenik egzersiz eğitiminin egzersize kardiyak ve pulmoner yanıtı iyileştirebileceği ve el kavrama kuvvetini artırabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte sonuçlarımız yalnız aerobik egzersiz eğitiminin de dislipidemi tanılı bireylerde egzersize kardiyak cevabı iyileştirebileceğini göstermektedir. Buna karşın düzenli egzersiz yapılmaması durumunda ise egzersiz kapasitesi ve kas kuvvetinde belirgin düşüş yaşanabileceği görülmektedir. Bu sonuçlar ışığında dislipidemi tanılı bireylerde düzenli egzersiz eğitiminin önemli olduğu ve kardiyorespiratuar uygunluğun ve periferik kas kuvvetinin artırılması için kalistenik egzersizlerin de aerobik egzersiz programlarıyla kombine edilmesinin faydalı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: aerobik egzersiz, dislipidemi, egzersiz kapasitesi, kalistenik egzersiz, kas kuvveti

AuthorToEditor: Kardiyovasküler hastalıklara multidisipliner yaklaşımların incelenip tartışılacağı bu değerli kongrede dislipidemi hastalarına uygulanan kombine egzersiz eğitimi protokollerinin etkilerini incelediğimiz araştırmamızın sonuçlarını sunabilme fırsatını yakalamayı diliyorum ve keyifli kongreler diliyorum.

[SS-027]

Koroner Anjiyografide Transradial ve Distal Radial Erişim: Teknik Zorluklar, Komplikasyonlar ve Hasta Memnuniyeti

Muhammed Raşit Tanırcan¹, Ali Evsen²

¹Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Mardin

²Dağkapı Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Diyarbakır

Amaç: Koroner anjiyografi ve girişimsel prosedürlerde transradial erişim, günümüzde yaygın olarak tercih edilen bir yöntemdir. Bununla birlikte, son yıllarda distal radial arterin alternatif bir giriş noktası olarak kullanımı artış göstermiştir. Distal radial anjiyografi, proksimal radial arterin korunmasına olanak sağlayarak komplikasyon riskini azaltabileceği düşünülen bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, transradial ve distal radial anjiyografi yöntemlerini erişim süresi, işlem süresi, delinme sayısı, komplikasyon oranları ve hasta konforu açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, toplam 210 hasta incelendi. Erişim süresi, işlem süresi, delinme sayısı, radial arter spazmı ve oklüzyonu, işlemle ilişkili komplikasyonlar ve hastaların ağrı düzeyleri (VAS skalası ile) değerlendirildi. İstatistiksel analizde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, kronik böbrek yetmezliği, sigara kullanımı ve daha önce perkütan koroner girişim öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). Ayrıca, hemoglobin ve trombosit seviyeleri benzerdi. İşlemle ilişkili parametreler incelendiğinde, distal radial anjiyografi grubunda erişim süresinin anlamlı derecede daha uzun olduğu tespit edildi ($p < 0,001$). İşlem süresi açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p = 0,492$). Delinme sayısının distal radial anjiyografi grubunda daha yüksek olduğu saptandı ($p = 0,043$). Radial arter spazmı, distal radial anjiyografi grubunda daha sık görülürken, radial arter oklüzyonu açısından gruplar arasında fark bulunmadı ($p = 0,734$). Genel komplikasyon oranları benzerdi ($p = 0,274$). Ağrı skorları değerlendirildiğinde, distal radial anjiyografi grubunda şiddetli ağrı oranı daha yüksekken, hafif ağrı oranı transradial anjiyografi grubunda daha fazlaydı ($p = 0,001$).

Sonuç: Çalışmanın bulguları, distal radial anjiyografinin teknik olarak daha uzun bir erişim süresi gerektirdiğini, ancak işlem süresi açısından belirgin bir fark yaratmadığını göstermektedir. Distal radial yöntemde delinme sayısının daha fazla olması, bu tekniğin uygulanabilirliği açısından öğrenme eğrisinin daha uzun olabileceğine işaret etmektedir. Distal radial grupta radial arter spazmının daha sık görülmesi, ponksiyonun daha periferik bir noktadan yapılması nedeniyle arterin daha küçük çaplı olmasıyla ilişkili olabilir. Bu durum, operatörlerin daha dikkatli olmasını ve vazodilatör kullanımını optimize etmesini gerektirebilir. Her iki grupta da radial arter oklüzyon oranları benzerdir, bu da distal radial yöntemin arteriyel açıklığı koruma açısından belirgin bir avantaj sağlamadığını göstermektedir. Ağrı açısından değerlendirildiğinde, distal radial yöntemde daha fazla şiddetli ağrı bildirilmesi anatomik özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Girişimsel kardiyoloji pratiğinde distal radial erişimin avantaj ve dezavantajları hasta bazında değerlendirilerek uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Distal radial angiografi, komplikasyonlar, teknik zorluklar, transradial angiografi

Demografik ve Klinik Özellikler, İşlemle İlişkili Durumlar ve Komplikasyonların Karşılaştırılması - Transradial ve Distal Radial Anjiyografi Grupları

Parametreler	Transradial Anjiyografi (n=110)	Distal Radial Anjiyografi (n=100)	P Değeri
Yaş (yıl, ort. $\pm$ SS)	59.2 $\pm$ 9.6	57.6 $\pm$ 10.1	0.225
Cinsiyet, Kadın, n (%)	31 (28.2)	33 (30.0)	0.767
VKİ (kg/m ² , ort. $\pm$ SS)	28.4 $\pm$ 4.0	27.6 $\pm$ 3.8	0.117
Hipertansiyon, n (%)	30 (27.3)	39 (35.5)	0.191
Diyabet, n (%)	38 (34.5)	26 (23.6)	0.075
Hiperlipidemi, n (%)	5 (4.5)	7 (6.4)	0.553
Kronik Böbrek Yetmezliği, n (%)	4 (3.6)	2 (1.8)	0.683
Sigara Kullanımı, n (%)	31 (28.2)	42 (38.2)	0.115
Önceden PCI, n (%)	34 (30.9)	45 (40.9)	0.122
Hemoglobin (g/dL, ort. $\pm$ SS)	13.5 $\pm$ 1.7	14.0 $\pm$ 1.8	0.084
Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$, ort. $\pm$ SS)	256.0 $\pm$ 76.5	248.5 $\pm$ 71.9	0.453
Erişim Süresi (sn, ort. $\pm$ SS)	44.1 $\pm$ 14.2	51.2 $\pm$ 13.4	<0.001
İşlem Süresi (dk, ort. $\pm$ SS)	42.0 $\pm$ 11.7	43.2 $\pm$ 13.9	0.492
Delinme Sayısı (median, IQR)	1.70 $\pm$ 0.69	1.91 $\pm$ 0.77	0.037
Radiyal Arter Spazmı, n (%)	12 (10.9)	25 (22.7)	0.019
Radiyal Arter Oklüzyonu, n (%)	5 (4.5)	4 (3.6)	0.734
Komplikasyon, n (%)	15 (13.6)	21 (19.1)	0.274
VAS Ağrı Skoru, n (%) Hafif	30 (27.3)	20 (18.2)	
VAS Ağrı Skoru, n (%) Orta	72 (65.5)	61 (55.5)	p = 0,001
VAS Ağrı Skoru, n (%) Şiddetli	8 (7.3)	29 (26.4)	

İstatistiksel analizde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

[SS-028]

Sağlık Meslek Gruplarına Göre Hipertansiyon Farkındalığı: Kesitsel Bir Değerlendirme

Ömer Işık¹, Selvi Öztaş², Mehmet Dik⁴, Gökberk Sızı⁵, Pervin Erincik³, Nisa Pınarbaşı⁵, Berkay Ekici³

¹Fırat Üniversitesi Kardiyoloji ABD, Elazığ, Türkiye

²Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji ABD, Bursa, Türkiye

³Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, Türkiye

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık meslek gruplarında çalışan bireylerde hipertansiyon (HT) farkındalığını, tedavi alım oranlarını ve risk faktörlerini incelemektir.

Yöntem: Kesitsel tasarıma sahip bu çalışma, farklı sağlık alanlarından 150'den fazla katılımcıdan oluşan bir topluluğu kapsamaktadır. Katılımcılardan elde edilen demografik veriler, vücut kitle indeksi (BMI), antihipertansif tedavi alma durumu, ambulator izlemler ve ailede HT öyküsü gibi faktörler analiz edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların HT farkındalık düzeyleri dört grupta sınıflandırılmıştır: (1) HT yok ve tedavi almıyor, (2) HT var ama farkında değil (tedavi almıyor), (3) HT var ve tedavi alıyor, (4) HT yok ama tedavi alıyor (geçmiş tanı olabilir).

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması meslek grubuna göre 32-40 arasında değişmekte olup, BMI değerleri genelde 25-28 arasındadır. Erkeklerin oranı çoğu meslek grubunda %70'in üzerinde bulunmuştur. Ailede HT geçmişi olanlar %14 ila %79 arasında değişmekte, tedavi alma oranları %0 ile %8.3 arasında görülmektedir. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin farkındalık durumu mesleklere göre değişmektedir: Ambulans şoförlerinin %75'i HT öyküsüne sahipken, farkındalık ve tedavi alma oranı %8.3'tedir. Araştırma görevlisi doktorlarda farkındalık %21.1 olup, %5.3'ü tedavi almaktadır. Eczacı teknikerlerinde ise %14.3 HT öyküsüne sahip olmasına rağmen tedavi alan bulunmamaktadır. Farkındalığın en yüksek olduğu grup biyologlar olurken, HT tanısı olup da farkında olmayanlar genellikle erkek, genç yaşta ve holter takılmamış bireylerdir. Sonuç: Bu çalışmada, bazı meslek gruplarında hipertansiyon farkındalığının ciddi şekilde yetersiz olduğu görülmüştür. Özellikle hemşireler, ambulans şoförleri ve araştırma görevlisi doktorlar gibi sağlık hizmetinin ön safhasında yer alan gruplarda farkındalık oranı düşüktür ve tedavi oranı neredeyse yoktur. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının meslekle doğrudan ilişkili olmadığını ve bireysel farkındalığın artırılması gerektiğini göstermektedir. Hipertansiyon farkındalığı ve tedavi oranları, meslek grupları arasında çarpıcı farklılıklar göstermektedir. Bu bulgular, hedefe yönelik eğitim ve tarama programlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: hipertansiyon, sağlık çalışanları, risk farkındalığı

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Mesleklere Göre HT Farkındalığı (%)

Meslek	HT olan kişi sayısı	Farkında Olan%	Farkında Olmayan %
Ambulans Şoförü	2	0.0	100.0
Araştırma Görevlisi	2	0.0	100.0
Biyolog	0	0.0	0.0
Doçent Doktor	0	0.0	0.0
Eczacı Teknikeri	0	0.0	0.0
Fizyoterapist	0	0.0	0.0
Hemşire	5	0.0	100.0
Perfüzyonist	1	0.0	100.0
Pratisyen Hekim	2	50.0	50.0
Prof Doktor	4	50.0	50.0
Psikolog	0	0.0	0.0
Radyoloji Teknikeri	0	0.0	0.0
Tıbbi Sekreteri	2	50.0	50.0
Uzman Doktor	3	100.0	0.0
Öğretim Üyesi Dr	0	0.0	0.0
İlaç Mümressili	7	57.1	42.9

[SS-029]

ST Segment Yükselmeli Miyokart Enfarktüsü Hastalarında No-Reflow Fenomenini Öngörmeye Remnant Kolesterolün Rolü

Aybüke Geylan¹, Hasan Ali Barman¹, Ömer Ebeoğlu¹, Şevval İlke Ebeoğlu¹, Ali Nayir¹, Melike Kaya¹, Okay Abacı², Veysel Oktay¹, Ömer Doğan¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü

²Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi

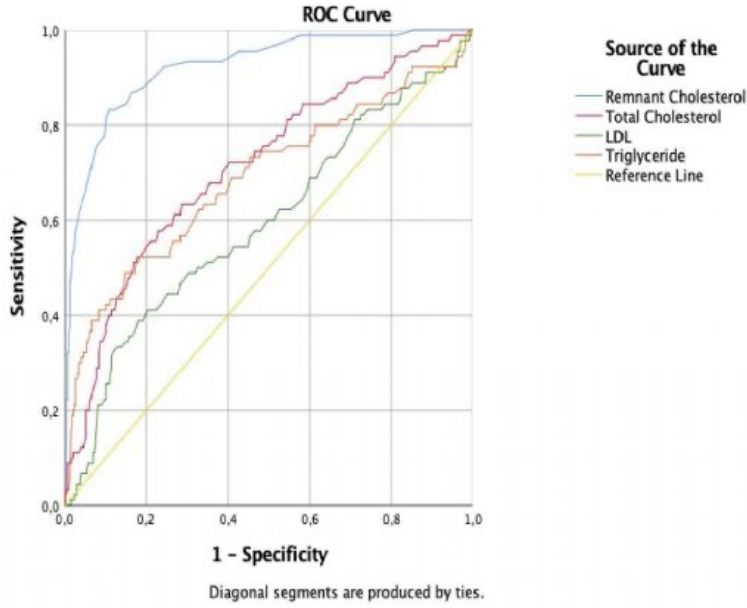
Amaç: ST segment elevasyonlu miyokart enfarktüsü, dünya genelinde morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindendir. Primer perkütan koroner girişim sırasında görülebilen koroner no-reflow (NR) fenomeni kötü prognozla ilişkili ciddi bir komplikasyondur. Remnant kolesterolün çeşitli mekanizmalarla aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların ilerleyişinde rol oynadığı bilinmektedir. Ancak remnant kolesterol düzeylerinin STEMI hastalarında prognostik değeri ve no-reflow gelişimiyle ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışma, STEMI hastalarında RK düzeylerinin no-reflow gelişimini öngörmedeki potansiyelini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Ocak 2014 ile Nisan 2021 tarihleri arasında tek bir merkezde primer PKG uygulanan 440 STEMI hastası retrospektif olarak dâhil edilmiştir. Acil cerrahi kararı-PKG için uygun olmayan anatomi, kritik olmayan darlıklar, enfarktla ilişkili arter olarak ven grefti varlığı, 12 saati aşan ağrı süresi, eksik hasta verileri, sepsis ya da malignite mevcudiyeti olan hastalar ile koroner anatomisi normal saptandığı için girişim uygulanmayan hastalar dışlanmıştır. Hasta verileri elektronik hasta kayıtları üzerinden elde edilmiştir. Hastalar, no-reflow gelişen (+) ve gelişmeyen (-) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. RK, total kolesterolden düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K) ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-K) çıkarılarak hesaplanmış ardından iki grup karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Toplam 440 hasta analize dahil edilmiş olup, bunların 350'si no-reflow (-) grubunda, 90'ı ise no-reflow (+) grubunda yer almıştır. Tablo 1'de bu grupların demografik ve klinik özellikleri sunulmuştur. Remnant kolesterol düzeyi, no-reflow (+) grubunda no-reflow (-) grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($36,8 \pm 9,6$ vs. $18,3 \pm 7,5$; $p < 0,001$). Çok değişkenli analiz sonrasında; remnant kolesterol (OR: 1,85; $p < 0,001$), stent çapı (OR: 0,28; $p = 0,047$), stent uzunluğu (OR: 1,05; $p = 0,044$) ve kapı-balon süresi (OR: 1,04; $p = 0,029$) no-reflow fenomeninin bağımsız öngördürücüleri olarak belirlenmiştir. (Tablo 2) Ayrıca, remnant kolesterol düzeyinin no-reflow gelişimini öngördüğü gösterilmiştir (AUC=0,923; $p < 0,001$). (Şekil1) Sonuç: RK düzeylerinin yüksekliği, akut koroner sendromlarda kötü prognozun iyi bilinen bir göstergesidir. Çalışmamızda no-reflow gelişen hasta grubunda RK düzeyleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Remnant kolesterol, stent çapı, stent uzunluğu ve kapı-balon süresi, STEMI hastalarında no-reflow gelişiminin bağımsız öngördürücüleri olarak saptanmıştır. Remnant kolesterol düzeyinin no-reflow gelişimini yüksek duyarlılık ve özgüllükle öngörebildiği gösterilmiştir. Bu bulgular, remnant kolesterolün STEMI hastalarında risk stratifikasyonu ve prognoz açısından önemli bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir. RK düzeylerinin klinik pratikteki değerinin belirlenmesi ve kardiyovasküler sağlığın yönetimindeki rolünün saptanması için geniş çaplı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: No reflow, Primer perkütan koroner girişim (PKG), Remnant kolesterol, ST segment elevasyonlu miyokart enfarktüsü (STEMI)

Şekil 1



Şekil 1. Remnant kolesterol, total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid için ROC eğrileri

Tablo 1

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun demografik ve klinik özellikleri

Parametreler	No-reflow (-) (n=350)	No-reflow (+) (n=90)	P değeri
Yaş (yıl)	60.5 ± 11.2	59.9 ± 10.6	0.660
Erkek, n(%)	259 (74)	64 (71)	0.684
Sigara, n(%)	209 (59.9)	60 (66.7)	0.239
Ejeksiyon fraksiyonu, %	45.8 ± 8.5	44.8 ± 8.4	0.255
Hastanede kalış süresi (gün), (min-max)	3 (1-10)	3 (1-10)	0.151
Hastane içi mortalite, n(%)	6 (1.7)	5 (5.6)	0.037
Stent çapı (mm)	2.9 ± 0.4	2.7 ± 0.4	<0.001
Stent uzunluğu (mm)	24.9 ± 9.5	30.2 ± 12.1	<0.001
*Kapıdan balona süre (dakika)	30.1 ± 11.8	38.9 ± 12.1	<0.001
Tıbbi Geçmiş, n(%)			
Diabetes mellitus	111 (31.7)	50 (55)	<0.001
Hipertansiyon	128 (36.6)	51 (56)	0.001
Hiperlipidemi	76 (21.7)	33 (36.7)	0.003
Laboratuvar Bulguları			
Hemoglobin (g/dL)	14.1 ± 1.5	14.2 ± 1.6	0.396
Kreatinin (mg/dL)	0.9 ± 0.2	0.9 ± 0.2	0.533
Sodyum (mEq/L)	139.2 ± 3.6	138.9 ± 3.2	0.574
Potasyum (mEq/L)	4.1 ± 0.4	4.1 ± 0.4	0.717
Troponin (ng/mL) (bagırsu)	0.04 (0.01-0.00)	0.04 (0.01-0.00)	0.742
Total kolesterol (mg/dL)	175.6 ± 40.4	208.9 ± 44.4	<0.001
LDL kolesterol (mg/dL)	122.2 ± 38.4	134.3 ± 42.4	0.009
HDL kolesterol (mg/dL)	39.9 ± 11.8	34.3 ± 12.5	<0.001
Trigliserid (mg/dL)	147.3 ± 63.0	213.6 ± 100.9	<0.001
Remnant kolesterol (mg/dL)	18.3 ± 7.5	36.8 ± 9.6	<0.001

Kısaltmalar: LDL, Düşük yoğunluklu lipoprotein; HDL, Yüksek yoğunluklu lipoprotein

*Hastanın hastaneye varışı ile perkütan koroner girişim arasındaki süre.

Tablo 2

Tablo 2. STEMI hastalarında no-reflow fenomeninin bağımsız belirleyicilerini saptamak amacıyla yapılan univaryant ve multivaryant lojistik regresyon analizleri.

Parametreler	Univariate			Multivariate		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Remnant kolesterol	2.22	1.49-3.38	<0.001	1.85	1.26-2.64	<0.001
Cinsiyet	0.88	0.47-1.62	0.684			
Yaş	0.99	0.97-1.01	0.659			
Sigara	1.34	0.82-2.18	0.240			
Diabetes mellitus	2.69	1.67-4.31	<0.001	2.85	0.93-8.68	0.056
Hipertansiyon	2.26	1.41-3.63	0.001	0.58	2.00-6.86	0.263
Ejeksiyon fraksiyonu	0.98	0.95-1.01	0.254			
Troponin	0.98	0.78-1.23	0.878			
Hemoglobin	1.06	0.91-1.24	0.395			
Trigliserid	1.01	1.00-1.02	<0.001	1.00	0.99-1.01	0.568
Stent çapı	0.22	0.11-0.43	<0.001	0.28	0.07-1.08	0.047
Stent uzunluğu	1.04	1.02-1.06	<0.001	1.05	1.00-1.10	0.044
*Kapı balon süresi	1.05	1.03-1.08	<0.001	1.04	1.00-1.09	0.029

*Hastanın hastaneye varışı ile perkütan koroner girişim arasındaki süre.

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun demografik ve klinik özellikleri Tablo 2. Univaryant ve multivaryant lojistik regresyon analizleri

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu, Mükerrer denemelerde önizlemede görüntü kalitesinin orijinaline kıyasla düştüğünü izledim. Gerek görüldüğü takdirde orijinal tablo ve grafikleri tarafınıza iletebileceğim bilgisini saygılarımla arz ederim.

[SS-031]

Koroner BT'de Saptanan Anormal Koroner Çıkışlar ve Ekokardiyografide RAC Sign Karşılaştırması: 30 Vaka İncelemesi

Cem Korucu

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada, koroner BT (bilgisayarlı tomografi) ile saptanan anormal koroner çıkışların ekokardiyografide gözlemlenen RAC (Retroaortic Anomalous Coronary Artery) sign ile tanısal korelasyonu incelenmiş ve bu iki yöntemin tanısal uyumu değerlendirilmiştir.

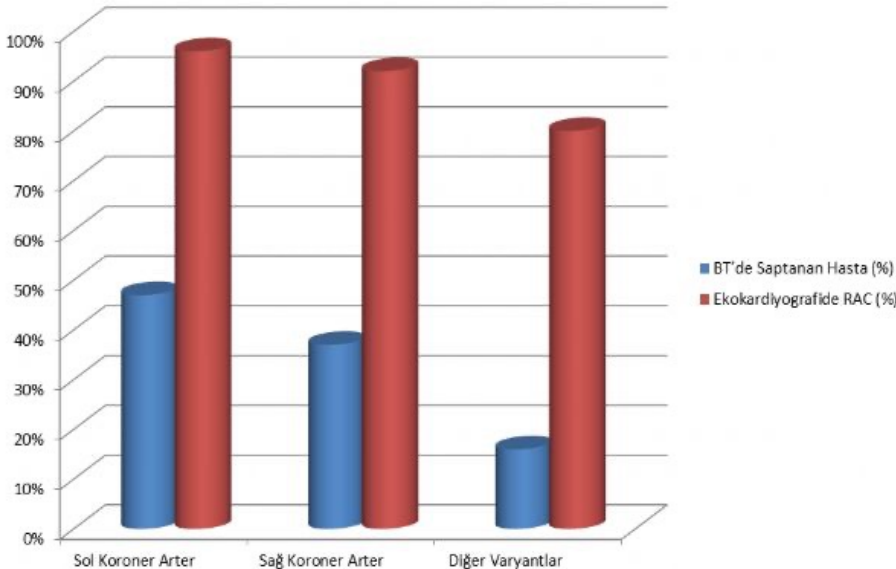
Yöntem: Koroner BT'de anormal koroner çıkış tipleri doğrulanan toplam 30 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara transtorasik ekokardiyografi (TTE) uygulanarak RAC sign'in varlığı belirlenmiş, anomalilerin türleri gruplandırılmıştır. Koroner BT ile ekokardiyografi bulguları karşılaştırılmış ve tanısal duyarlılık analiz edilmiştir.

Bulgular: 30 hastada saptanan anormal koroner çıkışlar, sol koroner arter anomalisi (%47), sağ koroner arter anomalisi (%37) ve diğer nadir varyantlar (%16) olarak gruplandırılmıştır. Ekokardiyografide RAC sign'in varlığı %93,3 oranında gözlemlenmiş ve koroner BT bulguları ile istatistiksel olarak yüksek bir uyum göstermiştir ($p<0,001$). Sol koroner arter anomalilerinin RAC sign ile daha güçlü bir korelasyon sergilediği belirlenmiştir.

Sonuç: Koroner BT'de saptanan anormal koroner çıkışlar ile ekokardiyografide gözlemlenen RAC sign arasında güçlü bir tanısal korelasyon bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar, RAC sign'in invaziv olmayan bir test olarak koroner anomalilerin tanısında kullanılabilirliğini göstermektedir. Bu bulgular, multidisipliner tanısal yaklaşımların önemine vurgu yapmakta ve ileri araştırmaların gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: koroner anjiyografi, koroner arter anomalisi, retroaortik anormal koroner

Bulgular



Şekil 1: ekokardiyografik olarak saptanan RAC sign



AuthorToEditor: Koroner BT’de anormal koroner çıkışlar sol koroner arter (%47), sağ koroner arter (%37) ve diğer nadir varyantlar (%16) olarak gruplandırılmıştır. Ekokardiyografide RAC sign %93,3 oranında pozitif bulunmuş, yalnızca %6,7 oranında negatif gözlemlenmiştir. Pearson korelasyon katsayısı 0,82 ($p<0,001$) olarak hesaplanmış ve iki yöntem arasında güçlü bir uyum olduğu belirlenmiştir.

[SS-032]

Koroner Girişim Sırasında gelişen İatrojenik Korono-Kameral Fistül ve takibi

Veysel Elitaş, Mevlüt Demir

Kütahya Şehir Hastanesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: İyatrojenik koroner fistüller, invaziv koroner anjiyografi sonucu gelişen nadir koroner arter anomalileridir. Bu fistüller, bir koroner arter ile bir venöz yapı (örneğin, koroner ven) veya bir kardiyak boşluk (örneğin, sağ atriyum veya sağ ventrikül) arasında anormal bir bağlantının oluşmasıyla karakterizedir. Koroner fistüllerin spontan kapanması oldukça nadirdir. Eğer hasta semptomatikse veya sol ventrikül dilatasyonu, iskemi kanıtı mevcutsa perkütan coil embolizasyon ile veya cerrahi olarak kapatılabilir. Biz olgumuzda, koroner girişim sırasında gelişen koroner rüptüre bağlı, intermediyer arterden (İMA) sol ventriküle fistül gelişen hastayı ve takibini sunacağız.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta, akut anterior miyokard enfarktüsü tanısı ile kateter laboratuvarına alındı. Koroner girişim sırasında, sol ön inen arterin (LAD) total tıkalı olduğu izlendi. LAD total lezyonu, standart floppy tel ile geçilememesi üzerine balon desteği alınarak, sol-kraniyal pozunda ilerletildi. Balon desteği ile lezyonun tel ile geçilmesinin ardından, total lezyon hizasında 2.0x20 mm semicomplian balon ile anjiyoplasti yapıldı ve koroner arterde rüptür izlendi. Ardından balon hemen tekrar şişirilerek beklendi ve perikardiyosentez ile ototransfüzyon yapıldı. Ardından hemen 2. floppy tel alınarak optimal pozlardan LAD'ye gönderildi ve distal akımın kısmen gelmesi üzerine LAD lezyonu geçildi. Rüptürün diagonal arterden olduğu düşünülerek LAD'ye 3.0*24mm Papyrus marka greft kaplı stent implante edildi. Ardından alınan görüntülerde ektravazasyon izlenmedi. Hasta stabil şekilde işlem sonlandırıldı. 5 gün sonra alınan kontrol koroner anjiyografide (KAG), İMA'dan sol ventrikül boşluğuna fistülizasyon izlendi ve LAD greft kaplı stent açık izlendi. Sonraki değerlendirmede, aslında İMA'da tel ve balon rüptürü olduğu, sol kafa pozda diagonal arterde olduğu düşünülerek LAD proksimaline greft kaplı stent konulduğu düşünüldü. Fakat iyatrojenik fistülün ince yapıda olması nedeni ile medikal takip kararı verildi. Hastanın takiplerde sol ventrikül dilatasyonu gelişmesi ya da semptom varlığında fistül kapama açısından tekrardan değerlendirilmesi düşünüldü. Kontrol KAG planlanan hastaya, daha önce istememesi üzerine 11. ay sonra KAG yapıldı. Koroner görüntülerinde, İMA'dan sol ventriküle olan koroner fistülün spontan kapandığı, fakat LAD greft kaplı stentin total tıkalı olduğu izlendi ve LMCA lezyonu da bulunan hastaya, konsey ile CABG kararı verildi.

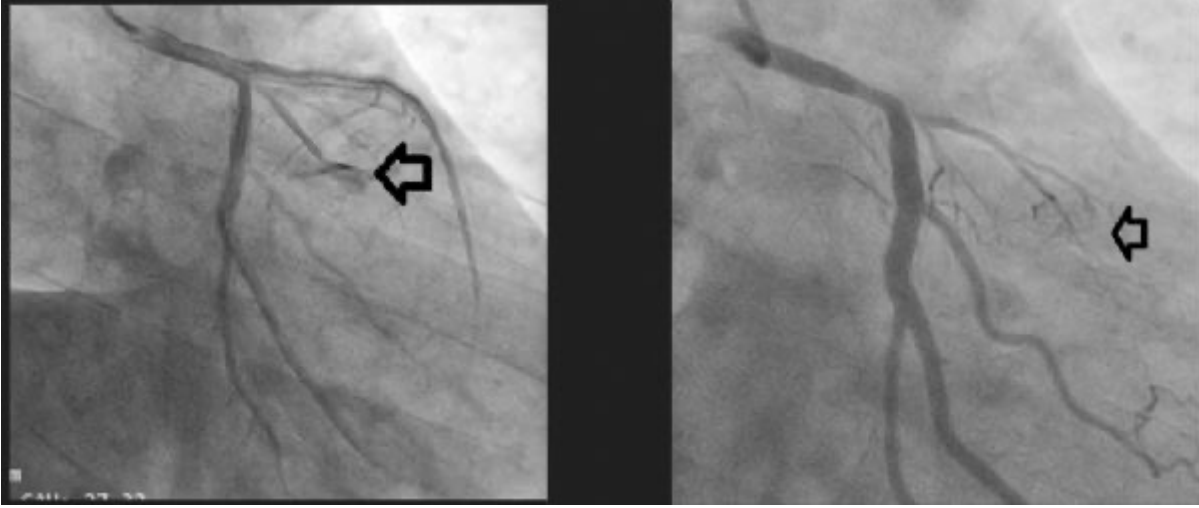
Sonuç: Vakamızda, asemptomatik, sol ventrikül dilatasyonu olmayan ve iskemi kanıtı olmayan hastalarda küçük korona-kameral iyatrojenik fistüllerin medikal tedavi ile takip edilebileceğini, özellikle küçük debili fistüllerin spontan da kapanabileceğini sunduk.

Anahtar Kelimeler: fistül, koroner, konservatif, kapanma, spontan

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

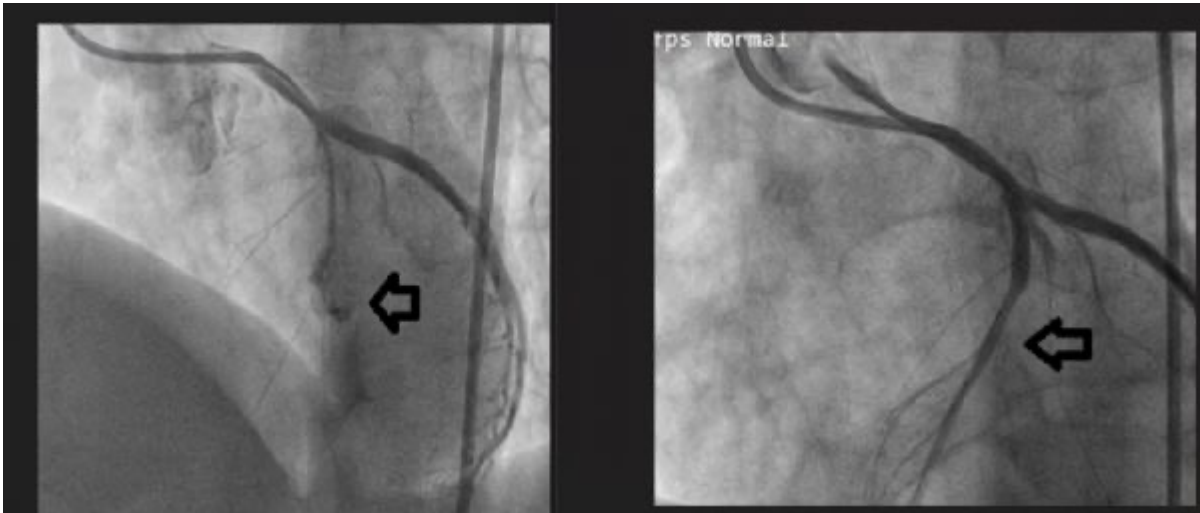
17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

1 hafta sonra yapılan kag ve 11 ay sonra yapılan kag



1 hafta sonra yapılan kontrol kag da fistül görüntüsü 11 ay sonra yapılan kagda fistülün kapandığının görüntüsü

rüptür ve greft sonrası görüntü



koroner rüptür görüntüsü ve greft stent sonrası ekstravazasyonun olmadığı görüntüsü

[SS-033]

Spontan koroner diseksiyonu olan hasta yönetimi

Semih Aktürk¹, Sadık Volkan Emren¹, Zeynep Yapan Emren², Elif Naz Uçak³

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

³İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Spontan koroner arter diseksiyonu, genellikle genç ve orta yaşlı kadınlarda akut miyokard enfarktüsünün(MI)nadir görülen ancak daha fazla tanınan bir nedendir.Aterosklerozun neden olduğu MI hastalarıyla karşılaştırıldığında, hastalarda daha az kardiyovasküler risk faktörü bulunur ancak genellikle sistemik arteriyopati ve fibromusküler displazi eşlik etmektedir. Anjiyografik olarak intramural hematoma varlığı ile karakterize olup intimal yırtık eşlik edebilmektedir.Koroner anjiyografideki karakteristik bulguların tanınması oldukça önemlidir.Çünkü spontan koroner arter diseksiyonunun neden olduğu miyokard enfarktüsünün akut ve uzun vadeli tedavisinde ateroskleroz ile karşılaştırıldığında ciddi farklılıklar içermektedir.Bu hastalığın tanı konulma sıklığı artsa da akut ve uzun süreli tedaviye ilişkin veriler yeterli değildir.Perkütan revaskülarizasyon ile tedavi edilen hastalarda daha fazla komplikasyon olduğu düşünülmekte, etkilenen arterler genellikle müdahale gerektirmeden iyileştiğinden, çoğu hasta konservatif olarak tedavi edilmektedir.Olgu: 36 yaşında erkek hasta 4 saattir olan sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısıyla acil servise başvurdu.Bilinen kardiyak risk faktörü bulunmamaktaydı. Çekilen elektrokardiyogramda (EKG) sinüs ritminde anterior derivasyonlarında derin t negatifliği bulunmaktaydı. Hastaya yapılan yatak başı ekokardiyografide(EKO) ejeksiyon fraksiyonu %55, apekte hipokinezi saptandı.Hastanın devam eden göğüs ağrısı olması, EKG değişikliği saptanması,EKO'da segmenter duvar hareket kusuru olması nedeniyle hastanın katater laboratuvarına alındı.Hastaya yapılan koroner anjiyografide(KAG),sağ koroner arter(RCA) ve sirkumflex arter(CX) normal, sol ön inen arter(LAD) mid bölgesinde plak görünmeyen darlık saptandı(ŞEKİL-1,2).Hastada tip 2 spontan koroner diseksiyon düşünüldü.Hastaya işlem esnasında nitrat ve diltiazem intrakoroner olarak yapıldı,lezyonun gerilemediği görüldü.Hastanın işlem esnasında göğüs ağrısının geçmesi, hemodinamisinin stabil olarak seyretmesi üzerine hasta koroner yoğun bakım ünitesine alındı.Acil serviste alınan troponin değeri yüksek olduğu saptandı.Hastaya medikal tedavi olarak asetil salisilik asit,perindopril, atorvastatin, isosorbid mononitrat başlandı. Hasta 24 saat koroner yoğun bakım izleminde hemodinamik olarak stabil seyretmesi sonrası servis takibine alındı.72 saat servis izleminde stabil seyreden hastaya 3 ay sonra kontrol KAG planlanarak taburcu edildi. Yapılan kontrol KAG'da RCA ve CX normal, LAD de iyileşmiş spontan koroner diseksiyon olduğu saptandı (ŞEKİL-3,4).Hastanın medikal tedavisi optimize edilerek taburcu edildi.Sonuç: Hastamızda da olduğu gibi spontan koroner diseksiyon göğüs ağrısı ile gelen, akut miyokard enfarktüsü tanısı ile katater laboratuvarına alınan genç hastalarda akılda tutulması gereken tanılardan biridir.Özellikle optimal tedavi ve önleme stratejilerini açıklığa kavuşturmak için daha çok randomize klinik araştırmalara ve diğer prospektif değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

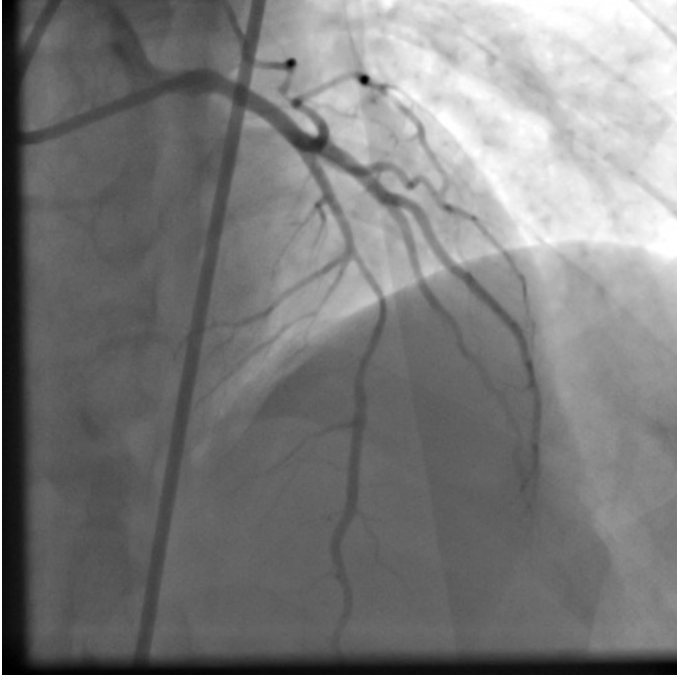
Anahtar Kelimeler: Akut Koroner Sendrom, Spontan Koroner Diseksiyon, Miyokard Enfarktüsü

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

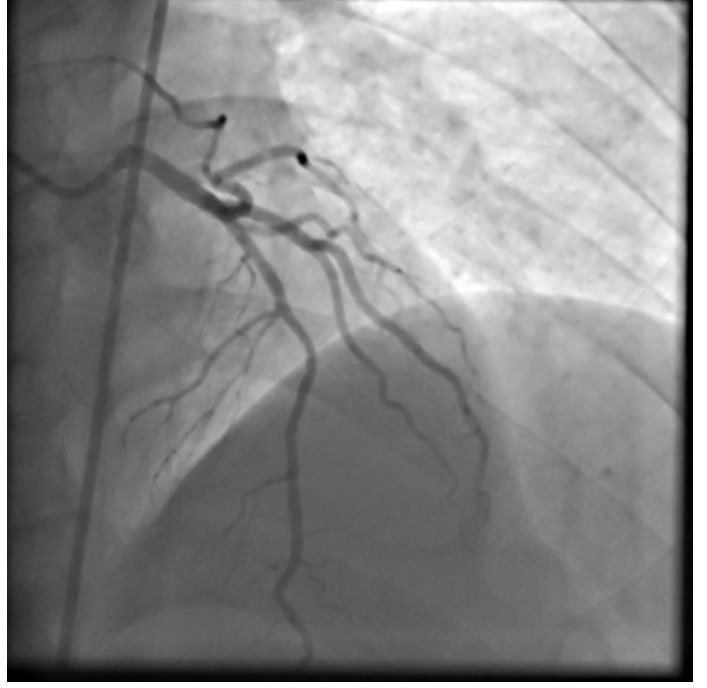
17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE



Şekil 1



Şekil 2



[SS-034]

RCA'da stent balonunun kopması ve giderek kötüleşen hemodinami. Vaka sunumu ve çözüm önerileri

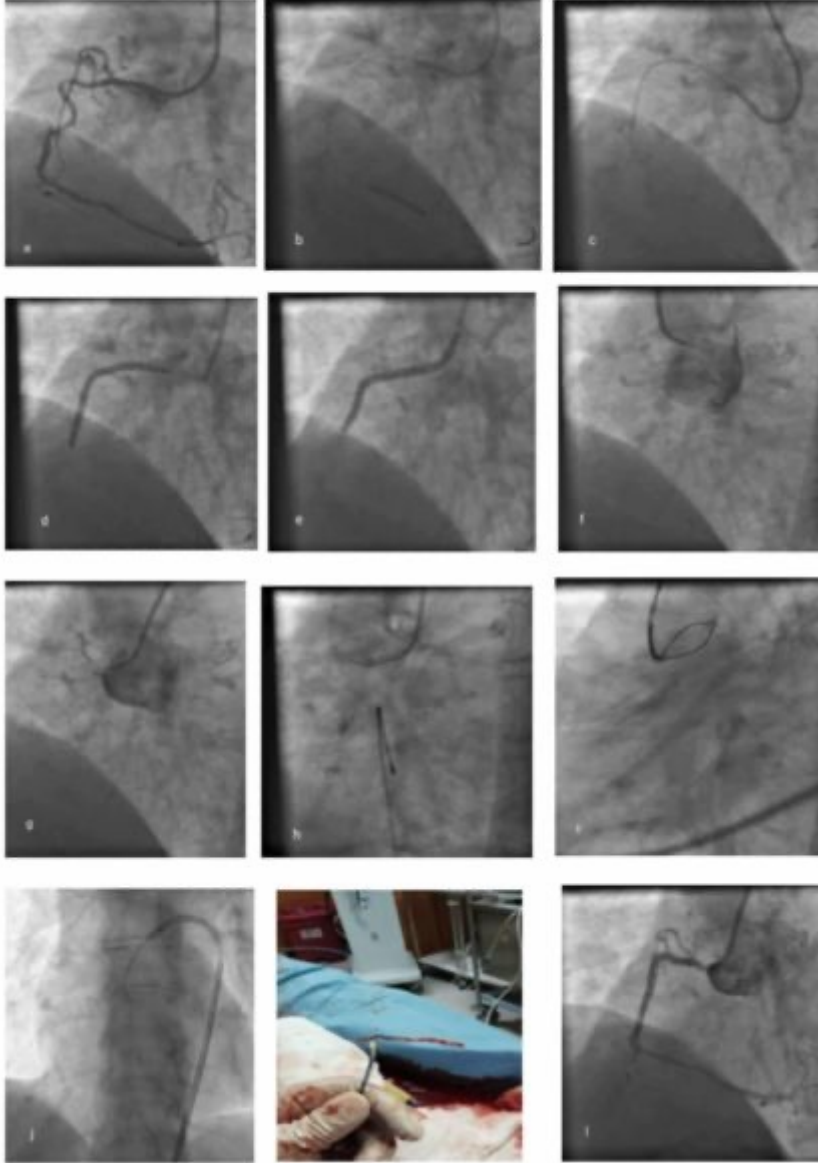
Süleyman Diren Kazan, Ramazan Yasdıbaş, Oğuz Akkuş
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay

66 yaşında erkek hasta akut anterior MI ile dış merkeze başvurmuş. Koroner anjiyografisinde LAD proksimal %100, CX proksimal %95, RCA proksimal ve orta bölge (geniş hasta) %99 idi. Hastaya LAD primer perkutan koroner girişim uygulanıp, elektif RCA ve CX PCI yapılmasına karar verilen hasta 3 hafta sonra kliniğimize yatırıldı.

Hasta kateter laboratuvarına alındı. RCA ostiumuna AR1 kılavuz kateter ile oturuldu(figür a). Lezyon workhorse tel ile geçildi. 2.0*20 mm balon ile predilatasyon yapıldı(figür b). Daha sonra 2.75*48 mm DES implante edildi(figür c,d). Stent balonu geri çekildi ve POT yapıldı(figür e). Stent balonunun stente takılması sonucu, balon koptu. Guiding kateter ve teller, RCA ostiumundan attı(figür f). Stent balonunun kopan parçası RCA ostiumu içinde kaldığı için perfüzyon bozuldu(figür g). Sağ kılavuz kateter tekrar RCA ostiumuna yerleştirildi. Workhorse teller ile balonun içinden/altından geçilemedi. Bunun üzerine CTO telleri (Pilot 200 ve Gaia 2.) denendi ancak başarılı olunamadı(figür h). Kopan balon Snare ile tutulmaya çalışıldı(figür i). Kopan balonun RCA ostiumu tıkaması nedeniyle kateter desteği zayıf olduğundan balon tutulamadı. Kateter kırıldı. Daha sonra RCA ostiumuna AR1 ile tekrar yaklaşıldı. RCA'da TIMI 0 akımı gözlemlendi. Hastada tam AV blok gelişti. Bradikardi nedeniyle non_sustained VT gözlemlendi. Geçici kalp pili implantasyonu yapıldı. En Snare (4/8 mm) ile balon RCA ostiumu içinden kısmen serbestleştirildi ancak balon RCA'dan tamamen çıkarılamadı. Kateter desteği zayıf olduğundan Agilis kateteri ile destek sağlandı(figür j). Acil cerrahi için KVC konsültasyonu yapılırken balon One Snare (25 mm) ile yakalandı(figür k). RCA'da TIMI 3 akım gözlemlendi (figür l). Hasta tam AV bloktan çıktı. Takip koroner yoğun bakım ünitesinde devam etti. Hasta 24 saat boyunca geçici kalp pili ile takip edildi ve sinüs ritmi izlendi. Geçici kalp pili çıkarıldı. Hemodinamisi stabil olan hasta serviste takip edilmeye devam etti. Hasta 3 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Balon kopması, RCA, Stent balonu

RCA stent balonu kopma vakası



Vaka sırasında yapılan işlemlerde alınan pozlar

[SS-035]

STEMI nedeni CX PCI Yapılan Vakada Komplike CX Rüptürü

Kadir Özçınar, Ersin Doğanözü

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

70 yaşında kadın hasta acil servise tipik göğüs ağrısı yakınması ile başvurdu. Bilinen Koroner Arter Hastlığı öyküsü / KAG öyküsü yok. Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Hiperlipidemi hastalıklarının olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde ek özellik yok. Soygeçmişinde özellik yok. FM'de Mitral odakta 3/6 sistolik üfürüm saptandı. Acil servis ilk başvurusundaki vitalleri Tansiyon: 90/60 mmHg, Nabız: 71 atım/dk, SPO2: 96 (ODA HAVASINDA) idi. Çekilen EKG: Sinüs Ritminde 94 atım/dk., D1+aVL'de ST yüksekliliği görüldü. Hastaya STEMI ön tanısıyla acil KAG yapıldı.

KAG RAPORU:YÜKSEK LAT. MI NEDENİYLE ACİL KAG YAPILAN HASTA
LMCA NORMALCX PROX'DEN TOTAL OKLÜDE
LAD PROX %30 TAKİBEN %95 TAKİBEN PLAKLI, DG'LER İNCE
RCA PROX %40 TAKİBEN PROXTOMİD %40, PDA-PLA PLAKLI

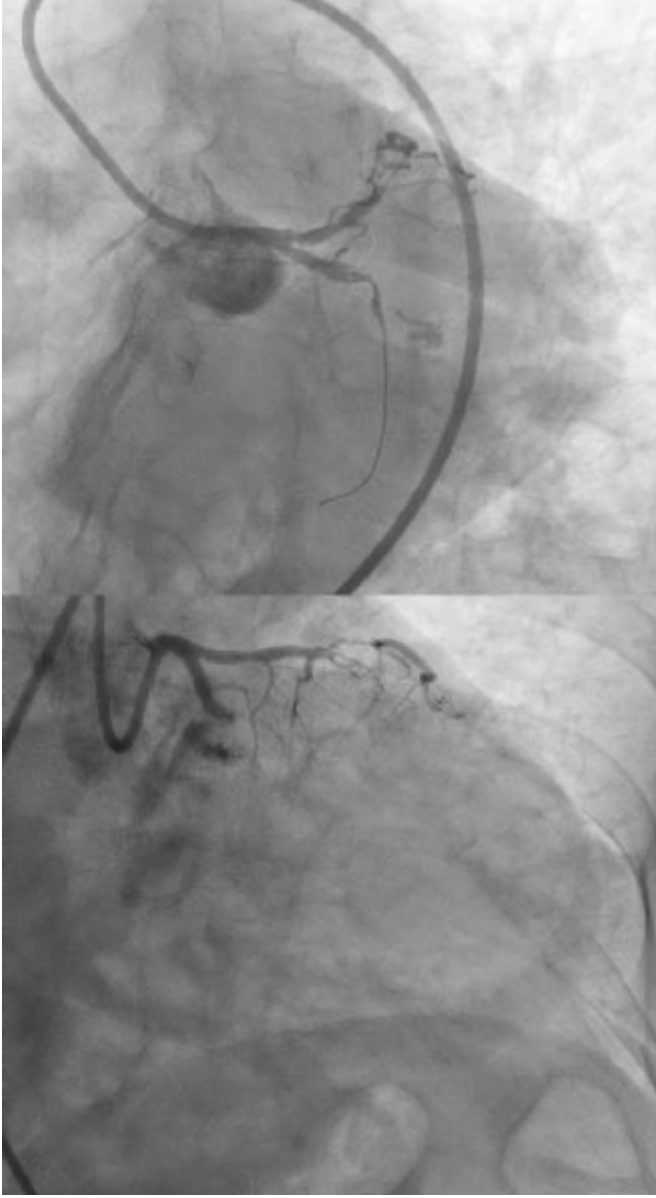
Aynı seansta CX işleme geçildi. 6EFEBU3,5 ile LMCA kanüle edilemedi. Ardından 6FJL4 Guiding Kateter ile LMCA kanüle edildi. 0,014 BMW GW ile CX lezyon geçildi. 1,25 VE 2,0 balonlarla ardışık PTCA'lar sonrasında CX'den opak ektravazasyonu izlendi. (CX RÜPTÜR ???), Hemodinamisi stabil idi. İvedilikle Microport 2,25*18 mm stent ve M-SURE 2,5*16 mm stent açıldı, fakat CX lezyondan geçirilemedi. İvedilikle 2,25 mm balon ile uzun süre PTCA yapıldı, CX rüptür segmentinden opak ektravazasyonu sınırlandırıldı. Ardından Microport 2,25*18 mm stent ve M-SURE 2,5*16 mm stentler lezyondan geçirilemedi. Ardından kateter desteğinin arttırmak amacıyla 6FAL2 Guiding Kateter ile LMCA kanüle edildi. 0,014 FLOPPY WİRE ile distale geçildi.ELONG Mikrokateter 1,7F ile ASAHI SİON BLUE ES GW ex-change edildi. Ardından M-SURE 2,5*12 mm stent açıldı, fakat CX lezyondan geçirilemedi. Hastanın perikardiyal alanda opak ektravazasyonunun artması ve hemodinamisinin un-stabil üzerine lezyon 1,25x15 SC Balon ile lezyon oklude edildi ve kontrolde tam okluzyon sağlandığı opak verilerek vizualize edildi. İvedilikle hastaya yatak başı acil transtorasik eko yapıldı, RV komşuluğunda akut tamponad ile uyumlu perikardiyal mayii izlendi. Hastaya subcostal girişim ile acil perikardiyosentez yapıldı. Hemorik vasıflı perikardiyal mayii'si acil boşaltıldı, bu dönemde yaklaşık 10 dk okluzyon sağlandı. Hastaya perkardiyal alandan sağ femoral vene aralıklı oto-transfüzyon yapıldı. Acil Anestezi-Reanimasyon ve KVC ile görüşüldü. Acilen sağ femoral arter'den hastaya İABP implante edildi, yeri flüroskopi ile kontrol edildi, kontrol görüntüleme ektravazasyonunun durduğu izlendi. İABP altında KYB'a devr edildi. Hemodinamisi stabil seyreden hasta kısa süre sonra kan basıncının aniden düşmesi ve perikardiyal kanamanın devamı nedeni ile acil cerrahi planlanmak üzere KVC'ye devr edildi.

Anahtar Kelimeler: İntraaortik Balon Pompası, Koroner Rüptür, Tamponad, Perikardiyosentez

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Resim-1



CX Rüptürü

[SS-036]

Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan ST Yükselmeli Miyokard Enfarktüs tanısı alan hastalarda SYNTAX II skoru ile Naples Prognostik Skor Arasındaki ilişki

Mustafa Lütfullah Ardıç, Nasır Ali Tokmak, Hazar Harbalıoğlu
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: SYNTAX skoru koroner arter hastalığının şiddetini gösteren anatomik bir skorlama sistemidir. SYNTAX II skoru ise hastada hem anatomik hem de prognostik değişkenleri birleştirerek mortalite ve morbitide öngörüsünü sağlar. Bizim bu çalışmadaki amacımız yeni bir inflamasyon belirtici olan Naples prognostik skor (NPS) ile SYNTAX II arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 1 Ocak- 1 Nisan 2025 tarihleri arasında primer perkütan koroner girişim uygulanan ST yükselmeli miyokard enfarktüs (STEMI) tanısı alan 194 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri ve ek hastalıkları ile venöz kan örneklerinden çalışılan hemogram ve biyokimya parametreleri kayıt edildi. Hastaların ekokardiyografide modifiye Simpson yöntemi kullanılarak ejeksiyon fraksiyonu (EF) hesaplandı. Hastaların koroner anjiyografi görüntülerinden SYNTAX skorları hesaplandı. SYNTAX skorları, cinsiyet, yaş, glomerüler filtrasyon hızı (GFR), EF, KOAH veya periferik arter hastalığı varlığı değerlendirilerek SYNTAX II skoru hesaplandı. Çalışmaya alınan hastaların SYNTAX II skoru ortalaması 26,65 idi. SYNTAX II skoru düşük 113 hasta, SYNTAX II skoru yüksek 81 hasta alındı. SYNTAX II skoru düşük ve yüksek olarak iki gruba ayrıldı. NPS için; albümin (mg/dL) ≥ 4 1 puan, < 4 0 puan; total kolesterol (mg/dL) > 180 0 puan ≤ 180 1 puan, nötrofil lenfosit oranı $\leq 2,96$ 1 puan $> 2,96$ 0 puan; lenfosit monosit oranı $> 4,44$ 0 puan $\leq 4,44$ 1 puan olarak hesaplandı.

Bulgular: SYNTAX II skoru yüksek olan hasta grubunun yaşı daha ileri, erkek cinsiyet oranı daha düşüktü ($p < 0,001$). Hipertansiyon SYNTAX II skoru yüksek olan grupta daha fazlaydı. Ejeksiyon fraksiyonu SYNTAX II skoru yüksek olan grupta anlamlı olarak daha düşüktü ($47,03 \pm 5,37$; $38,82 \pm 6,18$ $p < 0,001$). GFR düzeyi SYNTAX II skoru yüksek olan grupta daha düşüktü ($123,25 \pm 39,55$; $93,30 \pm 32,18$ $p < 0,001$). NPS skoru SYNTAX II skoru yüksek olan grupta anlamlı derecede daha yüksekti ($1,71$ (0-4); $2,12$ (0-4) $p = 0,002$). Sonuç: STEMI hastalar için ciddi bir mortalite ve morbitide nedenidir. Uzun vade mortalite ve morbitide belirleyicisi olan SYNTAX II skoru yüksek olan hastalarda NPS skoru yüksek olduğunu gördük. Kan parametreleri ile hesaplanan NPS skoru; SYNTAX II skoru hakkında bize ön bilgi sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Naples prognostik skor, ST yükselmeli miyokard enfarktüsü, SYNTAX II skor

SYNTAX II skoru düşük ve SYNTAX II skoru yüksek olan hastaların demografik verileri, kan parametrelerinin karşılaştırılması

	SYNTAX II düşük grup (n:113)	SYNTAX II yüksek grup (n:81)	p değeri
Cinsiyet erkek, n (%)	106(93,8)	56 (69,1)	<0,001
Yaş, yıl	48,96±9,47	62,02±10,32	<0,001
Hipertansiyon, n (%)	28(24,7)	45 (55,5)	<0,001
Diyabet, n (%)	24(21,2)	19 (23,4)	0,714
Koroner Arter Hastalığı, n (%)	4 (3,5)	9(11,1)	0,038
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, n (%)	11(9,7)	10 (12,3)	0,564
Periferik Arter Hastalığı, n (%)	6 (5,3)	4 (4,9)	0,908
Ejeksiyon fraksiyonu, n (%)	47,03±5,37	38,82±6,18	<0,001
Glukoz, mg/dL	162,08±73,01	172,06±72,26	0,347
Hemoglobin, g/dL	15,07±1,53	14,13±1,43	<0,001
Platelet sayısı, hücre/μL	257,16±67,04	264,14±86,78	0,528
LDL, mg/dL	132,03±26,89	132,44±34,63	0,926
Bazal kreatinin, mg/dL	0,90±0,71	0,93±0,31	0,728
GFR mL/dak/1,73m ²	123,25±39,55	93,30±32,18	<0,001
Nötrofil 109/L	9,38±0,41	9,66±0,39	0,636
Lenfosit 109/L	2,26±1,32	2,25±1,43	0,052
Monosit 109/L	0,87±0,31	0,86±0,40	0,839
Albumin mg/dL	4,49±0,48	4,44±0,48	0,562
Total Kolesterol, mg/dL	204,61±35,44	199,39±39,81	0,338
Nötrofil/Lenfosit	4,71±3,36	5,78±1,69	0,050
Lenfosit/Monosit	3,25±1,69	3,22±3,43	0,943
SYNTAX skoru	15,61±5,97	19,45±4,88	<0,001
SYNTAX II skoru	1,71 (0-4)	2,12 (0-4)	0,002

AuthorToEditor: iyi çalışmalar dilerim

[SS-037]

Pro-BNP/Albumin oranı akut koroner sendrom hastalarında mortaliteyi öngörebilir mi?

Evliya Akdeniz

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Akut koroner sendrom (AKS), kardiyovasküler hastalıklar arasında ani başlangıçlı ve yaşamı tehdit edici klinik tablolardan biridir. Bu hastalarda erken dönemde risk düzeyinin doğru bir şekilde belirlenmesi, tedavi stratejilerinin yönlendirilmesinde büyük önem taşır. Bu çalışmada AKS tanısı ile takip ve tedavisi yapılan hastalarda, pro-brain natriüretik peptid (pro-BNP) düzeyinin serum albümin düzeyine oranı (BAR) ile 1 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite arasındaki ilişki araştırıldı.

Yöntem: Retrospektif çalışmamıza, hastanemizde 2023–2024 yılları arasında AKS tanısıyla takip ve tedavisi yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların kabul anında elde edilen laboratuvar verilerinden pro-BNP değerinin serum albumin değerine bölünmesi ile BAR değerleri elde edildi. Ardından, BAR değerleri ile hastaların 1 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite oranları arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi. Bulgular: 403 AKS hastasının dahil edildiği çalışmada, ortalama yaş genel popülasyonda 60.2 ± 10.4 yıl olarak belirlenmiş olup, mortalite grubunda anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (63.8 ± 11.2 vs. 59.7 ± 10.2 , $p=0.011$). Tüm popülasyonun %71.7'si ($n=289$) erkek hastalardan oluşmakta ve mortalite ile sağ kalan gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p=0.997$). Çalışma popülasyonunda bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite oranı %11.4 ($n=46$) olarak saptanmıştır. Hipertansiyon prevalansı sağ kalan grupta %55.5, mortalite grubunda ise %63.0 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.329$). Öte yandan, diyabet mortalite grubunda anlamlı olarak daha sık görülmüştür (%56.5 vs. %37.0, $p=0.011$). Ayrıca, 1 yıllık tüm nedenlere bağlı ölüm görülen hastalarda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) anlamlı derecede düşük bulunmuştur (43.5% vs. 52.0%, $p<0.001$).

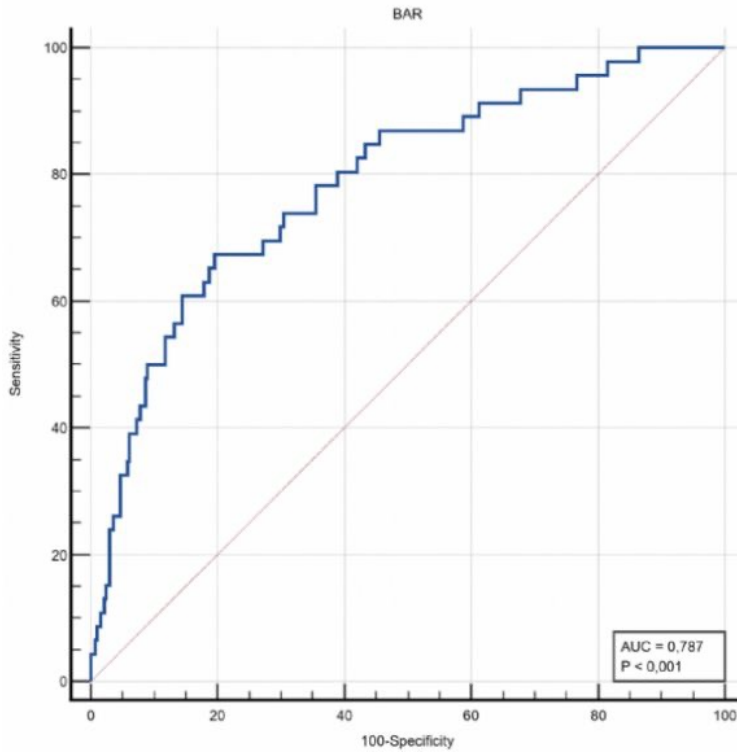
Laboratuvar bulgularına göre, mortalite grubunda glukoz, kreatinin, ürik asit, CRP, troponin, pro-BNP ve BAR düzeyleri anlamlı şekilde yüksek; albumin düzeyi ise anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.001$). Tek değişkenli cox regresyon analizinde; yaş, diyabet, inme öyküsü, troponin, pro-BNP, albumin, LVEF, BAR, ürik asit, nötrofil, kreatinin, hemoglobin ve CRP düzeylerinin mortalite ile anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$). Çok değişkenli analizde ise yaş (RR: 1.036, %95 GA 1.006-1.662, $p=0.015$), LVEF (RR: 0.945, %95 GA 0.920-0.971, $p<0.001$) ve BAR (RR: 1.19, %95 GA 1.125-3.611, $p=0.024$) bağımsız mortalite belirleyicileri olarak saptanmıştır.

BAR'ın prognostik performansı ve ayırt edici gücünü değerlendirmek amacıyla ROC eğrisi analizi yapılmıştır. Bu analizde, BAR'ın tüm nedenlere bağlı mortaliteyi öngörmedeki ayırt edici gücünün yeterli olduğu gösterilmiştir (AUC: 0.79, %95 GA: 0.71–0.86, $p<0.001$). BAR için belirlenen 20.6'lık eşik değeri, %67 duyarlılık ve %80 özgüllük ile mortaliteyi öngörmeye anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: BAR, AKS hastalarında 1 yıllık mortaliteyi bağımsız olarak öngörebilen basit ve etkili bir biyobelirteçtir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, Mortalite, BAR

Receiver Operating Curve (ROC) analizi



Eğri altında kalan alan (AUC): 0.79, %95 GA = 0.71–0.86, $p < 0.001$). BAR için mortaliteyi öngörmede cut-off değeri 20.6 olarak belirlendi; bu değer %67 duyarlılık ve %80 özgüllüğe sahipti.

Çok değişkenli cox regresyon analizi

Parametre	Rölatif Risk (RR)	%95 Güven Aralığı	p değeri
Yaş	1.036	1.006-1.662	0.015
LVEF	0.945	0.920-0.971	<0.001
BRA	1.19	1.125-3.611	0.024

BAR: Pro-BNP albumin oranı, LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu

[SS-038]

KABG ve PKG uygulanan NSTE-MI hastalarında klinik, hematolojik ve ekokardiyografik özelliklerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi

Saadet Aydın¹, Mohammad Ziaieitorbat²

¹Bakircay University, Faculty Of Medicine, Department of Cardiology, Izmir, Turkey

²Cubuk Halil Sıvın State Hospital, Department of Cardiology, Ankara, Turkey

Amaç: ST segment elevasyonsuz miyokard enfarktüsü (NSTE-MI) tanısı alan hastalar, tedavi sürecinde perkütan koroner girişim (PKG) veya koroner arter bypass greftleme (KABG) yöntemlerinden biriyle yönetilebilir. Bu çalışmanın amacı, bu iki hasta grubunun klinik, hematolojik ve ekokardiyografik özelliklerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Toplam 120 NSTE-MI hastası çalışmaya dahil edildi; 60'ına PKG, 60'ına ise KABG uygulandı. Hastaların demografik verileri, laboratuvar parametreleri, ekokardiyografik bulguları ve anjiyografik SYNTAX skorları analiz edildi.

Bulgular: KABG grubunun ortalama yaşı daha yüksekti ($64,9 \pm 11,1$ vs. $62,2 \pm 11,5$ yıl; $p = 0,254$). Ortalama trombosit hacmi (MPV), KABG grubunda $8,90 \pm 1,75$, PKG grubunda ise $8,57 \pm 1,23$ idi ($p = 0,347$). Trombosit sayısı KABG grubunda biraz daha yüksekti (232.583 ± 74.300 vs. 225.816 ± 54.500 ; $p = 0,927$). Başlangıç ejeksiyon fraksiyonu (EF), PKG hastalarında anlamlı olarak daha yüksekti ($60,3 \pm 5,4\%$ vs. $55,3 \pm 8,8\%$; $p = 0,002$); ancak hastanede yatış süresince EF'deki değişim (ΔEF) KABG grubunda daha belirgindi ($6,6 \pm 4,9$ vs. $2,3 \pm 2,4$; $p < 0,001$). Pik troponin düzeyleri KABG grubunda daha yüksekti ($6418,8 \pm 11.103,3$ vs. $6135,3 \pm 9647,2$; $p = 0,983$). SYNTAX skoru, KABG grubunda anlamlı şekilde daha yüksekti ($39,7 \pm 7,0$ vs. $30,1 \pm 3,9$; $p < 0,001$). CRP düzeyleri KABG hastalarında daha yüksek saptandı ($19,5 \pm 3,9$ vs. $16,5 \pm 2,4$; $p = 0,937$). Nötrofil/lenfosit (N/L) oranı medyan değeri KABG grubunda 2,5, PKG grubunda 2,2 olarak bulundu ($p = 0,675$). Lökosit (WBC) sayıları gruplar arasında benzerdi ($9,0 \times 10^3$ vs. $9,02 \times 10^3$; $p = 0,971$). Spearman korelasyon analizine göre MPV ile ΔEF arasında pozitif korelasyon saptandı ($r = 0,259$; $p = 0,005$). SYNTAX skoru ile başlangıç EF arasında negatif korelasyon gözlemlendi ($r = -0,288$; $p = 0,002$). Pik troponin düzeyleri ile ΔEF ($r = 0,553$; $p < 0,001$) ve SYNTAX skoru ile ΔEF ($r = 0,542$; $p < 0,001$) arasında da anlamlı pozitif korelasyon mevcuttu. Ayrıca N/L oranı ile ΔEF arasında da pozitif korelasyon saptandı ($r = 0,228$; $p = 0,013$).

Sonuç: KABG ile tedavi edilen NSTE-MI hastalarında anatomik karmaşıklık düzeyi daha yüksek bulunmuş ve hastanede yatış süresince EF'de daha belirgin bir iyileşme gözlenmiştir. Çeşitli hematolojik ve fonksiyonel parametreler ile EF değişimi arasında anlamlı korelasyonlar saptanmış olup, bu bulgular söz konusu parametrelerin risk sınıflaması ve tedavi planlamasında potansiyel birer biyobelirteç olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: NSTE-MI, KABG, PKG, SYNTAX skoru, Ejeksiyon fraksiyonu

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu, tablo ve şekil yüklerken sorun yaşadığımız için özeti bu şekilde gönderdik. Bildirimiz kabul edildiği takdirde ekleyeceğiz. Saygılar.

[SS-039]

Pulmoner arteriyel hipertansiyonda konjesyonu değerlendirmek için periferik venöz basınç ölçümleri

Mükremin Coşkun, Mert Evlice, Abdullah Yıldırım, Emre Sezici, İbrahim Halil Kurt
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sağ atriyal basınç (RAP), pulmoner hipertansiyonda (PH) önemli bir prognostik kriterdir. Kalp kateterizasyonu ile ölçülen yüksek ortalama RAP, mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. PH hastalarının tedavisinde yatak başında yapılan doğru konjesyon değerlendirmesi hala zorlu bir konudur. Dolaşım sıvısının sürekli bir kanalı olan sistemik konjesyon, yüksek RAP ile temsil edilir ve periferik venöz basınç (PVP) ile yansıtılabilir. Geleneksel klinik değerlendirmelerin ötesinde konjesyonu değerlendirmek için PVP ölçümlerinin güvenilirliğini değerlendirdik.

Yöntem: Sağ kalp kateterizasyonu yapılan 138 hastada geleneksel konjesyon değerlendirmeleri ve PVP ölçümleri gerçekleştirdik. PVP, üst ekstremiteye yerleştirilen 16 gauge periferik venöz erişim yoluyla ölçüldü. Bulgular: Ortalama RAP ve PVP sırasıyla $8,7 \pm 4,2$ mmHg ve $10,7 \pm 4,3$ mmHg idi. PVP, RAP ile güçlü bir doğrusal korelasyon gösterdi (Pearson $r = 0,839$; $p < 0,001$). PVP, hem RAP < 8 mmHg (eğri altındaki alan [AUC]: 0,91 [%95 güven aralığı: 0,86–0,96]; duyarlılık: %72; özgüllük: %94 kesme noktası: 8,5 mmHg) ve RAP ≥ 12 mmHg (AUC: 0,92 [0,87–0,97]; duyarlılık: %82; özgüllük: %89 kesme noktası: 12,5 mmHg) için önemli bir ayırt edici güç sergilemiştir.

Sonuç: Periferik venöz erişim yoluyla ölçülen PVP, invaziv olarak elde edilen RAP ile güçlü bir korelasyon gösterir. PVP ölçümleri, mevcut yatak başı konjesyon değerlendirmelerini iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: kalp kateterizasyonu, periferik venöz basınç, sağ atriyal basınç, sistemik konjesyon

Demografik özellikler

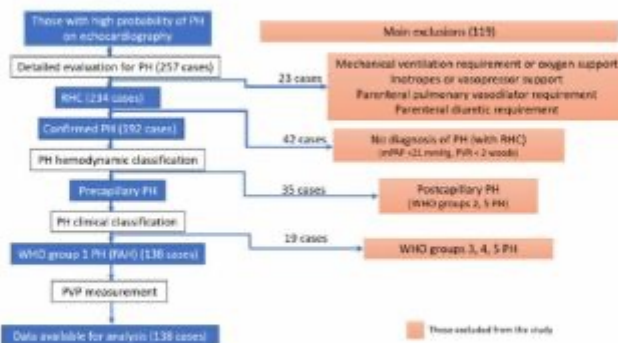


Figure 1. Flow chart of patient selection. mPAP: mean pulmonary artery pressure; PAWP: pulmonary arterial wedge pressure; PAH, pulmonary arterial hypertension; PH, pulmonary hypertension; PVP, peripheral venous pressure; PVR, pulmonary vascular resistance; RHC, right-sided heart catheterization; WHO, World Health Organization. Notes: Postcapillary PH was defined as mPAP > 20 mmHg and PAWP > 15 mmHg. Precapillary PH was defined as mPAP > 20 mmHg, PAWP ≤ 15 mmHg and PVR ≥ 2 woods.

[SS-041]

Kırık Bir Kalbin Elektriksel İzleri

Mücahit Aker¹, Mehmet Murat ŞAHİN

¹Asist.Dr. Mücahit Aker

²Uzm. Dr. Muhammet Cihat Çelik

Giriş: Takatsubo sendromu (TS) ilk olarak 1990 larda tanımlanmış, sol ventrikül apeksinin balonlaşmasıyla ilişkilendirilmiş ve dilimize yoğun emosyonel stres sonrası oluştuğundan ötürü "kırık kalp sendromu" olarak geçmiştir. Özellikle post menopozal kadınlar, emosyonel stres sonrası ortaya çıkmaktadır. Uzun QT intervali potansiyel olarak ölümcül ventriküler aritmilere yol açabilecek bir durumdur. TS de QT uzaması çok nadir görülmekle birlikte patofizyolojisi tam olarak açıklanmamış olsa da stresin iyon kanallarında yol açtığı disfonksiyonla ilişkilendirilmektedir.

Vaka: Yakın zamanda emosyonel stres yaşayan 68 yaşındaki kadın hasta, göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Geliş ekg sinde temel ritm sinüzal olmakla birlikte, neredeyse tüm derivasyonlarda yaygın T negatifliği vardı. QT mesafesi ise yaklaşık 620 ms olarak ölçüldü. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde troponin: 716 (cut-off: 300) geldi. Troponin pozitifliğini açıklayacak başka bir laboratuvar parametresi izlenmedi. Hasta tarafımıza konsulte edildi.

Yapılan ekokardiyografik değerlendirmede LV ef: %30, apikal bölge hipokinetik olarak saptandı. Hasta aks kabul edildi ve erken kag planı ile anjiyografi ünitesine alındı. Yapılan koroner anjiyografide koroner arterler plaklı izlendi. Herhangi bir koroner arterde kritik darlık izlenmedi ve koroner anjiyografi sonlandırıldı. Hasta yoğun bakım ünitesine alınarak medikal tedavisi başlandı. 24 saatlik yoğun bakım takibinin ardından hasta servise takibine alındı. Servis takiplerinde ek yakınması olmayan hasta medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Taburcu edilmeden çekilen son ekg sinde ise QT mesafesi yaklaşık 480 ms olarak ölçüldü. Yaklaşık 4 ay sonra kontrole gelen hastanın yapılan ekokardiyografik incelemesinde LV ef:60 olarak ölçüldü. Ekg sinde ise temel ritm sinüzal ve QT mesafesi normal olarak ölçüldü.

Tartışma: Bu vakada, hastada gözlenen belirgin QT uzaması (yaklaşık 620 ms), Takotsubo sendromuyla (TS) birlikte rapor edilen önemli elektrofizyolojik değişikliklerden biridir. QT intervalindeki bu uzama potansiyel olarak hayati tehdit edebilecek malign ventriküler aritmilere (özellikle torsades de pointes) zemin hazırlayabilir.

Tedavi sonrası QT mesafesinin normal sınırlara dönmesi ve apikal balonlaşmanın da regresyon göstermesi bu iki fenomen arasında geçici ilişkiyi desteklemektedir. Bu vaka TS de "QT uzayabilir" farkındalığı, erken tanı ve tedavisi ile hastayı bir malign aritmiden kurtarabileceğini tartışmaya sunmaktadır. Tedavi sonrası QT mesafesinin ve apikal balonlaşmanın normale dönmesi bu iki fenomen arasında geçici ilişkiyi desteklemektedir.

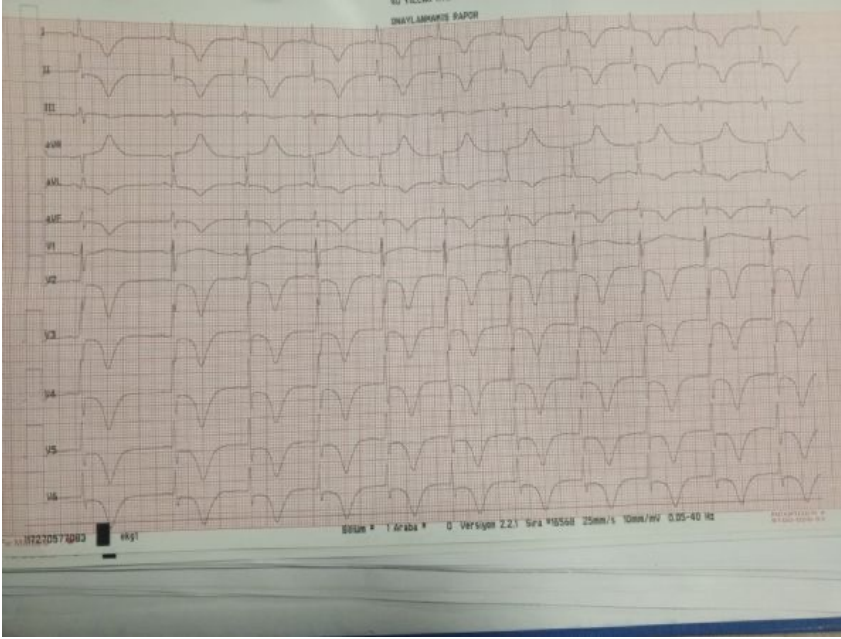
Bu vaka, Takotsubo kardiyomiyopatisinin yalnızca mekanik bir miyokard disfonksiyonu olmadığını, aynı zamanda elektrofizyolojik instabiliteye neden olabilecek kompleks bir süreç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: takatsubo, uzun QT, kırık kalp sendromu

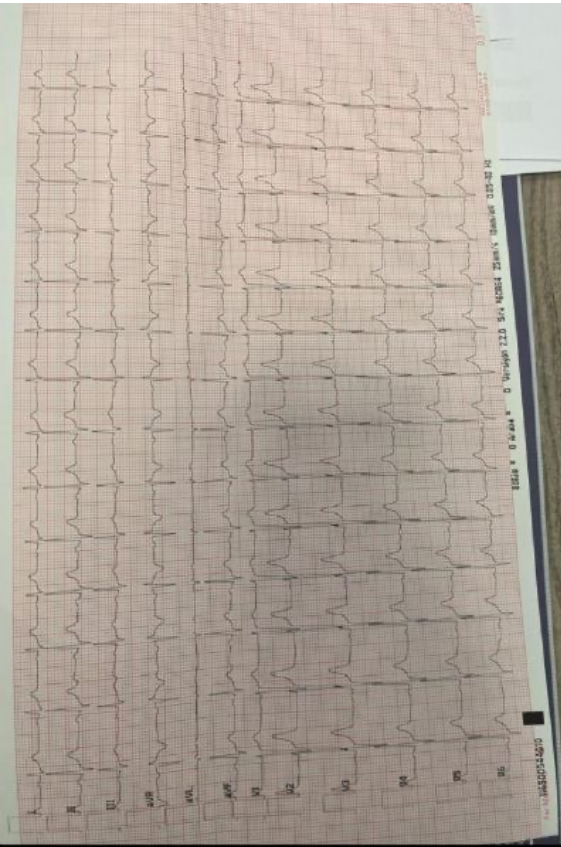
KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

GELİŞ EKG



KONTROL EKG



[SS-042]

Yaşlı ve Komplet Sağ Dal Bloğu Olan Hastada Kardiyonöral Ablasyon Sonrası QRS Normalizasyonu: Tesadüf mü Nedensellik mi?

Yakup Yunus Yamantürk¹, Başar Candemşir²

¹Artvin Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Artvin

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Kardiyonöral ablasyon (CNA), fonksiyonel bradikardi ve senkopla seyreden otonomik dengesizlik durumlarında uygulanabilen fizyolojik bir ritim kontrol stratejisidir. Sinüs düğümü ve AV düğüm üzerine artmış parasempatik tonusun etkisini ortadan kaldırarak semptomları geriletmeyi hedefler. Bu olgu, sağ dal bloğu (RBBB) ile başvuran yaşlı bir hastada CNA sonrası yalnızca klinik iyileşme değil, aynı zamanda iletim sistemi üzerinde gözlenen morfolojik bir değişikliğe de dikkat çekmektedir.

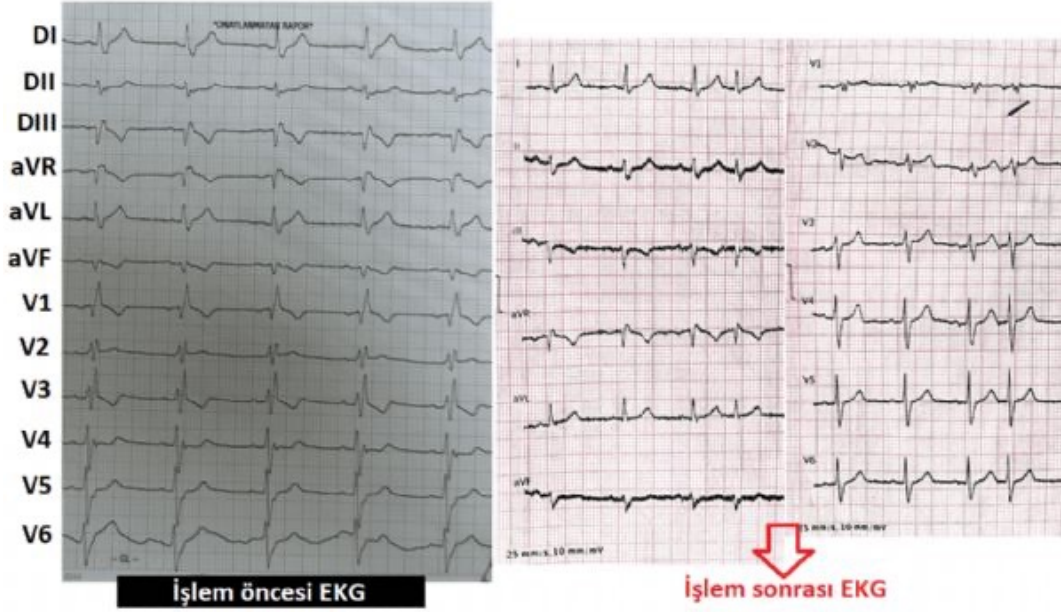
Olgu Sunumu: Esansiyel hipertansiyon öyküsü bulunan 65 yaşında erkek hasta, tekrarlayan senkop atakları ve efor dispnesi yakınmaları ile başvurdu. Giriş EKG'sinde sinüs ritminde ve komplet sağ dal bloğu (QRS genişliği: 140 msn) izlendi (Şekil 1). Holter-EKG incelemesinde trifasiküler blok ya da infrahissian ileti bozukluğunu düşündürecek bulguya rastlanmadı. Koroner anjiyografide obstrüktif lezyon izlenmedi. Elektrofizyolojik çalışma (EPS) sırasında HV mesafesi 56 msn olarak ölçüldü ve atropin testi pozitif sonuç verdi. Fonksiyonel (vagal aracılı) senkop ön planda değerlendirilerek sağ atriyumdan floroskopik yaklaşım ile kardiyonöral ablasyon uygulandı. Ablasyon sonrası yapılan ekstrakardiyak vagal stimülasyon (ECVS) testinde vagal yanıt alınmadı ve hastanın kalp hızında bazale göre %50 oranında artış kaydedildi. İşlem sonrası çekilen EKG'de önceden mevcut olan sağ dal bloğunun kaybolduğu gözlemlendi (Şekil 2). Hastanın 2 aylık takibinde yeni senkop atağı izlenmedi.

Tartışma: Bu olguda, CNA işlemi sonrası yalnızca senkop semptomlarında gerileme değil, aynı zamanda sağ dal bloğunda gerileme ile QRS kompleksinin daralması dikkat çekicidir. Literatürde CNA'nın ventriküler ileti yolları üzerindeki dolaylı etkileri sınırlı sayıda rapor edilmiştir. Sağ dal bloğu morfolojisinin otonom sinir sistemi aracılığıyla fonksiyonel olarak modüle edilebilir olması, bu olguda izlendiği gibi, vagal tonusun azalması ile iletimde düzelme yaşanabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: CNA, yalnızca vagal aracılı senkopların kontrolünde değil, aynı zamanda bazı olgularda fonksiyonel iletim bozukluklarında da iyileşme sağlayabilir. Bu olgu, sağ dal bloğunun potansiyel olarak otonomik mekanizmalarla ilişkili olabileceğini ve CNA'nın bu bağlamda elektrofizyolojik bir modülasyon sağlayabileceğini düşündürmektedir.

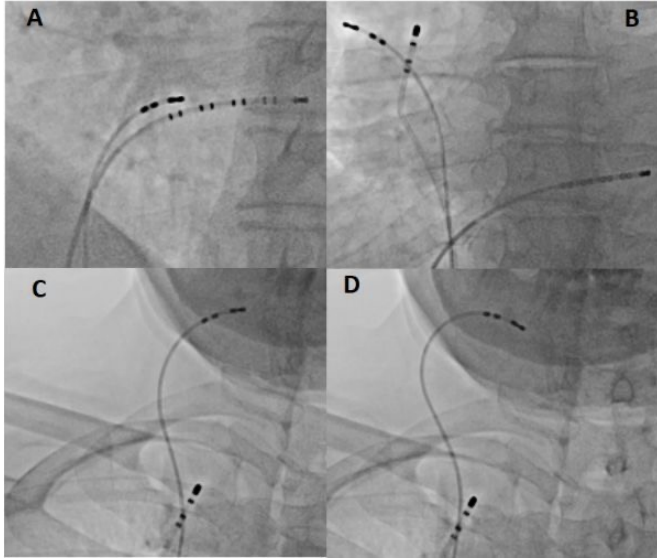
Anahtar Kelimeler: fonksiyonel bradikardi, kardiyonöral ablasyon, sağ dal bloğu, senkop

Şekil 1



İşlem öncesi ve sonrası EKG

Şekil 2



EPS ve floroskopik CNA işlemi (A. Temel ölçümler B. Phrenic sinir capture ve Bachmann's bundle blok takibi ile ablasyon C-D. ECVS (extracardiac vagal stimulation) test (Doppler USG ve floroskop eşliğinde sağ internal Juguler ven- N.vagus & Common Carotid Arter lokalizasyonu netleştirildi)

AuthorToEditor: Vaka sırasındaki EGM kayıtları elimizde mevcuttur, sözlü sunum kabulü durumunda paylaşılacaktır Saygılarımla Uzm Dr Yakup Yunus Yamantürk

[SS-044]

Renal Arter Stentleme Sonrası Kardiyak Elektriksel Aktivitedeki Erken Değişiklikler

Onur Erdoğan

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Renal arter stenozu (RAS), sekonder hipertansiyonun önemli nedenlerinden biridir ve tedavi edilmediğinde son organ hasarına ve kardiyovasküler hastalık riskinde artışa yol açabilir. RAS için en yaygın revaskülarizasyon yöntemi, renal arter perfüzyonunu artırmayı ve kan basıncı kontrolünü sağlamayı hedefleyen perkütan transluminal girişimdir. ESC ve AHA/ACC kılavuzlarına göre, renal arter stentleme yalnızca dirençli hipertansiyon, hızlı ilerleyen renal fonksiyon bozukluğu (özellikle bilateral hastalık veya tek işlevsel böbreği olanlarda) ve ani gelişen pulmoner ödem (flash pulmoner ödem) gibi yüksek riskli hasta gruplarında önerilmektedir. Asemptomatik hastalarda veya kan basıncı/böbrek fonksiyonları iyi kontrol edilenlerde rutin stentleme önerilmez.

RAS'lı hastalar, renal yetersizlik, renin–anjiyotensin–aldosteron ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile koroner ateroskleroz gibi nedenlerle kardiyovasküler olaylar açısından artmış risk altındadır. RAS, kardiyovasküler hastalıkların artışına neden olarak kardiyak elektriksel aktiviteyi de etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı, renal arter stenozu nedeniyle perkütan transluminal girişim uygulanan hastalarda, işlem öncesi ve 3 ay sonraki EKG parametrelerini karşılaştırarak revaskülarizasyonun kardiyak elektriksel aktivite üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Renal arter stenozu nedeniyle perkütan renal arter stent implantasyonu yapılan hastaların verileri retrospektif olarak analiz edildi. İşlem öncesi ve 3 ay sonraki standart 12 derivasyonlu EKG'ler karşılaştırıldı. İncelenen parametreler arasında P dalgası maksimum süresi (Pmax), minimum süresi (Pmin), P dalgası dispersiyonu, PR intervali, QTc, Tp-e intervali, ve Tp-e/QTc oranları ile sol ventrikül hipertrofisi (LVH) için V1 S dalgası + V5 R dalgası değerlendirildi. İşlem öncesi ve sonrası değerler paired samples t-testi veya Wilcoxon signed-rank testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 34 hasta (21 erkek, %61.8) dahil edildi. Ortalama yaş 53.35 ± 15.90 yıl idi. Ortalama Pmax 89.26 ms'den 81.12 ms'ye ($p=0.002$) ve P-dalga dispersionu 35.35 ms'den 29.02 ms'ye ($p=0.010$) anlamlı olarak azaldı. Ayrıca LVH için $S(V1)+R(V5)$ voltaj kriteri 31.10 mV'den 20.74 mV'ye ($p=0.003$) düştü. Diğer EKG parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik gözlenmedi ($p>0.05$). Sonuç: Başarılı renal arter stentleme işlemi, atriyal ileti parametreleri (Pmax ve P dalga dispersiyonu) ve LVH kriterlerinde anlamlı düzelmelere yol açtı. Bu bulgular, uygun endikasyonda renal arter stentlemenin; renal perfüzyon ve kan basıncı kontrolü ile atriyal ve ventriküler yeniden remodelingi gösteren EKG belirteçlerini de olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Renal Artere Perkütan Girişim, EKG parametreleri, Kardiak remodeling, Dirençli Hipertansiyon

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Renal Arter Stentleme Sonrası EKG Parametrelerinde Değişiklikler

EKG Parametresi	İşlem Öncesi (Ort ± SD)	İşlem Sonrası (Ort ± SD)	Fark (Ort ± SD)	%95 GA (Alt- Üst)	P-değeri
P max (ms)	89,26 ± 17,95	81,12 ± 17,64	-8,15 ± 14,09	-13,06 / -3,23	0,002
P min (ms)	53,91 ± 16,93	52,09 ± 13,63	-1,82 ± 12,68	-6,25 / 2,60	0,408
P dispersiyonu (ms)	35,35 ± 20,98	29,03 ± 17,98	-6,32 ± 13,47	-11,02 / -1,62	0,010
PR intervali (ms)	157,72 ± 24,01	152,52 ± 26,15	-5,20 ± 17,14	-12,27 / 1,87	0,142
QTc (ms)	437,16 ± 31,68	434,12 ± 29,26	-3,04 ± 25,14	-13,42 / 7,34	0,551
S(V1)+R(V5) (mV)	31,10 ± 16,72	20,74 ± 10,64	-10,37 ± 15,70	--16,85 / -3,88	0,003
Tp-e (ms)	76,47 ± 16,61	71,94 ± 18,73	-4,52 ± 13,19	-9,13 / 0,076	0,054
Tp-e/QTc	0,18 ± 0,04	0,18 ± 0,04	-0,0056 ± 0,034	-0,02 / 0,009	0,423

[SS-045]

İlk Epikardiyal Ablasyonda Zorlu Epikardiyal Giriş

Sedat Sakallı¹, Esra Polat¹, Engin Dondurmacı¹, Basar Candemir²

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Gaziantep

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Sosa ve ark. tarafından ilk defa tekrarlayan VT atakları olan hastada tanımlanan epikardiyal mapping ve epikardiyal VT ablasyonu günümüzde ARVD, Brugada, Chagas kardiyomiyopatisi, noniskemik VT, atrial taşikardi olmak üzere birçok aritmide yaygın olarak uygulanmaktadır.

Kardiyak cerrahi öyküsü olanlarda, daha önce epikardiyal girişim yapılmış olan hastalarda ve perikardit geçirmiş olan hastalarda epikardiyal girişimin oluşan adhezyonlara bağlı olarak başarılı olma ihtimalinde azalma olduğu yayınlanılmış olgu sunumlarında bildirilmiştir.

Biz bu vakada 41 yaşında ARVD tanısı olan VT atakları olan ilk defa ablasyon yapılan hastada epikardiyal girişimde karşılaştığımız zorluklar ve başarılı olmak için yapmak zorunda kaldığımız girişimlerden bahsedeceğiz.

İlk epikardiyal girişim yapılacak olan ARVD hastamızda standart olarak floroskopik olarak 8F introducer Seldinger iğnesi ile ponksiyon yapılmak istendi ancak iğne uzunluğunun yetmemesi üzerine Chiba iğnesi kullanıldı. Chiba iğnesi ile ponksiyon yapıldıktan sonra 0.032 tel perikardiyal aralığa yerleştirildi. Agilis yerleştirilmek istendi ancak perikardiyal aralığa geçilemedi. Uzun sheat dilatörü alınarak perikard dilate edilmek istendi ancak uzun sheat dilatörü ile geçilemedi. Daha sonra yeni bir ponksiyon yapılarak 0.014 floppy ve 0.014 floppy extrasupport tel epikardiyal aralığa gönderildi. 3x20 NC balon ile dilatasyon yapıldı. Tekrar uzun sheat dilatörü ile dilate edilmek istendi ancak yine dilatör geçmedi. Daha sonra mitral balon valvüloplastide kullanılan siyah dilatör kullanarak dilate edildi. Daha sonra 0,032 üzerinde Agilis yerleştirildi ve haritalama yapıldı. RV anterior duvara RF ile başarılı ablasyon yapıldı. Epikardiyal alanda perikardiyal mai kontrolü yapılarak sheatleri çekildi. Komplikasyon olmadı.

Anahtar Kelimeler: Epikardiyal ablasyon, ARVD, VT

[SS-046]

Septal Pacing yapılan hastalarda Time to Peak Longitudinal Strain ile Responder grubunun öngörülmesi

Emre Karakuş¹, Gurbet Özge Mert², Selda Murat², Muhammet Dural²

¹Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji, Kırıkkale

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sol dal pacing (LBBP), kardiyak resenkrizasyon tedavisinde (CRT) fizyolojik ventriküler aktivasyonu hedefleyen güncel ve artan sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Ancak klinik yanıtın heterojen olması, hangi hastaların bu tedaviden fayda göreceğini öngörmeyi zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada, LBBP uygulanan hastalarda Time to Peak Longitudinal Strain (TTP-LS) parametresinin tedavi yanıtını öngörmedeki değeri araştırılmış ve prognostik önemi değerlendirilmiştir.

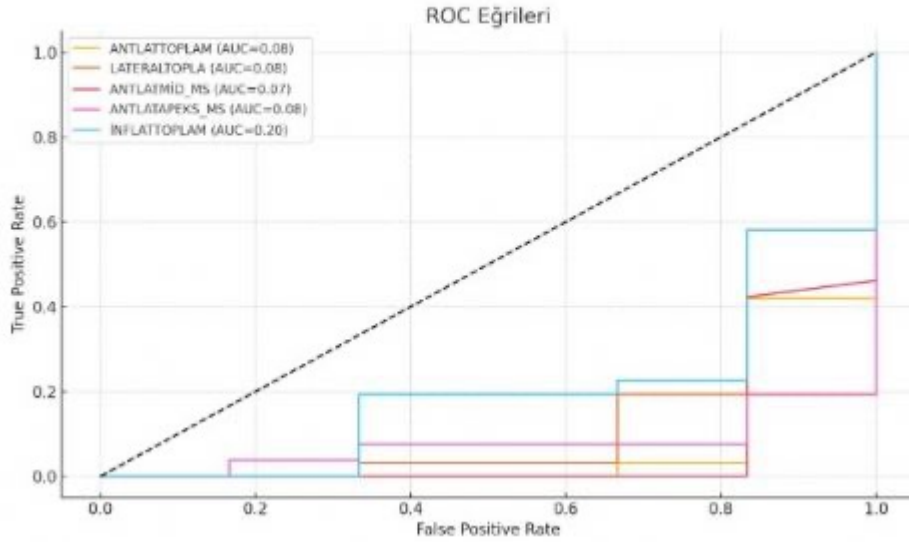
Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya, LBBP uygulanmış ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) $\leq 35\%$ olan 43 hasta dahil edildi. Görüntü kalitesi yetersiz olan veya eksik veriye sahip 5 hasta analiz dışı bırakıldı. Tedaviye yanıt, işlem sonrası altıncı ayda sol ventrikül stroke volümünde (DSV-SSV/DSV) $\geq 15\%$ artış olarak tanımlandı ve bu kriteri karşılayan hastalar "responder" olarak sınıflandırıldı. Tüm hastalara transtorasik ekokardiyografi (Philips EPIQ Q7) yapılarak, QLAB yazılımı kullanılarak A4C, A2C ve A3C görüntülerinden global ve segmental longitudinal strain ile segment bazlı TTP-LS süreleri hesaplandı. Hastalar, responder ve non-responder olarak iki grupta değerlendirildi. Klinik veriler ve TTP-LS parametreleri karşılaştırıldı; anlamlı farklılık gösteren segmentler için ROC analizi ile cut-off değerleri ve ayırt edici gücü belirlendi.

Bulgular: Hastaların %71'i (n=27) responder grubundaydı. Katılımcıların %44,1'i kadın, ortalama yaşları ise $64,7 \pm 10,2$ idi. TTP-LS analizine göre, lateral ve inferolateral segmentlerdeki süreler tedavi yanıtını öngörmeye anlamlı fark göstermekteydi. Responder grubunda Anterior lateral TTP-LS toplam ($1072,10 \pm 493,26$ vs. $1873,00 \pm 939,30$; $p = 0,001$), Lateral toplam TTP-LS ($2097,19 \pm 960,92$ vs. $3469,17 \pm 1453,09$; $p = 0,001$), Anterior lateral mid TTP-LS ($436,85 \pm 60,20$ vs. $665,33 \pm 339,69$; $p = 0,001$) ve Anterior Lateral Apeks TTP-LS ($382,50 \pm 76,75$ vs. $577,17 \pm 204,74$; $p = 0,002$) değerleri anlamlı şekilde daha kısa saptandı. ROC analizinde en yüksek AUC değerlerine sahip parametreler şunlardı: Anterior lateral toplam (AUC: 0.669; cut-off: 1384.5), Lateral toplam (AUC: 0.663; cut-off: 2656.0), Cut-off değerlerinin altında kalan TTP-LS süreleri, daha yüksek tedavi yanıt oranları ile ilişkiliydi.

Sonuç: LBBP sonrası LV mekanik senkronizasyon yanıtını öngörmeye segmental TTP-LS parametreleri değerli olabilir. Özellikle anterolateral segmentlerdeki kısa TTP-LS süreleri, başarılı tedavi yanıtı ile ilişkili bulunmuştur. Tersine, bazı hastalarda bu segmentlerde uzamış TTP-LS süreleri, yetersiz mekanik senkronizasyon ve tedavi başarısızlığına işaret etmektedir. Bu bulgular, septal pacing'in her hastada yeterli olmayabileceğini ve bazı durumlarda lateral odaklı CRT stratejilerinin (örneğin LOT-CRT) daha uygun olabileceğini düşündürmektedir. Segmental TTP-LS analizi, hasta seçimi ve bireyselleştirilmiş pacing stratejilerinin planlanmasında yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sol dal pacing, Time to Peak Longitudinal Strain (TTP-LS), Kardiyak Resenkrizasyon Tedavisi (CRT), Kalp Yetmezliği

roc analizi



Özellikle anterolateral segmentler (ANTLATTOPLAM, ANTLATMİD_MS, ANTLATAPEKS_MS) öne çıkmakta olup, bu segmentlerde gecikmiş strain pik süresi, tedaviye yanıtızlılıkla ilişkilidir.

tablo

Time to Peak Longitudinal Strain (TTP-LS) Parametre Karşılaştırması

Parametre (msn)	Responder Ortalama $\pm$ SS	Nonresponder Ortalama $\pm$ SS	p
Antlatbazal (msn) $\pm$ Sd	458.92 $\pm$ 48.94	630.50 $\pm$ 401.99	0.546
Antlatmid (msn) $\pm$ Sd	436.85 $\pm$ 60.20	665.33 $\pm$ 339.69	0.0014
Antlatapeks (msn) $\pm$ Sd	382.50 $\pm$ 76.75	577.17 $\pm$ 204.74	0.0016
Antlat toplam (msn) $\pm$ Sd	1072.10 $\pm$ 493.26	1873.00 $\pm$ 939.30	0.0012
İnferolateralbazal (msn) $\pm$ Sd	436.15 $\pm$ 73.03	552.50 $\pm$ 179.93	0.055
İnferolateralmid (msn) $\pm$ Sd	411.38 $\pm$ 104.47	530.83 $\pm$ 174.80	0.0821
İnferolateralapeks (msn) $\pm$ Sd	374.69 $\pm$ 114.12	512.83 $\pm$ 192.55	0.1006
İnferolateral toplam (msn) $\pm$ Sd	1025.10 $\pm$ 482.53	1596.17 $\pm$ 532.33	0.022
İnferio bazal (msn) $\pm$ Sd	682.08 $\pm$ 1069.87	518.00 $\pm$ 58.72	0.6122
İnferio mid (msn) $\pm$ Sd	454.35 $\pm$ 122.57	433.33 $\pm$ 162.94	0.9064
İnferio apeks (msn) $\pm$ Sd	445.12 $\pm$ 134.70	550.00 $\pm$ 537.29	0.7906
İnferio toplam (msn) $\pm$ Sd	1326.45 $\pm$ 1218.99	1501.33 $\pm$ 474.73	0.4211
İnferoseptal bazal (msn) $\pm$ Sd	636.35 $\pm$ 996.10	544.00 $\pm$ 277.02	0.9039
İnferoseptal mid (msn) $\pm$ Sd	455.85 $\pm$ 108.66	491.67 $\pm$ 252.83	0.7536
İnferoseptal apeks (msn) $\pm$ Sd	404.81 $\pm$ 121.70	511.50 $\pm$ 306.35	0.6814
İnferoseptal Toplam (msn) $\pm$ Sd	1240.03 $\pm$ 1012.06	1402.33 $\pm$ 637.20	0.3329
Anteroseptal bazal (msn) $\pm$ Sd	470.50 $\pm$ 268.05	450.17 $\pm$ 148.59	0.5787
Anteroseptal mid (msn) $\pm$ Sd	492.77 $\pm$ 228.14	492.00 $\pm$ 178.35	0.9807
Anteroseptal apeks (msn) $\pm$ Sd	441.04 $\pm$ 208.05	428.50 $\pm$ 241.22	0.5557
Anteroseptal total (msn) $\pm$ Sd	1177.81 $\pm$ 712.65	1370.67 $\pm$ 410.40	0.4211
Lateral toplam (msn) $\pm$ Sd	2097.19 $\pm$ 960.92	3469.17 $\pm$ 1453.09	0.0012
Septum total (msn) $\pm$ Sd	2417.84 $\pm$ 1564.28	2773.00 $\pm$ 1012.78	0.3983

Segmenter TTP-LS

[SS-047]

Dekstrokardili hastalarda kateter ablasyonu: Tek merkez deneyimi

Fatih Erkam Olgun, Fethi Kılıçaslan
İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Dekstrokardi görülme sıklığının %0,1 olduğu ve bunun yetişkin doğumsal kalp hastalığı vakalarının %0,5'ini oluşturduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı dekstrokardili hastalarda yaptığımız kateter ablasyonu prosedürleri ilgili deneyimlerimizi paylaşmaktır.

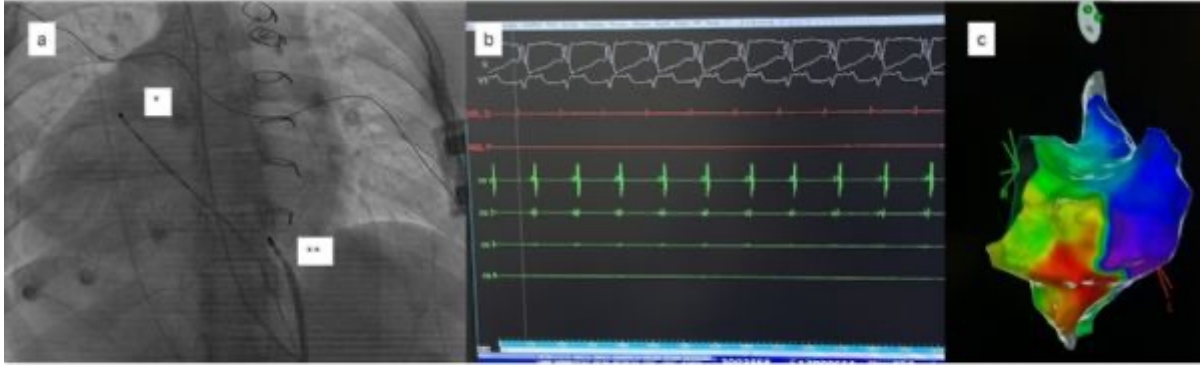
Yöntem: Retrospektif, tek merkezli çalışmamıza 2019 ve 2025 yılları arasında dekstrokardisi olup kateter ablasyonu uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastalarda elektrofizyolojik çalışma testi yapıldı ve ardından kateter ablasyonu uygulandı. Tüm işlemler lokal anestezi altında ve floroskopi eşliğinde gerçekleştirildi. CARTO3, üç boyutlu elektroanatomik haritalama sistemi (Biosense Webster, CA, ABD) operatörün tercihinine göre kullanıldı. Transtorasik ekokardiyografi kontrolü sonrası tüm hastalar aynı gün taburcu edildi.

Bulgular: Çalışmaya dekstrokardisi olan 5 hasta (yaş 36.8 ± 11.4 yıl, %20 kadın) dahil edildi. Hastaların 4'ünde izole dekstrokardi mevcutken 1 tanesi 10 yıl önce fallot tetralojisi nedeniyle opere edilmişti. Klinik parametreler ve prosedürel veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Beş hastanın birinde atriyoventriküler reentran taşikardi (AVRT), birinde ventriküler erken atım (VES) ablasyonu, birinde kavo-triküspit istmus bağımlı atriyal flutter ablasyonu, ikisinde de atriyoventriküler nodal reentran taşikardi (AVNRT) ablasyonu yapıldı. Bu işlemlerin ikisi konvansiyonel yöntem (2 boyutlu) ile yapılırken diğer işlemler (%60) 3 boyutlu haritalama sistemi eşliğinde gerçekleştirildi. Tüm hastalarda komplikasyon olmaksızın işlem esnasında prosedürel başarı elde edildi. Ortalama $3,6 \pm 1,1$ yıllık takip süresi boyunca hastalarda tekrarlayan taşikardi görülmedi. Hastaların ikisine ait işlemlerin görüntüleri Şekil 1 ve 2 gösterilmiştir.

Sonuç: Radyo frekans kateter ablasyonu, güncel ESC kılavuz önerileri ile supraventriküler veya ventriküler taşikardisi olan semptomatik hastaların tedavisinde yaygın ve giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. Dekstrokardisi ve supraventriküler veya ventriküler aritmileri olan hastalarda kateter ablasyonu uygulanabilir, güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Dekstrokardi, Supraventriküler taşikardi kateter ablasyonu, Ventriküler erken vuru kateter ablasyonu

Şekil 1



Şekil1: a. Dördüncü hastamızın 2 boyutlu floroskopi görüntüsü: *Dekapolar kateter koroner sinüs içinde ** Radyofrekans ablasyon kateteri kavotriküspit istmus bölgesinde b. Taşikardinin intrakardiyak görüntüsü c. Taşikardinin 3 boyutlu haritalama sistemi eşliğinde yapılmış olan aktivasyon haritalaması

Şekil 2



Şekil2: a. Beşinci hastamızın 2 boyutlu floroskopi görüntüsü: *Dekapolar kateter koroner sinüs içinde ** Radyofrekans ablasyon kateteri sağ ventrikül çıkış yolu postero-septal bölgesinde b. Ventriküler erken atımların 12 derivasyon kayıtları c. Ventriküler erken atımların 3 boyutlu haritalama sistemi eşliğinde yapılmış olan aktivasyon haritalaması ve ablasyon noktaları

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Tablo1

No	Cinsiyet	Yaş	Eşlik Eden Konjenital Anomali	Tespit Edilen Aritmi	Aritminin Haritalanması	Takip Süresi (Yıl)	Komplikasyon
1	E	38	Yok	AVNRT	2D	4	Yok
2	E	36	Yok	AVRT	2D	4	Yok
3	E	45	Yok	AVNRT	3D	3	Yok
4	E	47	Yok	VES	3D	5	Yok
5	K	18	Opere Fallot Tetralojisi	AFL	3D	2	Yok

Tablo 1: Dekstrokaldisi olup ablasyon yapılan hastaların klinik ve prosedürel parametreleri Kısaltmalar: AFL:Atrial flutter, AVNRT:Atriyoventriküler nodal reentran taşikardi, AVRT: Atriyoventriküler reentran taşikardi, VES: Ventriküler erken atım.

[SS-048]

Atriyal Fibrilasyonda Uzun Dönem Mortaliteyi Öngörmede ACEF Skorunun Prognostik Değeri

Onur Altınkaya, Emrah Aksakal

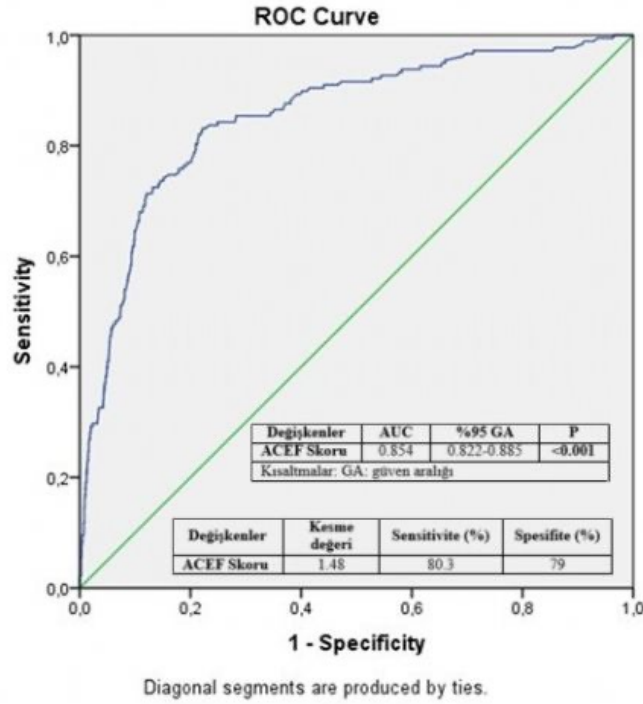
Erzurum Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Erzurum

Amaç: Atriyal fibrilasyon (AF), dünya genelinde yetişkinlerde en sık karşılaşılan kardiyak aritmidir ve önemli oranda morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. AF' de mortalite ve prognoz tahminini değerlendiren çalışmalar hem klinik pratik hem de toplum sağlığı stratejileri açısından kritik öneme sahiptir ve bu konuda çeşitli parametreler araştırılmıştır. Bu sebeple basit, rutin, pratik hesaplanabilen parametreler bize yardımcı olabilir. Çalışmamızda yaş, ejeksiyon fraksiyonu ve kreatinininden oluşan ACEF skorunun AF hastalarında mortalite ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız retrospektif gözlemsel bir çalışma olup 2020-2024 yılları arasında AF tanısı ile hastanemize başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. ACEF skoru: yaş (yıl)/ejeksiyon fraksiyonu (%) + 1 (serum kreatinin değeri >2 mg/dL ise) olarak tanımlandı. ACEF skoru ile mortalite arasındaki ilişkiyi belirlemek için tek değişkenli ve çok değişkenli logistik regresyon analizi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin mortaliteyi tahmin etme gücünü değerlendirmek için receiver operating characteristic (ROC) eğrileri çizildi eğri altındaki alan (AUC) kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel analiz Windows için SPSS 22.0 İstatistik Paket Programı (SPSS Inc, Chicago, Illinois) kullanılarak yapıldı. 2 taraflı P değeri <0,05 anlamlı kabul edildi. Bulgular: Çalışmamıza 1689 hasta alındı. Toplam takip süresi 38.9 ± 10.3 ay, mortalite oranı %10.65 (180 hasta) idi. Ortalama yaş 56.6 ± 12.2 , 1440 erkek (%80.5). HT (HR: 2.048, 95% GA: 1.189-3.530, $p = 0.010$), CRP (HR: 1.024, 95% GA: 1.009-1.040, $p < 0.001$), ACEF skoru (HR 1.631, 95%GA: 1.363-1.950, $p < 0.001$) mortalite ile bağımsız ilişkiliydi. Yapılan ROC curve analizinde ACEF skorunun kestirim değerinde 1.48 olup % 80,3 sensitivite ve %79 spesifite ile mortaliteyi öngördüğü izlendi (AUC: 0.854 %95 GA: 0.822-0.885, $p < 0.001$). Sonuç: Rutin kullanılan tetkiklerden üretilen pratik ve kolay hesaplanabilen ACEF skoru mortalite ile bağımsız şekilde ilişkili izlendi. AF mortalitesinin tahmini, prognoz belirlenmesi haricinde, hasta takibinde ve tedavi düzenlenmesinde bize önemli fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, ACEF skoru, Mortalite

Figur-1: Receiver operating characteristic (ROC) eğrisi analizi ve parametrelerin eğri altında kalan alan değerleri (AUC)



Tablo 1: Mortalite Gelişme Durumlarına Göre Logistic Regresyon Analizi

Değişkenler	Univarite HR, %95 GA	P değeri	Multivarite HR, %95 GA	P değeri
Kadın cinsiyet	1.707 (1.571-2.565)	0.010	1.474 (1.241-1.933)	0.031
Wbc	1.079 (1.029-1.132)	0.002	1.081 (1.016-1.151)	0.015
HB	0.765 (0.699-0.837)	<0.001	0.919 (0.797-1.061)	0.249
CRP	1.044 (1.034-1.054)	<0.001	1.024 (1.009-1.040)	0.001
Glukoz	1.004 (1.003-1.006)	<0.001	1.003 (0.999-1.006)	0.140
Albumin	0.210 (0.132-0.334)	<0.001	0.476 (0.261-0.869)	0.016
HT	2.081 (1.441-3.006)	<0.001	2.048 (1.189-3.530)	0.010
DM	2.290 (1.571-3.338)	<0.001	0.852 (0.396-1.831)	0.682
KOAH	2.198 (1.181-4.091)	0.013	1.474 (0.635-3.423)	0.366
ACEF SKORU	1.834 (1.674-2.010)	<0.001	1.631 (1.363-1.950)	<0.001

Kısaltmalar: Wbc: beyaz kan hücresi, HB: hemoglobin, CRP: C-reaktive protein, HT: hipertansiyon, DM: diabetes mellitus, KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı, HR: hazard ratio, GA: güven aralığı.

[SS-050]

Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonda Yeni Bir Biyobelirteç Olarak Timosin Beta-4

Halil Fedai

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Amaç: Pulmoner hipertansiyon, ortalama pulmoner arter basıncının artmasıyla (mPAP >20 mmHg) karakterize edilen bir durumdur ve pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) bu hastalığın nadir bir alt formunu oluşturur. Aktin bağlayıcı bir protein olan Timosin beta-4 (Tβ4), doku rejenerasyonu, yeniden yapılanma ve iyileşme süreçlerinde önemli bir rol oynar. Hücrel migrasyon, anjiyogenez ve antienflamatuvar etkilerdeki rolü göz önünde bulundurulduğunda, Tβ4 PAH için potansiyel bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmanın amacı, PAH hastalarında dolaşımdaki Tβ4 düzeylerini değerlendirmek ve bu biyomolekülün hastalığın tanısı ve patofizyolojik süreçleriyle olası ilişkisini araştırmaktır.

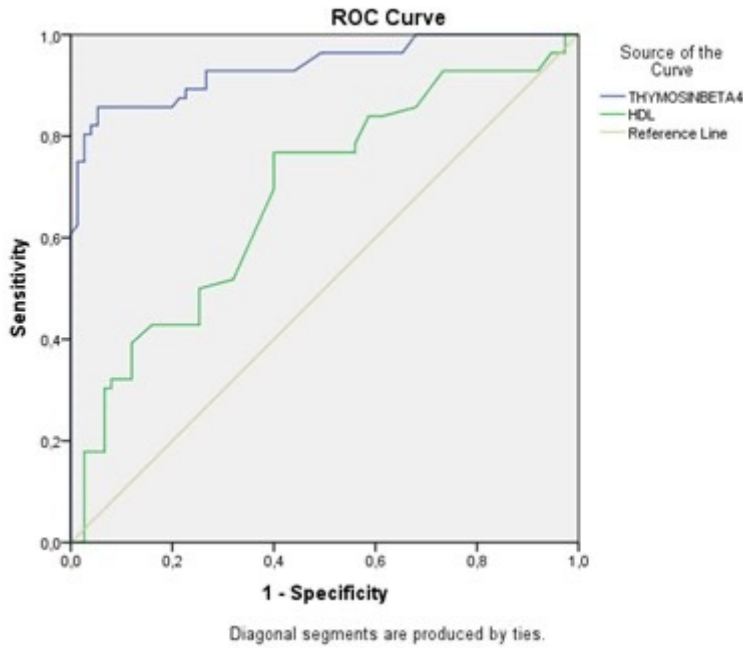
Yöntem: Çalışmaya toplam 131 katılımcı dahil edilmiş ve iki gruba ayrılmıştır: hasta grubu (n = 75) ve kontrol grubu (n = 56). Hasta grubunu, ESC 2022 kılavuzlarına göre PAH tanısı almış ve Harran Üniversitesi Hastanesi'nde izlenen bireyler oluşturmuştur. Plazma Tβ4 düzeyleri ELISA kiti kullanılarak ölçülmek üzere kan örnekleri alınmıştır. Kardiyak fonksiyonları değerlendirmek amacıyla ekokardiyografi yapılmış ve ardından PAH tanısını doğrulamak ve hemodinamik parametreleri değerlendirmek için sağ kalp kateterizasyonu gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Başlangıç özelliklerine ilişkin karşılaştırmalı analizde, demografik veya genel laboratuvar parametreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1). Ancak, hasta grubunda serum Tβ4 düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (1314.2 ± 620.4 pg/mL vs. 5002.1 ± 2152.4 pg/mL; $p < 0.01$) (Tablo 1). Ayrıca, hasta grubunda yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL-K) düzeyleri daha düşük, potasyum düzeyleri ise daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 1). Sonuçla ilişkili bağımsız öngörücüler belirlemek amacıyla basamaklı lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İlk modelde kreatinin, HDL-K, trombosit sayısı ve Tβ4 aday değişkenler olarak tanımlanmıştır. Basamaklı lojistik regresyon analizinde HDL-K ve Tβ4 bağımsız öngörücüler olarak belirlenmiştir (Tablo 2). ROC eğrisi analizinde, PAH'lı hastaları sağlıklı bireylerden ayırt etmek için 2421.9 pg/mL düzeyinde optimal bir Tβ4 kesim değeri tespit edilmiş ve bu değer için %85.7 duyarlılık ile %94.7 özgüllük bulunmuştur (Şekil 1).

Sonuç: Bu çalışmada PAH hastalarının serum Tβ4 ve HDL-K düzeylerinin anlamlı derecede düşük, potasyum düzeylerinin ise daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Tβ4'ün yüksek duyarlılık ve özgüllük göstermesi, bu biyomolekülün PAH için yeni bir tanısal biyobelirteç ve terapötik hedef olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulguların doğrulanması için ileri düzey araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner hipertansiyon, Pulmoner arteriyel hipertansiyon, Timosin beta-4, Aktin bağlayıcı protein

Şekil 1. Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonda HDL-Kolesterol ve Timosin Beta-4'e Ait ROC Eğrileri



Tablo 2. Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonlu Hastalarda Klinik Sonuçların Bağımsız Belirleyicileri İçin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	OR	95% GA	P değeri
HDL-K, mg/dl	1.169	1.022-1.330	0.019
Tβ4, pg/mL	1.003	1.001-1.005	< 0.01

Tablo 1. Çalışma Gruplarının Temel Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması

Parametre	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	P Değeri
Cinsiyet, erkek (%)	26 (34.7)	28 (50)	0.106
Yaş	43.2 ± 15.6	45.5 ± 4.2	0.241
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	24.9 ± 6.8	26.5 ± 3.0	0.107
DM (%)	12 (16.9)	4 (7.1)	0.114
HT (%)	14 (19.7)	7 (12.5)	0.340
BUN (mg/dl)	35.2 ± 21.8	30.4 ± 10.6	0.100
Kreatinin (mg/dl)	0.81 ± 0.23	0.79 ± 0.24	0.601
Sodyum (mEq/L)	139.2 ± 2.5	135.4 ± 13.7	0.065
Potasyum (mEq/L)	4.37 ± 0.35	4.12 ± 0.45	<0.001
Total kolesterol (mg/dl)	151.4 ± 35.4	162.6 ± 33.0	0.068
LDL-K (mg/dl)	79.6 ± 22.8	86.3 ± 15.1	0.066
HDL-K (mg/dl)	37.3 ± 8.9	43.2 ± 9.4	<0.001
Trigliserid (mg/dl)	111.9 ± 57.4	107.3 ± 53.4	0.651
Hemoglobin (g/dl)	14.09 ± 2.51	14.31 ± 2.46	0.615
Trombosit (x10 ³ /μL)	222.5 ± 87.1	238.5 ± 76.2	0.273
Hematokrit (x10 ³ /μL)	43.9 ± 8.9	46.4 ± 8.2	0.105
Lökosit (x10 ³ /μL)	7.95 ± 3.34	7.13 ± 2.09	0.089
Tβ4 (pg/mL)	1314.2 ± 620.4	5002.1 ± 2152.4	<0.001

HT: Hipertansiyon; DM: Diabetes Mellitus; BUN: Kan Üre Azotu; ALT: Alanin Aminotransferaz; Tβ4: Timosin Beta-4; LDL-K: Düşük Dansiteli Lipoprotein Kolesterol; HDL-K: Yüksek Dansiteli Lipoprotein Kolesterol; HCT: Hematokrit; WBC: Lökosit Sayısı

[SS-051]

Protez kalp kapağı implantasyonu yapılan hastalarda atriyal fibrilasyon varlığı ve evresinin prognoz ve intravasküler hemolizin şiddeti üzerindeki etkisi

Yakup Yunus Yamantürk¹, Cagdas Ozdol², Kerim Esenboga², Demet Menekse Gerede Uludag²

¹Artvin Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Artvin

²Ankara Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Mekanik protez kapaklı bireylerde gelişen intravasküler hemolizin advers kardiyovasküler sonuçlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak bu bağlamda atriyal fibrilasyonun (AF) etkisine dair bilgilerimiz sınırlıdır. Bu çalışmada, kapak cerrahisi öncesi AF varlığı ve takipteki AF evresinin, mekanik intravasküler hemoliz şiddeti ve majör advers kardiyovasküler olaylar (MACE) ile olan ilişkisini analiz etmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif kohort niteliğindeki bu çalışmada, fonksiyonel mekanik protez kapağı olan hastalar değerlendirildi. Aort ve/veya mitral kapak replasmanı yapılan toplam 346 hasta, dahil etme ve dışlama kriterlerine göre çalışmaya alındı. Mekanik intravasküler hemoliz (MIH) şiddeti, kapak implantasyonunu takiben takip döneminde ölçülen serum laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyleri üzerinden değerlendirildi. Çalışma popülasyonu, takip LDH (fLDH) medyan değeri olan 264.5 U/L'ye göre iki gruba ayrıldı: non-hemoliz/hafif hemoliz (Grup 1) ve orta düzey hemoliz (Grup 2). Hastalar retrospektif takip sürecinde gelişen MACE açısından değerlendirildi. AF evrelemesi, AF süresi ve ritim kontrolüne dayalı güncel sınıflama dikkate alınarak yapıldı.

Bulgular: Çalışma popülasyonunun ortalama yaşı 57.5 ± 12.5 yıl olup, hastaların %65'i erkekti. Ortalama takip süresi 9.4 ± 3.3 yıl idi. MACE, çalışma popülasyonunun %5.2'sinde (n=18) görüldü. Grup 1'de AF evresinin erken aşamalarında (Evre 1: %17.9, Evre 2: %39.3) hasta oranı daha yüksekti; ileri evrelerde (Evre 3c: %5.2, Evre 3d: %17.9) belirgin azalma mevcuttu. MACE açısından karşılaştırıldığında, Grup 1'de yalnızca 1 (%0.6) olay görüldü, Grup 2'de 17 (%9.8) olay gerçekleşti ($p < 0.001$). Lojistik regresyon yöntemiyle yapılan çok değişkenli analizde, MACE öngörüsünde anlamlı bulunan parametreler değerlendirildiğinde, fLDH ≥ 300 değeri istatistiksel olarak anlamlı bulundu (fLDH; OR= 12.84, %95CI: 2.68–61.60, $p=0.001$). AF evresi ile hemoliz şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p < 0.001$), AF evresi ile MACE arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.65$).

Sonuç: Çalışma bulguları, AF evresinin intravasküler hemoliz şiddetinde önemli bir belirleyici olduğunu ve mekanik kapaklı hastalarda kardiyovasküler olaylar açısından anlamlı bir parametre olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, çalışma popülasyonunda MACE olay sayısının yetersiz olması nedeniyle bu görüşün daha kapsamlı ve prospektif/ randomize çalışmalarla yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: atrial fibrillation, grade, mechanical intravascular hemolysis, MACE

Figür 1

Table 1. Univariate Analysis of the Atrial Fibrillation Classification in Terms of Hemolysis Severity			
Atrial Fibrillation assesment	Group 1	Group 2	P value
AF stages (n, %)			<0,001
Stage 1	31 (%17,9)	25 (%14,5)	
Stage 2	68 (%39,3)	60 (%34,7)	
Stage 3a	26 (%15)	14 (%8,1)	
Stage 3b	0(%0)	3 (%1,7)	
Stage 3c	9 (%5,2)	46 (%26,6)	
Stage 3d	31 (%17,9)	17 (%9,8)	
Stage 4	8 (%4,6)	8 (%4,6)	

Table 2. Univariate and multivariate analysis of the clinical and laboratory parameters

MACE	Univariate Analysis		Multivariate Analysis	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Arterial hypertension	6,72 (2,40-18,83)	<0,001	1,26 (0,11-14,35)	0,85
DM	12,40 (4,32-35,60)	<0,001	12,05 (0,83-175,83)	0,069
Preop AF	4,06 (1,44-11,49)	0,008	0,71 (0,16-3,12)	0,65
LDH≥300	10,88 (3,03-39,05)	<0,001	12,84 (2,68-61,60)	0,001

[SS-052]

İleri Evre Kronik Böbrek Hastalığı Olan Hastalarda TAVI Sonuçları: Çok Merkezli Retrospektif Bir Analiz

Murat Can Güney

Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara; Özel Ankara Medica International Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü

Amaç: Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI), cerrahiye uygun olmayan veya yüksek riskli ciddi aort darlığı hastalarında etkili bir tedavi yöntemidir. Kronik böbrek hastalığı (KBH), TAVI sonrası olumsuz klinik sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada, ciddi aort darlığı nedeniyle TAVI uygulanan hastalarda ileri evre KBH (evre 4 ve son dönem böbrek hastalığı [ESRD]) varlığının, kısa ve orta vadeli klinik sonuçlara etkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Bu çok merkezli retrospektif çalışmaya, Temmuz 2011 - Ocak 2024 tarihleri arasında üç farklı merkezde TAVI uygulanan toplam 612 hasta dahil edildi. Hastalar renal fonksiyon durumuna göre iki gruba ayrıldı: ileri evre KBH (evre 4 ve ESRD, n=45, %7.4) ve normal renal fonksiyon (n=567, %92.6). Tüm işlemler transfemoral erişim yoluyla gerçekleştirildi. Hastaların demografik verileri, eşlik eden hastalıkları, ekokardiyografik ve prosedürel özellikleri, hastane içi komplikasyonlar (serebrovasküler olay dahil) ve bir yıllık mortalite oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm kohortun yaş ortalaması 79.1 ± 7.5 yıl olup, yaş dağılımı iki grup arasında benzerdi. KBH grubunda hipertansiyon (%95.5 vs. %84.1, $p=0.032$), diyabet (%53.3 vs. %35.8, $p=0.018$) ve atriyal fibrilasyon (%44.4 vs. %30.3, $p=0.049$) daha yaygındı. Prosedürel başarı oranları gruplar arasında benzerdi (%95.6 vs. %96.3, $p=0.764$). Hastane içi mortalite, KBH grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (%6.7 vs. %2.1, $p=0.041$). Serebrovasküler olay oranı KBH grubunda %8.9, kontrol grubunda %3.0 idi ($p=0.027$). Vasküler komplikasyon oranı KBH grubunda daha yüksek olmakla birlikte anlamlı değildi (%6.7 vs. %4.2, $p=0.311$). Bir yıllık mortalite, KBH grubunda belirgin olarak daha yüksekti (%24.4 vs. %11.3, $p=0.009$).

Sonuç: İleri evre KBH (evre 4 ve ESRD), TAVI uygulanan hastalarda hem hastane içi hem de bir yıllık mortaliteyi artırmakta ve serebrovasküler olay riskini yükseltmektedir. Bu nedenle, bu hasta grubunda TAVI öncesi risk değerlendirmesi multidisipliner yaklaşımla yapılmalı ve prosedür öncesi bireyselleştirilmiş stratejiler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Transkateter Aort Kapak İmplantasyonu, Kronik Böbrek Hastalığı, Aort Darlığı

[SS-053]

Transkateter Aort Kapak Implantasyonu Sonrası Gelişen Akut Böbrek Hasarı ile Naples Prognostik Skoru Arasındaki İlişki

Zeynep Esra Güner¹, Rıdvan Bolataslan²

¹Uzunköprü Devlet Hastanesi

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Akut böbrek hasarı, transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI) sonrası ortaya çıkabilen ve hasta sonuçlarını ile hastane mortalitesini etkileyebilen önemli bir komplikasyondur. Bu çalışma, çeşitli kardiyovasküler hastalıklarda prognoz tahmini için iyi bilinen bir skorum sistemi olan Naples Prognostik Skoru (NPS) ile TAVI sonrası gelişen akut böbrek yetmezliği arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamıştır. Yöntem: Bu retrospektif analiz, 2019 ile 2024 yılları arasında tek merkezde TAVI uygulanan 203 hastayı içermektedir. Katılımcılar, düşük NPS (0–2) ve yüksek NPS (3–4) gruplarına ayrılmıştır. Akut böbrek hasarının bağımsız belirleyicilerini belirlemek için lojistik regresyon analizi kullanılmış, değişkenler için en uygun eşik değerlerin belirlenmesi amacıyla ROC eğrisi analizi yapılmıştır.

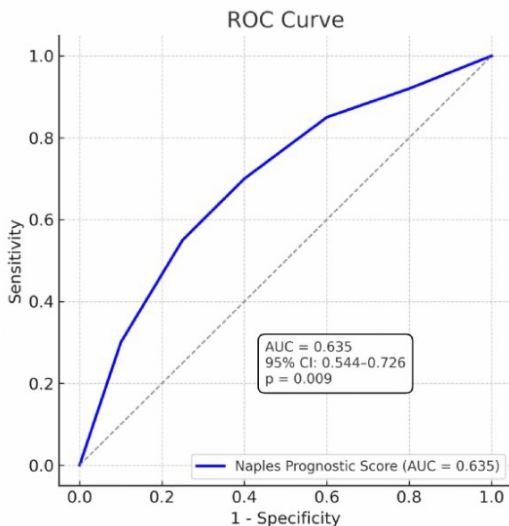
Bulgular: Akut böbrek hasarı (ABH), 203 hastanın 39'unda (%19,2) gelişti. Yüksek NPS, ABH grubunda anlamlı olarak daha yaygın görüldü (%61,5'e karşı %39,6; $p = ,013$). Çok değişkenli analizde, yüksek NPS (OR = 3,41), düşük eGFR, yüksek CRP, artmış kontrast hacmi, azalmış EF ve yüksek HbA1c düzeyleri ABH'nin bağımsız belirleyicileri olarak saptandı.

ROC eğrisi analizinde, kontrast kaynaklı nefropatiyi (CIN) öngörmeye Naples Prognostik Skoru için en uygun kesim değeri 2,5 olarak hesaplandı.

Sonuç: Naples Prognostik Skoru, TAVI sonrası akut böbrek hasarı riski artmış hastaları belirlemede değerli ve erişilebilir bir araçtır. Bu skurun işlem öncesi değerlendirmeye dahil edilmesi, yüksek riskli hasta gruplarında hedefe yönelik koruyucu stratejileri ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarını destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Naples prognostik skor, akut böbrek yetmezliği, transkateter aort kapak implantasyonu

Resim 1



Kontrast Kaynaklı Nefropatiyi Öngörmeye Naples Skoru için ROC Eğrisi

Resim 2

NAPLES Prognostik Skorunun Hesaplanması

Parametre	Eşik Değer	Puanlama
Serum albumin(mg/dl)	<4.0	1
	≥4.0	0
Total kolesterol (mg/dl)	≤180	1
	>180	0
Nötrofil/lenfosit oranı	>2.96	1
	≤2.96	0
Lenfosit/monosit oranı	≤4.44	1
	>4.44	0



Total Skor	Risk Kategorisi
0-2	Düşük Naples Prognostik Skor
3-4	Yüksek Naples Prognostik Score

Naples Prognostik Risk Skorunun Hesaplanması

Tablo 1

DEĞİŞKENLER	CIN (-) (n = 164)	CIN (+) (n = 39)	p değeri
NAPLES Risk Skor (yüksek) n%	65 (39.6%)	24 (61.5%)	.013
Hastane içi mortalite n%	7 (4.3%)	14 (35.9%)	<.001
30 günlük mortalite n%	6 (3.8%)	5 (20.0%)	.002

Kontrast Kaynaklı Nefropati (CIN) ile Risk Sınıflandırması ve Mortalite Sonuçları Arasındaki İlişki

[SS-055]

Valve-in Valve Transkateter Aortik Valve İmplantasyonu Sonrası Gelişen Sol Ventrikül Intramural Hematomun Konservatif Tedavisi

Melike Edinciklioğlu, Eren Ozan Bakır, Oktay Şenöz, Ahmet Anıl Başkurt, Yusuf Demir, Ferhat Siyamend Yurdam, Ecem Gürses, İlker Gül
Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

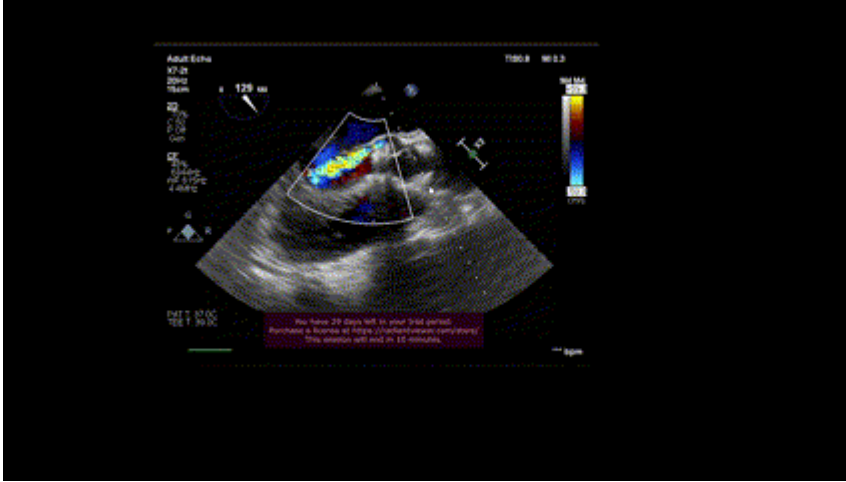
74 yaş erkek hasta, 26 Eylül 24'te nefes darlığı ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde ciddi aort stenozu saptanan hasta kompanseasyonu sonrası aort kapak cerrahisi planlandı. 27 Eylül 24 tarihinde preoperatif yapılan koroner anjiyografi de plaklı koroner arterler saptanan hastaya hazırlıkları sonrasında 07 Ekim tarihinde kalp damar cerrahisi tarafından biyoprotez aort kapak replasmanı uygulandı.(Perceval L biyoprotez kapak).Klinik takipleri yapılırken dekompanseasyon ile yatışı yapılan hastanın diüretik-septomatik tedavi sonrasında kontrol EKO incelemede 3.Derece AY paravalvüler leak? saptandı.Yapılan TEE sonucunda paravalvüler 3-4.derece aort yetmezliği saptandı(Video-1).Hastanın kalp damar cerrahisi-kardiyoloji konseyinde redo-cerrahi için riskli olduğu düşünülerek transkateter aort kapak replasmanı (TAVI) planlandı. TAVI öncesi çekilen bilgisayarlı tomografisinde non-koroner sinüs valsava hizasında biyoprotez kapağın içe katlanır şekilde olduğunu görülmekteydi.(Resim-1) 24 Aralık 24 tarihinde hastaya TAVI uygulandı. İşlem basamakları sonrasında 23mm aortik balon ile pre-dilatasyon sonrası Myval Mail 26mm kapak yerleştirildi. Hastanın kontrol aortagrafisinde aort yetmezliği izlenmedi ve koroner kan akımı olağan izlendi(Video-2). Takibinde yoğunbakım ünitesine alınan, anjina veya anjina eşdeğeri semptom belirtmeyen hastanın EKG kaydında lateral bölgede ST elevasyonu izlenmesi(Resim-2) üzerine yapılan EKO'da lateral duvarda intramural hematoma ve bası bulgusu vermeyen perikardiyal efüzyon izlendi.(Resim-3) Lateral duvarda yaklaşık 8mm hematoma ile birlikte hipokinezi izlenmekte ve EF %45 olarak izlenmekteydi(Video-3).Koroner akımların normal olduğunun görülmesi, hastanın aktif anjinal yakınmasının olmaması ve vital bulgularının stabil olması nedeniyle medikal izlem kararı alındı. 24 saat sonraki kontrol EKG'sinde lateral duvardaki ST segment elevasyonlarının gerilediği izlendi(Resim-4).26 Aralık 24 tarihinde yapılan EKO'da lateral duvarda 6mm intramural hematoma ile lateral duvar hareketinin normal olduğu görüldü ve LVEF:%57 olarak hesaplandı. 1.Ay kontrolünde yakınması olmayan hastada fonksiyonel kapasitesi iyi, EKG'de ST segmentleri normal olup lateralde T negatifliği gözlemlendi(Resim-5).EKO'da EF:%58, lateral duvardaki hematoma regrese,duvar hareketleri normal izlenmekte olup, bası yaratmayan aynı seviyesinde perikardiyal efüzyon izlendi(Video-4).Toplam 3196 hastanın 5 yıllık takip verilerinin değerlendirildiği bir metaanalizde,Perceval kapak takılan hastalarda izlemde Paravalvuler leak (PVL) görülme oranı%3.6 iken,ciddi PVL görülmesi oranı%1.6 saptanmıştır.LV serbest duvar hematomlarında literatür incelendiğinde hastada acil cerrahi gerektirecek bulgu yok ise konservatif tedavi ile izlenebildiği görülmekte. Olgumuzda ise hastanın vitalleri stabil seyretmiş olup,lateral bölgede ST segment elevasyonu görülmesi ve EKO'da lateral hipokinezi gelişmesine rağmen medikal takip edilen hastanın intramural hematomun spontan regrese olduğu izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Intramural Hematom, TAVI, Valve-in Valve

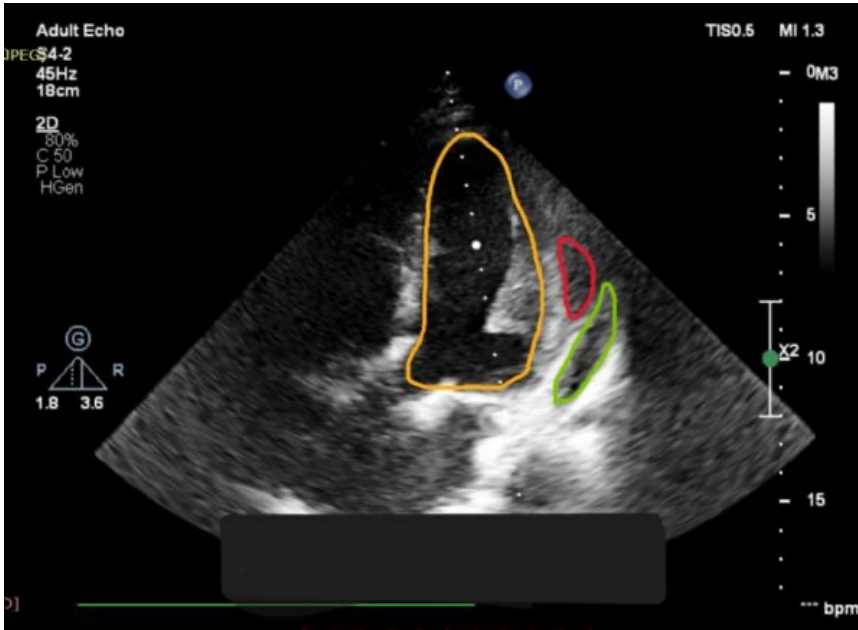
KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Video 1



video 4



[SS-056]

Aort Koarktasyonu Cerrahisi Sonrası Gelişen Fokal Saküler Anevrizmanın Torakoabdominal Endovasküler Aort Onarımı (TEVAR) ile Başarıyla Yönetilmesi: Olgu Sunumu

Günseli Miray Özdemir, Rıdvan Çam, Mustafa Azmi Sungur, Fatma Can, Barış Şimşek, Mehmet Fatih Yılmaz, Gönül Zeren, İlhan İlker Avcı, Can Yücel Karabay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Aort koarktasyonu, sıklıkla çocukluk çağında tanı konulan konjenital bir kardiyovasküler anomalidir. Tedavisi hastanın klinik durumuna göre cerrahi veya endovasküler yöntemlerle düzeltilmektedir. Ancak cerrahi olarak tedavi edilmiş olgularda dahi uzun dönemde rekürren stenoz, hipertansiyon ve anevrizma gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Özellikle torasik aort anevrizmaları, rüptür riski nedeniyle erken tanı ve uygun tedavi gerektiren ciddi bir klinik durumdur.

Son yıllarda torasik aort anevrizmalarının tedavisinde TEVAR giderek yaygınlaşmaktadır. TEVAR, açık cerrahiye kıyasla daha düşük mortalite ve morbidite ile minimal invaziv bir yaklaşım sunarak, yüksek riskli hastalarda önemli bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. Bu olguda, çocukluk çağında aort koarktasyonu nedeniyle opere edilen ve erişkin dönemde torasik aortta fokal saküler anevrizma gelişen bir hastada başarılı şekilde uygulanan TEVAR prosedürü sunulmaktadır.

Çocukluk döneminde aort koarktasyonu nedeniyle opere edilmiş ve bilinen başka bir hastalık öyküsü bulunmayan 29 yaş erkek hasta kardiyoloji polikliniğinde rutin ekokardiyografik takipleri sırasında desendan aort gradiyentinde artış saptanması üzerine (VMAX:2.5 Gradient:25/10) hastaya torasik aort BT anjiyografi çekilmiş olup inen torakal aort başlangıcı düzeyinde sol lateral duvarda bu yöne oryante geniş ağızlı ve yaklaşık 14mm derinliğe ulaşan fokal sakküler anevrizmatik dilatasyon saptanmıştır. Asemptomatik hasta kardiyoloji servisine tedavi planlanması amaçlı interne edilmiştir. Hasta Kardiyoloji-Kalp ve Damar Cerrahisi konseyinde değerlendirilen hastaya TEVAR kararı alınmıştır. Derin sedasyon altında entübe edilmeden işleme alınan hastada sağ femoral artere iki adet Proglide ile preclosure yapıldı. Linderquest tel kullanılarak aort köküne yerleştirildi. 26x120 mm Lifetech Ankura stent greft, sol subklaviyen arterin distalinde desendan aortaya başarıyla implante edildi. İşlem sırasında veya sonrasında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. İşlem sonrası hasta servis takibine alındı. Sheath çekilerek kanama kontrolü sağlandı. İlk günlerde hastada batında hassasiyet gözlemlendi fizik muayene doğal defans rebaund izlenmedi. Takiplerinde şikayetlerinde azalma kaydedildi. Kontrol amaçlı çekilen abdominal ve torakal aort BTA'da herhangi bir kaçak saptanmadı. Rutin kan tetkiklerinde major patoloji saptanmadı. Kasık muayenesinde ekimoz, şişlik, hematoma saptanmadı. Aktif şikayeti olmayan hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi.

Bu olgu sunumu, çocukluk çağı aort koarktasyonu tanısı alan hastaların uzun dönem takiplerinin önemini vurgulamakta ve TEVAR'ın torasik aort anevrizmalarının yönetiminde güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. Özellikle saküler anevrizmaların erken dönemde tespit edilmesi, rüptür riskini önlemek için kritik öneme sahiptir. Endovasküler tekniklerin ilerlemesi ile birlikte, minimal invaziv yaklaşımlar aort patolojilerinin tedavisinde giderek daha yaygın hale gelmektedir.

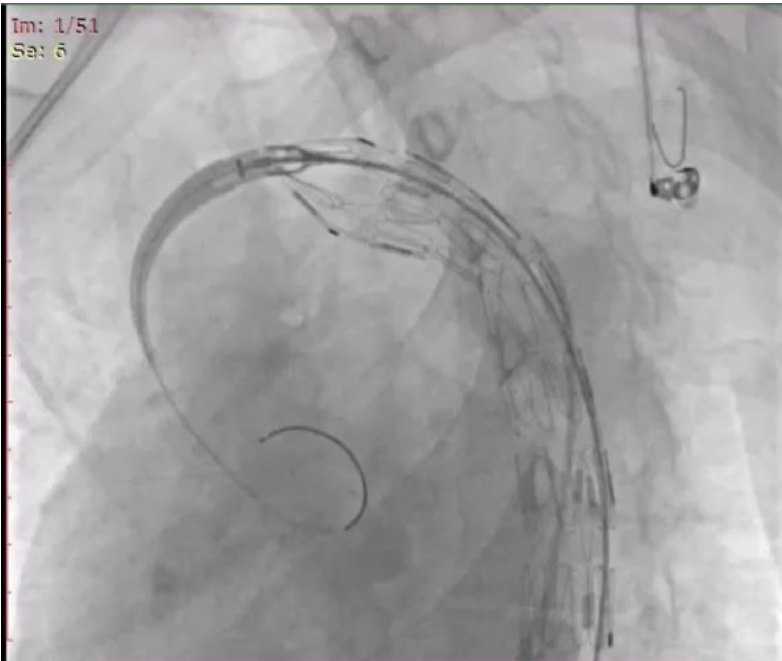
Anahtar Kelimeler: Aort koarktasyonu, TEVAR, torasik aort anevrizması, endovasküler yaklaşım

Saküler Aort Anevrizması



arkus aortanın distalinde sol anterolateral yönde küçük milimetrik dolum artışı (muhtemelen postoperatif kanülasyon noktasına sekonder) ve inen torasik aortun başlangıç seviyesinde sol lateral duvarda geniş ağızlı, 14 mm derinliğinde fokal saküler anevrizma

TEVAR



26X120 MM LİFETECH ANKURA STENT GREFT BAŞARIYLA SOL SUBKLAVİYEN ARTER DİSTALİNDE DESENDAN AORTAYA İMPLANTE EDİLDİ.



AuthorToEditor: Aort Koarktasyonu Sonrası Gelişen Fokal Saküler Anevrizmanın Torakoabdominal Endovasküler Aort Onarımı (TEVAR) ile Başarıyla Yönetilmesi: Olgu Sunumu Özet Aort koarktasyonu, cerrahi veya endovasküler girişimle tedavi edilebilen doğumsal bir kardiyovasküler anomalidir. Ancak uzun dönem takiplerde rekürren stenoz, hipertansiyon ve anevrizma oluşumu gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu olgu sunumunda, çocukluk çağında cerrahi olarak tedavi edilen bir aort koarktasyonu hastasında gelişen fokal saküler anevrizmanın torakoabdominal endovasküler aort onarımı (TEVAR) ile başarıyla tedavi edilmesi ele alınmaktadır. TEVAR'ın minimal invaziv yapısı sayesinde hastada düşük komplikasyon oranlarıyla başarılı bir sonuç elde edilmiştir. Bu vaka, cerrahi olarak düzeltilmiş aort koarktasyonu hastalarının uzun dönem takiplerinin önemini ve TEVAR'ın güvenilir bir tedavi seçeneği olduğunu vurgulamaktadır. Anahtar Kelimeler: Aort koarktasyonu, TEVAR, torasik aort anevrizması, endovasküler yaklaşım Giriş Aort koarktasyonu (AK), doğumsal kardiyovasküler anomaliler içinde önemli bir yer tutmakta olup sıklıkla çocukluk döneminde teşhis edilmektedir. Bu patoloji, aortun belirli bir segmentinde daralmaya yol açarak sol ventrikül üzerindeki basıncı artırmakta ve zamanla sistemik hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi ve serebrovasküler olay gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. AK tedavisi, hastanın klinik durumuna bağlı olarak cerrahi veya endovasküler tekniklerle gerçekleştirilmektedir. Ancak cerrahi tedavi sonrası uzun dönem takiplerde rekürren stenoz, arteriyel hipertansiyon ve anevrizma gelişimi gibi komplikasyonlar bildirilmektedir. Özellikle torasik aort anevrizmaları, rüptür riski nedeniyle erken tanı ve müdahale gerektiren ciddi bir klinik tablo olarak öne çıkmaktadır. Son yıllarda torasik aort anevrizmalarının yönetiminde torakoabdominal endovasküler aort onarımı (TEVAR) giderek artan bir şekilde tercih edilmektedir. Minimal invaziv bir yöntem olan TEVAR, açık cerrahiye kıyasla daha düşük mortalite ve morbidite oranlarına sahip olup, yüksek riskli hastalar için önemli bir tedavi alternatifi sunmaktadır. Bu olgu sunumunda, çocukluk çağında cerrahi olarak opere edilen bir aort koarktasyonu hastasında erişkin dönemde gelişen fokal saküler anevrizmanın TEVAR yöntemi ile başarılı şekilde tedavi edilmesi ele alınmaktadır. Olgu Sunumu Çocukluk çağında aort koarktasyonu nedeniyle cerrahi müdahale uygulanmış olan ve bilinen ek hastalık öyküsü bulunmayan 29 yaşında erkek hasta, kardiyoloji polikliniğinde yapılan rutin ekokardiyografik takiplerinde desendan aort gradiyentinde artış saptanması üzerine ileri incelemeye yönlendirilmiştir (VMAX: 2.5 m/s, Gradient: 25/10 mmHg). Hastaya torasik aort bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi çekilmiş olup, arkus aortanın distalinde sol anterolateral yönde küçük milimetrik dolum artışı (muhtemelen postoperatif kanülasyon noktasına sekonder) ve inen torasik aortun başlangıç seviyesinde sol lateral duvarda geniş ağızlı, 14 mm derinliğinde fokal saküler anevrizma tespit edilmiştir. Asemptomatik olan hasta, ileri tetkik ve tedavi planlaması amacıyla kardiyoloji servisine yatırılmıştır. Kardiyoloji ve Kalp-Damar Cerrahisi konseyinde yapılan multidisipliner değerlendirme sonucunda, açık cerrahiye bağlı yüksek riskler göz önünde bulundurularak hastaya TEVAR prosedürünün uygulanmasına karar verilmiştir. Tedavi Planı ve İşlem Detayları Hastanın preoperatif değerlendirmeleri tamamlandıktan sonra, girişimsel radyoloji ve kardiyovasküler cerrahi ekibinin ortak çalışmasıyla TEVAR prosedürü gerçekleştirilmiştir. İşlem sırasında uygulanan teknik şu şekildedir: Hasta derin sedasyon altında, entübe edilmeden işleme alınmıştır. Sağ femoral artere iki adet Proglide ile preclosure yapılmıştır. Lunderquist tel kullanılarak aort köküne kılavuz tel yerleştirilmiştir. Sol subklaviyan arterin distalinde, desendan aorta 26x120 mm Lifetech Ankura stent greft başarıyla implante edilmiştir. İşlem esnasında veya sonrasında herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. İşlem sonrası hasta servis takibine alınmıştır. Sheath çekilerek hemostaz sağlanmış ve kanama kontrolü gerçekleştirilmiştir. İlk günlerde hastada hafif batın hassasiyeti izlenmiş, ancak fizik muayenede defans ve rebaund bulguları saptanmamıştır. Rutin kan tetkiklerinde majör patoloji izlenmemiştir. Kasık muayenesinde ekimoz, şişlik veya hematoma gözlenmemiştir. Hasta, herhangi bir aktif şikayeti olmadan postoperatif 5. günde taburcu edilmiştir.

Tartışma Aort koarktasyonu nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilen hastalarda uzun dönem takip büyük önem taşımaktadır. Aort koarktasyonu sonrası gelişebilecek geç komplikasyonlar arasında rezidüel stenoz, rekürren hipertansiyon ve anevrizma formasyonu yer almaktadır. Özellikle torasik aort anevrizmaları, rüptür riski nedeniyle erken dönemde tespit edilerek uygun şekilde yönetilmelidir. Endovasküler tekniklerdeki ilerlemelerle birlikte TEVAR, torasik aort anevrizmalarının tedavisinde açık cerrahiye kıyasla daha düşük komplikasyon riski

KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

sunarak giderek daha sık uygulanmaktadır. Bu olgu sunumunda, çocukluk çağında cerrahi olarak opere edilen bir AK hastasında, erişkin dönemde gelişen fokal saküler anevrizmanın TEVAR yöntemiyle başarılı şekilde tedavi edildiği gösterilmiştir. Sonuç Bu olgu sunumu, çocukluk çağında tanı alan ve cerrahi olarak tedavi edilen aort koarktasyonu hastalarının uzun dönem takiplerinin kritik önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, TEVAR'ın torasik aort anevrizmalarının yönetiminde güvenilir ve etkin bir seçenek olduğunu desteklemektedir. Özellikle saküler anevrizmaların erken dönemde tespit edilmesi ve uygun endovasküler yaklaşımlarla yönetilmesi, rüptür riskinin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Gelecekte endovasküler tekniklerin gelişimiyle birlikte, minimal invaziv yaklaşımların aort patolojilerinin tedavisinde daha yaygın hale geleceği öngörülmektedir.

[SS-058]

Standart Yöntemlerden Farklı Paravalvüler Leak Kapama Vakası; Zorlu Anatomide Hasta Yönetimi

Emine Cansu Yücel, Muhammet Bilgi, Saadet Demirtaş İnci, İbrahim Hakan Güllü
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

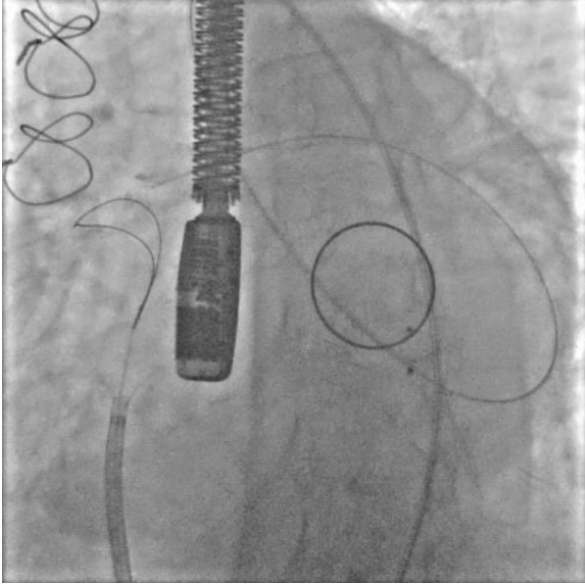
Paravalvüler kaçak (PVL) cerrahi kapak replasmanından sonra gelişen istenmeyen bir durumdur. İleri dereceli PVL devamı halinde kalp yetmezliği ve hemolitik anemi gibi ciddi klinik sonuçlara yol açabilir. Sıklıkla mitral pozisyonundaki cerrahi kapakları etkiler. Kapak replasmanlarının %5-%15'inde görülür. Yıllardır cerrahi, PVL'li semptomatik hastalar için tek tedavi olarak düşünülmüştür. Ancak PVL'ler için cerrahi tekrar müdahale, yüksek morbidite ve mortalite riski ile ilişkilidir. Bu nedenle, PVL'nin perkütan tedavisi semptomatik PVL'li hastaların çoğu için birinci basamak tedavi haline gelmiştir. Sunacağımız vakamız ise 66 yaşında bilinen diyabet, hipertansiyon hastalıkları olup mitral kapak replasman öyküsü olan ayrıca yaklaşık bir sene önce mitral paravalvüler kaçak sonrası paravalvüler leak kapama işlemi öyküsü olan kadın hasta.

Hastamız polikliniğe efor ile artan yoğun dispne yakınması ile başvurdu. Yapılan laboratuvar tetkikleri sonucunda anemi görülmesi ve transtorasik ekokardiyografide paravalvüler mitral kaçak izlenmesi üzerine ileri tetkik ve inceleme yapıldı. Tetkik sonuçlarında hastamızda hemolitik anemi devamı görüldü. Ve yapılan transözafagial ekokardiyografide daha önce yapılmış paravalvüler kapama cihazının posteriorundan saat 7 yönünde 2. Derece paravalvüler kaçak ile uyumlu görünüm izlendi. Kalp damar cerrahisi ve Kardiyoloji konseyinde değerlendirilen hastamız perkütan paravalvüler leak kapama kararı ile tekrar işleme alındı. Sağ femoral ven ponksiyonu ile girilerek septostomi yapıldı. Agıl kateter ile saat 7 yönünde leak yönlenildi. Ancak 0.035 hidrofilik tel ile geçilemedi. Kliniğimiz takipli hastamızda bir sene önceki PVL kapama işleminde de anatomik zorluklar nedeni ile klasik yöntemlerle leak geçilememiş ve sağ femoral arter ponksiyonu ile ventriküler yüzden defekte yaklaşmıştık. Sağ femoral ven septostomi ile leake yönlenilemediği için aynı yöntemle tekrar başvuruldu.

Sağ femoral arter ponksiyonu ve EBU kateter ile defekte yönlenildi. Defektin önceki cihazın içerisinden kaynaklandığı fark edildi ve EBU guiding kateter içerisinden gönderilen hidrofilik tel ile defekten geçildi. Agıl kateter içerisinden gönderilen snare ile tel yakalanarak sağ femoral venden dışarı çekildi. Ardından safari tel ile değiştirildi. Uygun boyutlarda cihaz yerleştirildi. 3D TEE guiding ile yapılan işlemde işlem sonu PVL izlenmedi. Bu vakamızda ileri biatrial dilatasyonu olan ve sol atrium boyutu 6.6 cm olup anatomik zorluklar nedeni ile klasik PVL kapama teknikleri ile defekten geçilemeyen hastada defekte sol ventrikül yüzünden yaklaşılarak yaptığımız PVL kapama işlemimizi sunmaktayız.

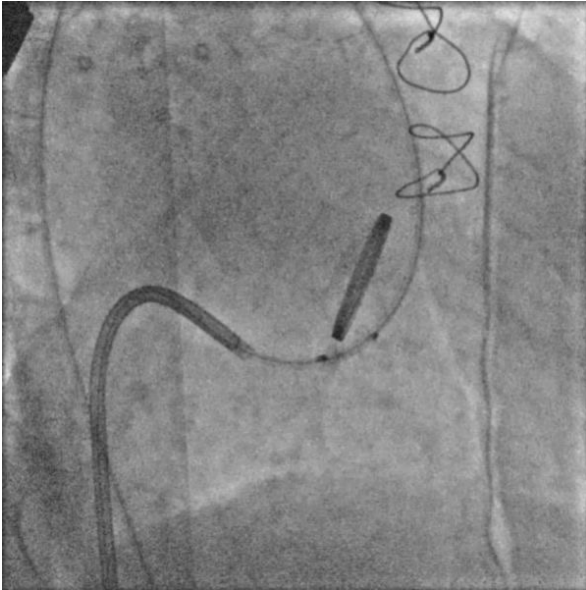
Anahtar Kelimeler: Mitral Kapak Replasmanı, Paravalvüler Kaçak, Paravalvüler Leak Kapama

1-SOL ATRİUM İÇİNDEKİ TELE SNARE İLE YAKLAŞMA



Burada sol ventrikül tarafından defektten geçen ve sol atrium içinde görünen hidrofilik tele, agılsı içinden gönderdiğimiz snare ile yaklaşıyoruz

2-AGILIS VE EBU KATETERİN BİRBİRİNE YAKLAŞTIRILMASI



Burada sol ventrikül yüzündeki EBU kateter ile Agilis kateteri birbirine yaklaşıyoruz. Agilisin leak e yönlenmesi; snare ile yakalan hidrofilik tel sayesinde olmakta. Görünen PVL kapama cihazı hastanın ilk işleminde koyulan cihaz.

[SS-059]

Bentall operasyonu sonrası gelişen, Bioglue ilişkili LMCA stenozu olgusu; IVUS eşliğinde perkütan tedavisi

Muhsin Melik, İlhan İlker Avcı, Mustafa Azmi Sungur, Mehmet Fatih Yılmaz, Barış Şimşek, Fatma Can, Gönül Zeren, Can Yücel Karabay
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH

Amaç: Bioglue, Bentall prosedürü sırasında anastomoz hattında hemostazı sağlamak amacıyla sıklıkla kullanılan bir biyolojik yapıştırıcıdır. Ancak, lokal inflamatuvar yanıt oluşturarak fibrozis ve çevre dokulara ekstrasik bası yapabilir. Bu sunumda, Bioglue kullanımına sekonder geliştiği düşünülen sol ana koroner arter (LMCA) stenozunun intravasküler ultrason (IVUS) rehberliğinde başarılı perkütan koroner girişim (PCI) ile tedavi edildiği nadir bir olgu sunulmaktadır.

Yöntem: Asendan aort diseksiyonu nedeniyle opere edilen 44 yaşındaki kadın hastaya modifiye Bentall prosedürü uygulandı. Koroner butonlar konduite reimplante edildi ve anastomoz hattına Bioglue uygulandı. Preoperatif ve erken postoperatif bilgisayarlı tomografi anjiyografide (CTA) LMCA'da patoloji saptanmadı. Operasyon sonrası 4. ayda göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hasta, troponin yüksekliği ve EKG değişiklikleri nedeniyle akut koroner sendrom (AKS) ön tanısıyla değerlendirildi. BT anjiyografide LMCA'da ciddi darlık ve çevresinde yumuşak doku kitlesi izlendi. Koroner anjiyografi ve IVUS eşliğinde PCI uygulandı.

Bulgular: Koroner anjiyografide LMCA'da subtotal darlık gözlendi. IVUS incelemesinde minimal lümen alanı (MLA) 2.3 mm² olarak ölçüldü ve lezyon ekstrasik kompresyon ile uyumlu bulundu. Darlık 1.25 mm CTO balonu ve 2.5 mm non-compliant balon ile dilate edildi. Ardından 4.0 × 15 mm ilaç kaplı stent (Xience Pro) implante edildi. Stent sonrası MLA 14 mm²'ye yükseldi ve işlem komplikasyonsuz tamamlandı. Klinik ve görüntüleme bulguları, lezyonun Bioglue'ya bağlı gelişen fibrotik dış basıya sekonder olduğunu desteklemektedir.

Sonuç: Bentall operasyonu sonrası yakın dönem ana koroner stenoz varlığında nadirde olsa Bioglue ilişkili ekstrasik kompresyon akılda tutulmalı. Ekstrasik basıya bağlı fibrotik koroner lezyonlarda recoil riskini azaltmak için radial force yüksek, kapalı hücre yapısına sahip kalın strutlu stentler tercih edilebilir. Ancak bu tür stentler, geç endotelizasyon ve uzun vadede in-stent restenoz gelişimi gibi potansiyel dezavantajlar taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bentall operasyonu, Bioglue, IVUS, LMCA Stenoz

LMCA PCI



LMCA PCI sonrası görüntü

LMCA stenoz



LMCA stenoz, koroner anjiyografi

AuthorToEditor: Bu olgu, Bentall operasyonunu takiben gelişen nadir bir komplikasyon olan sol ana koroner arter (LMCA) stenozunun, intravasküler ultrason (IVUS) rehberliğinde başarılı perkütan tedavisini ortaya koymaktadır. Literatürde nadirde olsa benzer vakalar bildirilmiş olmakla birlikte, bu durumun Türkiye’de ilk kez raporlanan örneklerinden biri olması nedeniyle ayrıca dikkat çekicidir. Bu yönüyle, hem tanısal yaklaşım hem de tedavi stratejileri açısından katkı sunacağı düşünülmektedir.

[SS-060]

Mitral Ring Dehissansı Olan Yüksek Riskli Yaşlı Bir Hastada Ciddi Mitral Kapak Yetersizliğinin Transkateter Uçtan Uca Onarımı: Başarılı Bir Tedavi Öyküsü

Zeynettin Kaya

Antalya ASV Yaşam Hastanesi

Amaç: Mitral anuloplasti sonrası gelişen ring dehissansı, nadir ancak ciddi bir komplikasyon olup, tekrarlayan mitral yetersizliğine (MY) ve semptomatik kalp yetmezliğine yol açabilir. İleri yaştaki ve yüksek cerrahi risk taşıyan hastalarda, transkateter uçtan uca onarım (TEER) cerrahiye göre daha güvenli bir tedavi alternatifi sunmaktadır. Bu çalışmada, mitral ring anuloplasti sonrası takipte ring dehissansı gelişen semptomatik yüksek riskli yaşlı bir hastanın MitraClip G4 sistemi ile başarıyla tedavi edilmesi sunulmaktadır.

Olgu: 77 yaşındaki erkek hasta, altı ay önce geçirdiği biyoprotez aort kapak replasmanı, mitral kapak ring anuloplastisi ve koroner arter baypas grefti sonrası, efor dispnesi ve yorgunluk (NYHA Sınıf III) şikayetleriyle başvurdu. Transtorasik ve transezofageal ekokardiyografilerde şiddetli mitral yetersizlik, %35 sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve mitral anuloplasti ringinin posterior kısmında kısmi dehissans saptandı. Ayrıca pulmoner venöz akımda revers akım izlendi. Multidisipliner kalp ekibi tarafından cerrahi riskin yüksek olduğu değerlendirilerek MitraClip G4 sistemi ile TEER planlandı. Prosedür genel anestezi ve transezofageal ekokardiyografi eşliğinde transseptal yaklaşımla ringin dış kısmından, posterolateral yaklaşım ile gerçekleştirildi. 1 adet XTW klip, A2-P2 segmentinin lateral kısmına, baskın regürjitan jet üzerine konumlandırıldı ve başarılı şekilde implante edildi. İşlem sonrası hafif rezidüel MY ve 3,5 mmHg transmitral gradyan elde edildi. Pulmoner venöz akım normale döndü ve hasta komplikasyonsuz şekilde 24 saat sonra taburcu edildi. Hastanın 2. hafta kontrollerinde klibin stabil olduğu izlendi, rezidü hafif MY'nin sebat ettiği saptandı. Hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme, fonksiyonel kapasitesinde iyileşme gözlemlendi.

Sonuç: Mitral anuloplasti sonrası ring dehissansı gelişen ve yeniden cerrahi açısından yüksek risk taşıyan yaşlı hastalarda MitraClip ile uygulanan TEER güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu vaka, karmaşık mitral kapak anatomilerinde bireyselleştirilmiş klip yerleşiminin önemini ve multidisipliner ekip yaklaşımının tedavi başarısındaki katkısını vurgulamaktadır.

Kaynaklar

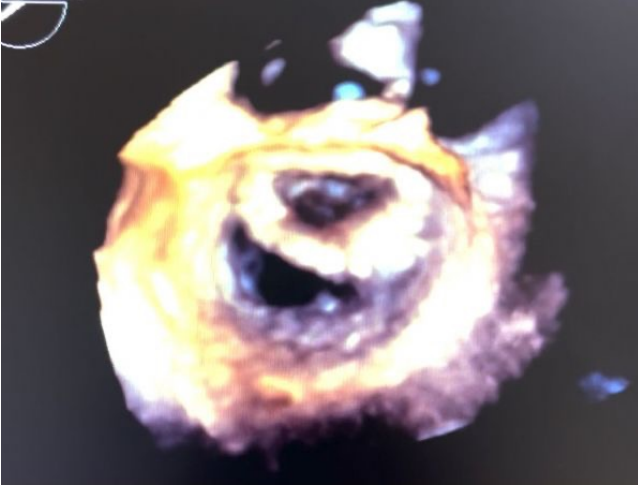
1. Noack T, et al. Incidence and predictors of ring dehiscence after mitral valve repair. J Thorac Cardiovasc Surg.
2. Feldman T, et al. Percutaneous repair or surgery for mitral regurgitation. N Engl J Med.
3. Kaneko T, et al. Use of MitraClip G4 in challenging anatomies. J Am Coll Cardiol Intv.
4. Salido-Tahoces L, et al. Peri-ring MitraClip implantation after failed mitral repair. Int J Cardiol.
5. Ledwoch J, et al. MitraClip implantation in the presence of prior mitral ring. JACC Case Rep.

Anahtar Kelimeler: MitraClip, Mitral Ring Dehissans, Mitral Yetersizlik, TEER

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

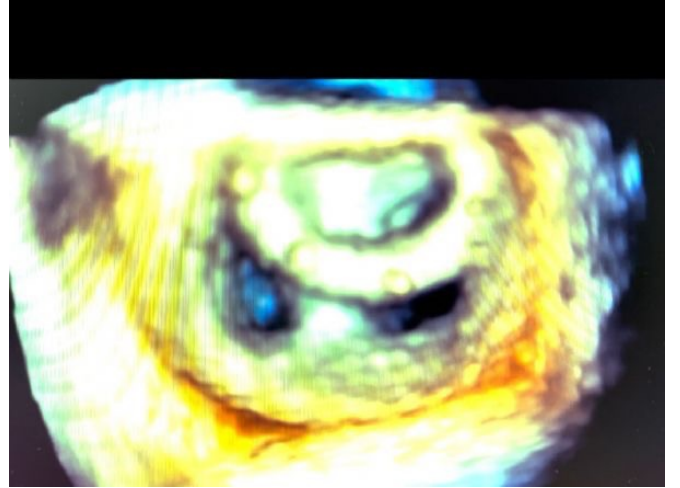
17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Resim 1



TEER işlemi öncesi mitral kapağın 3D transezofageal ekokardiyografi görüntüsü. Mitral ringin posteriordan kısmi dehissansı izlenmekte.

Resim 2



TEER işlemi sonrası mitral kapağın 3D transezofageal ekokardiyografi görüntüsü. Mitral kapağın A2-P2 skalloplarının lateral kısmına başarılı klip implantasyonunu göstermektedir.

AuthorToEditor: Saygıdeğer bilim kurulu, Bildirimiz ring dehissensi ve şiddetli mitral yetersizliği olan bir kompleks hastada, mitral kapağın MitraClip cihazı ile başarılı transkateter uçtan uca tamir işlemini içermektedir. TEER işleminin günümüzde popülerliği gittikçe artmaktadır. Yapılan randomize çalışmalar ile klavuzlarda öneri seviyesi güçlenmektedir. İşlem ile ilgili tecrübelerin artması ile birlikte kompleks vakalarda cerrahiye kıyasla daha düşük riskle işlemler gerçekleştirilebilmektedir. Vakamızın sözlü bildiri olması durumunda kongre katılımcıları açısından yararlı bir tartışma imkanı sağlayacağını düşünüyorum. Saygılarımla

[SS-061]

Engelleri Aşmak: SVC Tıkanıklığında Transvenöz ICD Yaklaşımı

Veysel Elitaş, Mevlüt Demir, Taner Şen, Mehmet Ali Astarcioglu, Emrah Kaya
Kütahya Şehir Hastanesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Superior vena cava (SVC) tıkanıklığı, sıklıkla malignite, santral venöz kateterler, pacemaker veya defibrilatör elektrotlarına bağlı gelişen, ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilecek bir patolojidir. Biz olgumuzda, iskemik kalp yetersizliği, kronik böbrek yetersizliği ve SVC total tıkanıklığı olan, önce balon anjiyoplasti ile SVC açıklığının sağlandığı, ardından transvenöz subklavyen implantable cardioverter-defibrillator (ICD) implante ettiğimiz hastayı sunduk.

Olgu: 50 yaşında, diyaliz bağımlı kronik böbrek yetersizliği, geçirilmiş anterior miyokard enfarktüsü, azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği mevcut hasta, primer koruma amacıyla ICD implantasyonu için yatırıldı. Fizik muayenesinde, kardiyak muayenesi doğal izlendi. EKG bulguları, sinüs ritminde, prekordiyal QS paterni, QRS genişliği 100ms olarak değerlendirildi. Ekokardiyografisinde apex anevrizmatik, ejeksiyon fraksiyonu %20, sol ventrikül dilate olarak izlendi. Hasta kateter laboratuvarına alınarak, subklavyen ven yaklaşımı ile ponksiyon yapıldı fakat telin ilerlememesi üzerine yapılan görüntülemeye superior vena cavanın total tıkalı olduğu, vena azigos ve hemiazigosun çok gelişmiş olduğu, kollateraller aracılığı ile vena cava inferiora bağlandığı izlendi. Hasta SVC obstrüksiyonu etyoloji açısından değerlendirildi ve sağ subklavyen diyaliz kateterine sekonder, tip 4-evre 4 vena cava superior obstrüksiyonu tanısı konularak sonraki seansta hem total SVC müdahalesi ve ardından ICD implantasyonu kararı verildi. 2. seansta sağ subklavyen vene 6F sheat yerleştirildi. Ardından mikrokater desteği ve Asahi-Gaia 0,018 inç perifer tel ile lezyon geçildi. Tip enjeksiyonu yapılarak telin lümende olduğu teyit edildi. SVC total segmente önce 3.0*30 mm koroner balon ile, ardından 10x40 mm perifer balon ile 8 atm basınçta başarılı perkütan translüminal anjiyoplasti (PTA) uygulandı ve başarılı revaskülarizasyon sağlandı. Hastada klinik SVC sendromu olmaması ve gelişmiş aktif kollaterallerinin olması nedeni ile stent implantasyonu planlanmadı. Ardından ICD leadı sağ ventrikül apeksine yerleştirildi. Gerekli ölçümler yapılarak sağ pektoral bölgeye batarya yerleştirilerek işlem komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı.

Tartışma: SVC tıkanıklıklarında endovasküler girişimler, semptomların hızla düzelmesi, yüksek teknik başarı oranı ve düşük işlem komplikasyonu nedeniyle standart yaklaşım haline gelmiştir. İzole PTA sonrası restenoz oranları yüksek olsa da, karar vermeden önce hastanın özellikleri değerlendirilmelidir. Asif ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, pacemaker/ICD ilişkili venöz darlığın giderilmesinde izole balon anjiyoplasti yapılan hastalarda, 12 ay sonra damar açıklığı %86 olarak bildirilmiştir.

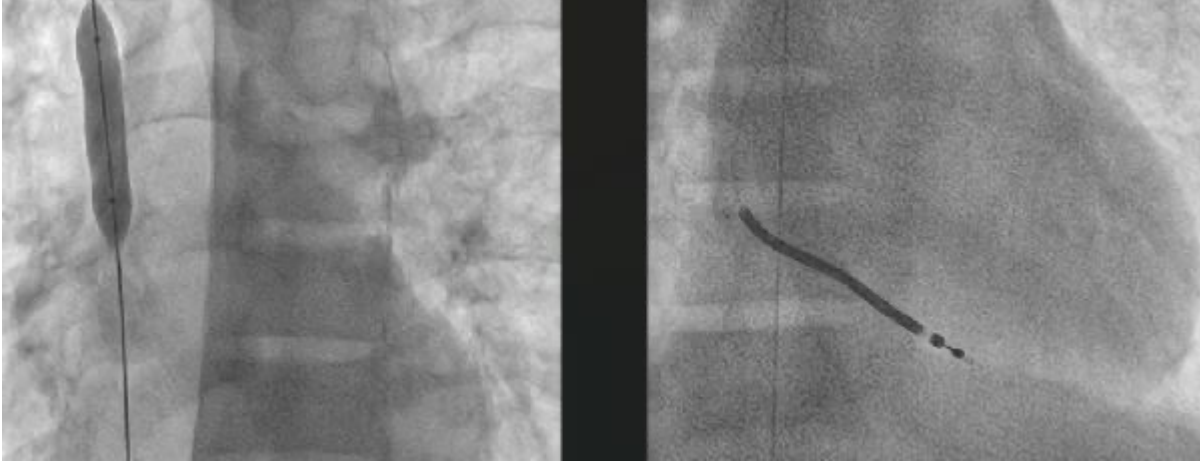
Sonuç: Transvenöz pacemaker /ICD işlemleri sırasında karşılaşılabilecek ciddi engellerden birisi de SVC tıkanıklığıdır. Endovasküler balon anjiyoplasti sonrası transvenöz pacemaker/ICD implantasyonu bu hastalarda tercih edilebilecek, uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Kateter, venöz, obstrüksiyon, icd

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

vena cava superior balon ve icd görüntüsü



vena cava total görüntü



[SS-062]

LBBAP-CRT implantasyonu sonrasında gelişen Sağ Renal Arter Trombozu

Yakup Yunus Yamantürk¹, Uğur Canpolat²

¹Artvin Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Artvin

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

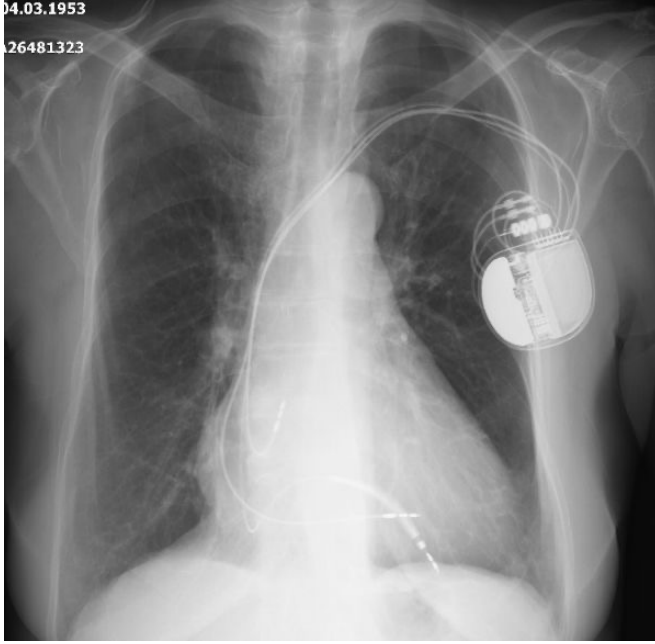
Giriş: Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT), geniş QRS kompleksine sahip semptomatik kalp yetmezliği hastalarında mortaliteyi azaltmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Sol dal demeti alanı pili (LBBAP), CRT uygulamasında fizyolojik ve mekanik senkronizasyon açısından giderek daha fazla tercih edilmektedir. Non-iskemik kardiyomiyopati zemininde gelişen HFrEF ve atriyal fibrilasyon birlikteliğinde LBBAP-CRT uygulamasına dair veriler sınırlıdır. Ayrıca, bu hasta grubunda özellikle sol dal alanına implante edilen leadlere bağlı parsiyel perforasyon gelişen hastalarda antikoagülasyon rejimlerinin yönetimi ciddi komplikasyon riskleri taşımaktadır.

Olgu: Bilinen non-iskemik kardiyomiyopati, HFrEF, paroksizmal atriyal fibrilasyon, hipertansiyon ve fonksiyonel ciddi mitral yetersizliği öyküsü bulunan 72 yaşında kadın hasta, NYHA sınıf II-III efor dispnesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan değerlendirmede sinüs ritminde olan EKG'sinde 150 msn genişliğinde sol dal bloğu morfolojisinde QRS kompleksi izlendi. Hastaya LBBAP destekli üç kablolu CRT-D implantasyonu planlandı. Başarılı Cihaz implantasyonu sonrasında atriyal fibrilasyon geliştiği görülen hastaya, yeni implante edilen cihaz üzerinden kardiyoversiyon uygulanarak sinüs ritmi sağlandı. İşlem sonrasında pil cebi hematomu gözlenmeyen hastaya etkin antikoagülasyon tedavisi başlandı ve öneriler eşliğinde taburcu edildi. Taburculuğun üçüncü gününde hasta acil servise ateş ve sağ alt kadranda abdominal ağrı şikâyetleri ile başvurdu. Laboratuvar değerlendirmesinde akut renal hasar bulguları saptandı. Kontrastsız abdominal BT incelemesinde sağ renal arter trombozunu düşündüren hipodens görünüm izlendi. Etkin antikoagülasyon tedavisi altında olan hastaya düşük doz asetilsalisilik asit (ASA) eklendi ve hasta kardiyoloji servisine yatırıldı. Yapılan transtorasik ekokardiyografide LBBAP lead'inin LV septum endokardına çok yakın penetre olduğu görüldü, ancak ölçümlerde perforasyon düşündürür impedans düşüklüğü veya capture problemi izlenmedi. Konservatif medikal tedavi ile renal fonksiyonları düzelen hasta, stabil klinik durumda ve düzenlenmiş farmakoterapisi ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: AF tanılı hastalarda LBBAP destekli CRT-D implantasyonu sonrası erken dönemde tromboemboli gelişmemesi adına doğru antikoagülan tedavi yönetimi gereklidir. Özellikle septumda parsiyel rüptür gelişen vakalarda LV kaynaklı tromboembolik olay insidansında artış ihtimali mevcuttur. Literatürde LBBAP yapılan olgularda renal arter trombozu veya LV kaynaklı olabilecek tromboembolik olay bildirimi yapılmamıştır. Ancak LV endokardiyal pacing ile yapılan çalışmalar LV'de lead/yabancı materyal ilişkili tromboembolizm ihtimali açısından negatif sonuçlar sunmaktadır. Bu nedenle LBBAP açısından uygun mid-septum kalınlığına sahip hasta seçilmesi kritiktir ve LBBAP capture kriterlerinin yakalanması konusunda mükemmeliyetçi yaklaşım sergilenirken olası septum perforasyonu riski konusunda dikkatli davranılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: atriyal fibrilasyon, LBBAP, renal arter trombozu, tromboemboli

Şekil 3



Hastaya işlem sonrası çekilen akciğer grafisi

Şekil 4



Sağ Renal arter trombozu uyumlu BT abdomen tetkikinden bir kesit

AuthorToEditor: Şekil 1 ve Şekil 2: İşlem sornası EKG LBBAP konsensus raporundaki kriterleri sağladığını dökümente eden EKG'yi ve daha sorna KY hastaları için yapılan AV delay optimizasyon sonrası elde edilen QRS'i gösteren şekillerdi. Ancak şekil kısıtlaması ve MB kısıtlaması nedeniyle sisteme eklenmemiştir. Olgunun kabulü durumunda sunuma/postere eklenecektir. Saygılarımla Uzm Dr Yakup Yunus Yamantürk

[SS-063]

İmplant Edilebilir Kardiyoverter-Defibrilatör Tedavisi Sırasında Persistan Sol Superior Vena Kava'nın Tanımlanması: Nadir Bir Vasküler Varyantın Girişimsel Önemi

Selim Süleyman Sert¹, Bayram Ali Uysal¹, Hüseyin Emre Cebeci¹, Mehmet Eryılmaz², Cenk Mustafa Havabulut², Mevlüt Serdar Kuyumcu¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Isparta

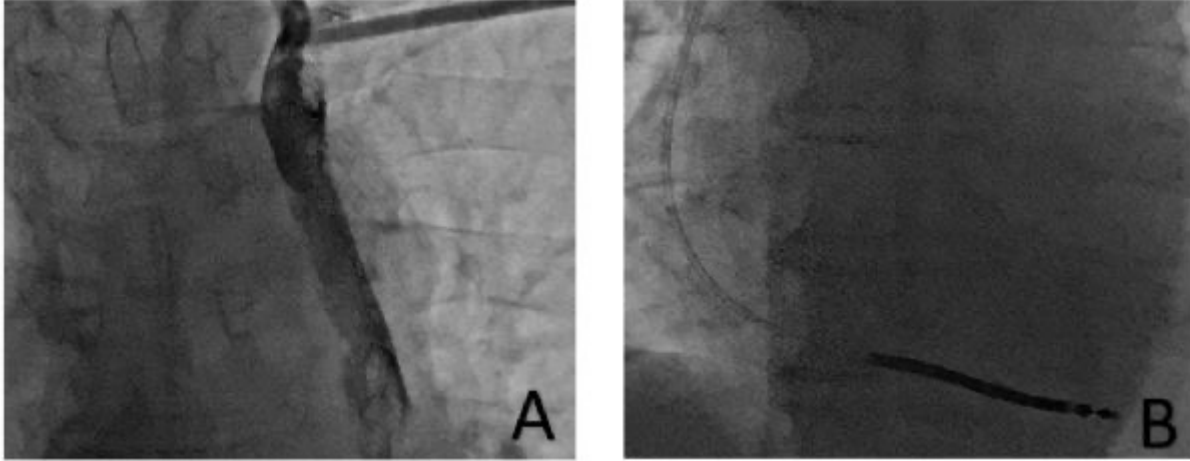
Giriş: Persistan sol superior vena kava (PSSVK), nadir görülen bir vena kava superior duplikasyonu komponentidir. Konjenital kalp hastalıklarında daha sık görüldüğü normal bireylerde de saptanabilir. Eşlikeden kardiyakanomalilere bağlı semptomlar olabilir, ancak çoğu hastada sağ superior vena kava da bulunur ve genellikle asemptomatiktir. Bu olgu sunumunda ICD implantasyonu sırasında tespit ettiğimiz PSSVK vakasını paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon öyküsü olan 67 yaş erkek hasta dış merkez acil servise baş dönmesi, sıcaklık hissi, terleme, mide bulantısı ve bayılma hissi şikayeti ile gelmiş Hastada presenkop düşünülmüş ve acil servis takiplerinde ventriküler taşikardi atakları olmuş. Bunun üzerine hasta ICD implantasyonu açısından tarafımıza yönlendirildi. Hastanın elektrokardiyografisi: atriyal fibrilasyon ekokardiyografisinde ise ejeksiyon fraksiyonu %25 kapaklarda minimal yetmezlik izlendi. Hastaya primer koruma amacıyla ICD implantasyonu işlemi planlandı. Hasta aynı seansta koroner anjiyografi ve ICD implantasyonu için kateter laboratuvarına alındı. Hastanın koroner anjiyografisinde non-kritik plaklar olduğu görüldü. Hastanın ICD implantasyonu için sol subklavian venden ponksiyon yapıldı. Ardından guide wire ile brakiosefalik venden SVK'ya ilerlenemediği görüldü. (Figür 1A) Hastanın femoral ven üzerinden gönderilen kateter ile opak madde yardımıyla anatomisinin normalin dışında seyrettiği görüldü. Bunun üzerine işleme son verildi ve kardiyak venöz yapılar açısından bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekildi. Hastanın bt anjiyografisinde sağ subklavian ven ve sağ juguler ven vena kava süperior aracılığıyla sağ atriuma dökülmektedir. Ancak sol subklavian ven ve sol juguler ven mediasten lateralinde seyredip arkus aorta sol lateralinde seyirlidir. Bu düzeyden koroner sinüs aracılığıyla sağ atriuma dökülmekte olup koroner sinüs çapı artmıştır. Radyolojik bulgular persistan sol süperior vena kava varyasyonu açısından anlamlı olduğu görüldü. (Figür 2) Bunun üzerine hastaya pacemaker işlemi sağ subklavian venden planlandı ve hasta tekrar kateter laboratuvarına alındı. İşlem sağ subklavian ven üzerinden ilerletildi ve rutin implantasyon prosedürü uygulandı. (Figür 1B) İşlem sonrası 48 saatlik servis takibi sonrası hastanın kalp yetmezliği tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

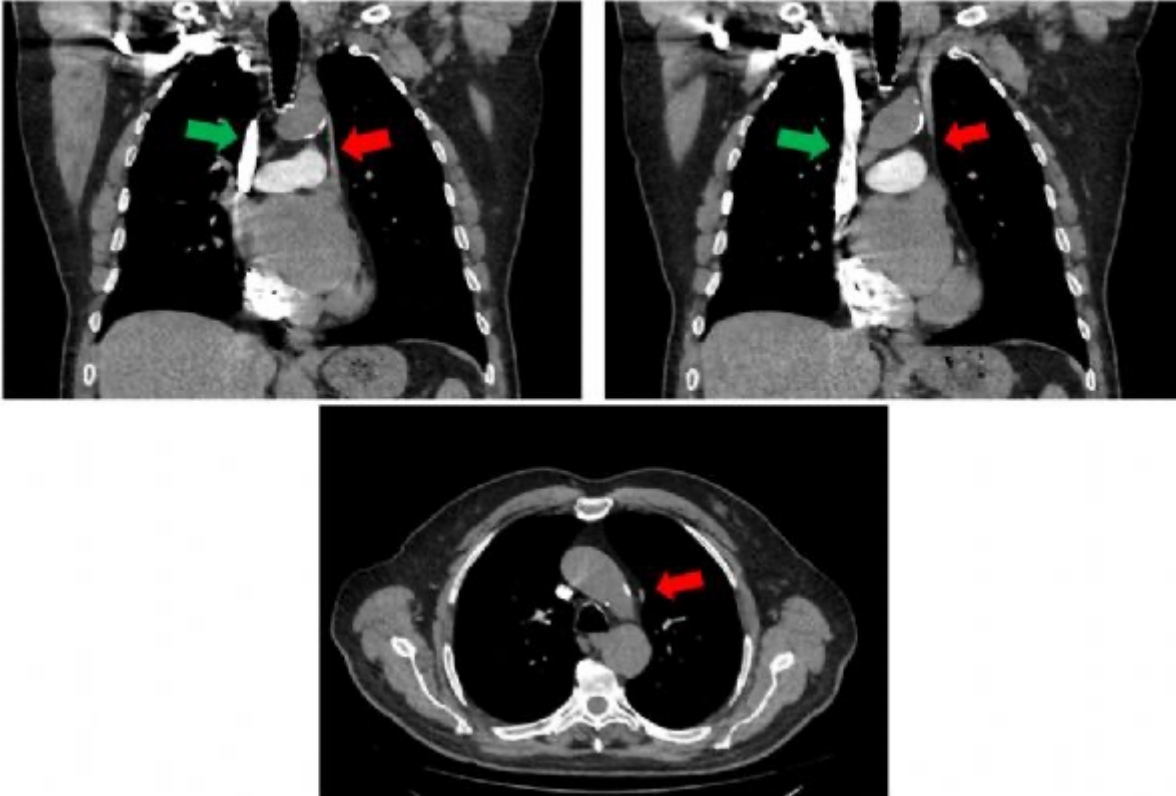
Tartışma: Sol vena innominatum, anterior kardinal venleri bağlayarak fetal dönemde gelişir. Bu süreçte sol anterior kardinal ven atrofiye uğrayarak yaklaşık 6. ayda oblitere olmalıdır. Ancak bu sürecin aksaması PSSVK oluşumuna neden olabilir. Konjenital kalp hastalıklarında daha sık görüldüğü de genel popülasyonda nadirdir. Asemptomatik seyredebilse de cerrahi ve kateter işlemlerinde sorunlara yol açabileceğinden tanı önemlidir. Olgumuzda, rutin ICD implantasyonu sırasında saptanan PSSVK hasta sağ subklavian ven yoluyla başarılı şekilde tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Persistan Sol Superior Vena Kava, İmplant Edilebilir Kardiyoverter-Defibrilatör, Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi

Figür 1



Figür 2



Yeşil ok: Sağ superior vena kava(normal varyant) Kırmızı ok: Persistan sol süperior vena kava görüntüsü

[SS-064]

Pil cebi hematomunu önlemek için WALANT solüsyonu

Meltem Altınsoy, Çağatay Tunca

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Ankara

Amaç: Lead teknolojisi ile kardiyak implante edilebilir elektronik cihaz implantasyonu, leadsiz teknolojiye kıyasla hala en yaygın yöntemdir. Kardiyak implante edilebilir elektronik cihaz (KİEC) gerektiren birçok hasta, antikoagülan ve antiplatelet tedavi için altta yatan endikasyonlara sahiptir ve varfarin, doğrudan oral antikoagülanlar (DOAK'ler), asetilsalisilik asit ve P2Y12 inhibitörleri gibi hematom oluşturabilecek oral ajanlar almaktadır. Hematom varlığı enfeksiyon riskinde yaklaşık dokuz kat artışla ilişkilendirilmiştir. Klinik olarak önemli hematom durumunda (ameliyat gerektiren ve/veya hastanede yatış süresinin >_24 saat uzamasına neden olan ve/veya antikoagülasyonun kesilmesini gerektiren) reoperasyon gerekebilir. Hematom veya lead yerinden çıkması nedeniyle erken reoperasyon, KİEC enfeksiyonu için en güçlü risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada WALANT (Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet) solüsyonu kullanılarak OAK ve/veya antitrombotik tedaviye ara vermeden cep hematomu ve işlem sırasındaki ağrının azaltılması amaçlanmıştır.

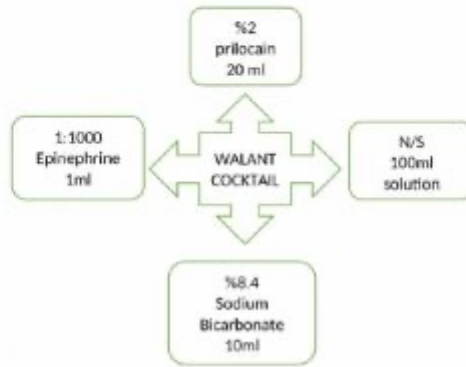
Yöntem: Oral antikoagülan veya oral antiagregan kullanan hastaların hiçbir işlem öncesinde veya sonrasında kesilmedi ve WALANT solüsyonu ile ameliyat edildi. Bu solüsyon 20 ml %2 prilokain, 5 ml %7.5 sodyum bikarbonat ve 1 ml adrenalin içermekte olup 150 ml normal salin ile sulandırılmıştır. Solüsyon iki adet 20cc'lik şırınga ile cep tarafındaki başlangıç insizyon bölgesine ve cep tarafındaki çoklu bölgeye 1 ila 1,5 cm aralıklarla enjekte edildi. Hastalar OAK, varfarin, tekli antiplatelet ve ikili antiplatelet tedavi olmak üzere dört gruba ayrıldı ve ameliyat sonrası cep hematomu açısından BRUISE KONTROL ÇALIŞMASI tanımı altında takip edildi.

Bulgular: Otuz beş hasta ortalama 69 yaş (59-79), 23 erkek (%66) çalışmaya dahil edildi. Tüm işlem boyunca ağrı şikayeti ağrı skalası ile ortalama 4/10 olarak rapor edildi, işlem sonrası birinci aya kadar hiçbir hastada Bruise Control Study'e göre cep hematomu görülmedi. Varfarin tedavisi alan hasta grubunda ortalama INR değeri $2,37 \pm 0,40$ idi. 2 hastada cep hematomu olmaksızın cep enfeksiyonu vardı (her ikisinde de KRT implantasyonu vardı, CS ve dallara zor erişim nedeniyle prosedürleri 4 saat sürdü). Solüsyonda adrenalin ampul kullanımının taşiaritmi, hipertansiyon gibi herhangi bir yan etkisi olmadı.

Sonuç: WALANT tekniği, son on yılda ortopedik cerrahide el, üst ekstremitte yumuşak doku ve kemik kırığı cerrahisi ile başlayıp omuz ve klavikula ameliyatlarına kadar yaygınlaşan nispeten güncel bir teknik olup, halen en yaygın yöntem olan vasküler yolla lead implante edilen kalp pillerinde de hematom ve ağrıyı buna bağlı komplikasyonları azaltan bir teknik olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: CRT, HEMATOM, ICD, PACEMAKER, WALANT

WALANT SOLÜSYONU



DEMOGRAFİK BİLGİLER

DEĞİŞKENLER	NUMBER (N)=35
Yaş	69,14 ± 10,0
Cinsiyet, erkek, n (%)	23 (65,7)
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	8 (22,9)
Hipertansiyon, n (%)	30 (85,7)
Diabetes mellitus, n (%)	18 (51,4)
Kapak operasyonu, n (%)	5 (14,3)
Perkutan koroner girişim, n (%)	20 (57,1)
Miyokard infarktüsü, n (%)	28 (80)
Koroner arter bypass cerrahisi, n (%)	7 (20)
Atriyal fibrilasyon, n (%)	14 (40)
Pulmoner tromboemboli, n (%)	0 (0)
Serebrovasküler hastalık, n (%)	5 (14,3)
İskemik kardiyomiyopati, n (%)	24 (68,6)
Noniskemik kardiyomiyopati, n (%)	10 (28,6)
Periferik arter hastalığı, n (%)	1 (2,9)
Asetilsalisilik asit, n (%)	19 (54,3)
Klopidogrel, n (%)	7 (20)
Asetilsalisilik asit+ klopidogrel	1 (2,9)
Tikagrelor, n (%)	0 (0)
Varfarin, n (%)	7 (20)
Apiksaban, n (%)	6 (17,1)
Edoksaban, n (%)	1 (2,9)
Dabigatran, n (%)	0 (0)

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Rivaroksaban, n (%)	1 (2,9)
Beta bloker, n (%)	33 (94,3)
Kalsiyum kanal blokeri, n (%)	6 (17,1)
Amiodarone, n (%)	3 (8,6)
ACE-İnhibitörü/ Anjiotensin Reseptör Blokeri, n (%)	24 (68,6)
Statin, n (%)	20 (57,1)
Kreatin, mg/dl	1,26 ± 0,63
International Normalized Ratio,INR	2,37 ± 0,40
Beyaz küre sayısı, x10 ³ /mm ³	9,69 ± 3,11
Hemoglobin,g/dl	12,45 ± 2,23
Trombosit, x10 ³ /mm ³	225,9 ± 100,6
Lenfosit, x10 ³ /mm ³	2,80 ± 4,27
Kırmızı hücre dağılım genişliği,%	49,91 ± 11,15
Albumin, g/dL	3,98 ± 0,49
C-reaktif protein, mg/L	28,51 ± 35,03
Hemoglobin A1C,%	6,21 ± 1,87

[SS-065]

İmplant edilebilir Elektronik Kardiyak Cihazların İmplantasyon Öncesi ve Sonrası Ekokardiyografik (Strain vb), Laboratuvar ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması. Ön Veriler

Süleyman Diren Kazan¹, Ramazan Furkan Demirkıran¹, Fatih Yalçın¹, Hülya Binokay², Oğuz Akkuş¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: İmplant edilebilir kalp pilleri (CRT/ICD) hastanın mevcut duruma göre klinik bulgularını ve laboratuvar değerlerini iyileştirebilir. Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT) ve implant edilebilir kardiyoverter-defibrilatör (ICD) implant edilen hastalar üzerinde yaptığımız çalışmada hastaların klinik ve laboratuvar bulgularını ele alıp CRT ve ICD hastaları arasında global longitudinal strain ekokardiyografide (GLS) anlamlı bir iyileşme olup olmadığını göstermeyi amaçladık. Böylece hasta seçiminde sadece EF ile değerlendirmenin ötesinde GLS kullanımının prognostic değerini ölçmeyi planladık.

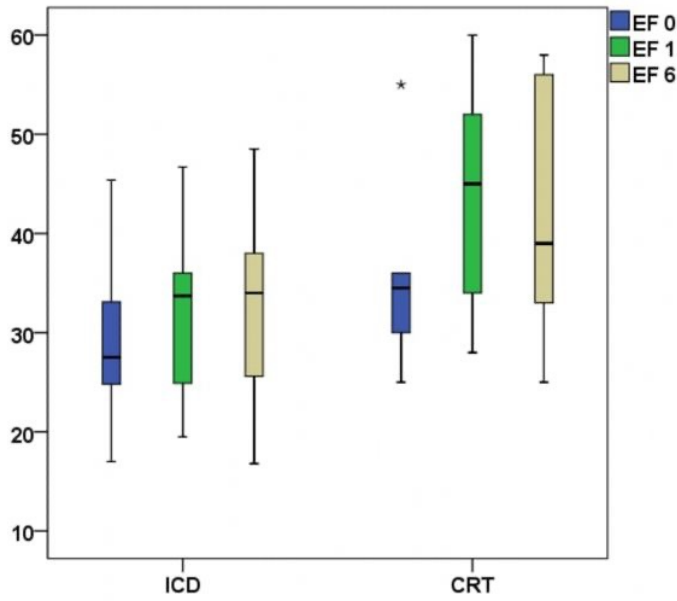
Yöntem: Çalışmaya kalp yetersizliği nedeniyle kliniğimize başvuran dilate/iskemik kardiyomiyopati hastaları dahil edildi. Hastalar pil implantasyonu öncesi (ICD/CRT) ve sonrası (CRT), pil implantasyonu sonrası 1. Ay (ICD/CRT) ve 6. Ay (ICD/CRT) olmak üzere takip edildi. Bu süreçte GLS ekokardiyografi, EKG, laboratuvar parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 59 hastanın 16'sı (%27,1) kadın, 43'ü (%72,9) erkektir. Yaş ortalaması 64,02±10.18 ve BMI 27,11±5,57 dir. CRT uygulanan 20 (%33,9) hasta varken, ICD uygulanan 36 (%61) hasta vardır. Diyabeti olan 31 (%52,5), hipertansiyonu olan 35 (%59,3), MI'sı olan 4 (%7), PCI öyküsü olan 21 (%35,6) ve CABG öyküsü olan 16 (%28,6) hasta vardır. Gruplar içi (ICD vs CRT) EF ölçümlerinin ortalaması zaman içerisinde artış göstermiştir. Ancak bu artış gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (Figure 1). CRT takılan hastalarda eGFR, EF%, pulmoner akselerasyon zamanı (PAAT) ortalamaları zaman içerisinde artarken (p<0,05), QRS zaman içerisinde azalmıştır (p<0,05). İşlem öncesine göre işlem sonrasında serum sodyum ortalaması azalmıştır (p<0,05). İşlem öncesine göre, işlem sonrası ve 1. ayda PAAT ortalaması artmıştır (p<0,05). İşlem öncesine göre, işlem sonrası ve 1. ayda PR ortalaması azalmıştır (p<0,05) (Tablo 1).

Sonuç: Hastaların EF değerleri takiplerde artmış olup, GLS değerlerinde anlamlı olmamasına rağmen düzelme izlenmektedir. Hasta takibinin ve hasta alımlarının devam etmesi nedeniyle ön verilere kıyasla devam eden çalışmada anlamlı sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Global Longitudinal Strain Ekokardiyografi(GLS), İmplant edilebilir Kardiyoverter-Defibrilatör, (ICD), Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT)

EF Değişim Tablosu



ICD ve CRT uygulanan hasta gruplarının 0,1 ve 6. ay kontrollerindeki EF değişimi

CRT uygulanan Hastaların Verileri

	Ortalama±ss	p			
eGFR -1	61,4±23,1		QTC 1	446,2±41,9	0,571
eGFR 0	61,5±26,1		PR -1	166,4±26,1	
eGFR 1	68,8±23,8	0,045	PR 0	141,0±24,8	
Na -1	136,3±3,2		PR 0	144,6±22,9	0,002
Na 0	134,7±3,4		PEAK A4C -1	-6,8±3,2	
Na 1	136,9±5,0	0,032	PEAK A4C 0	-7,2±3,3	
EF -1	27,0±5,7		PEAK A4C 1	-8,4±4,4	0,150
EF 0	31,9±5,5		PEAK A2C -1	-7,1±3,4	
EF 1	35,0±11,0	0,002	PEAK A2C 0	-7,1±4,6	
PAAT -1	88,1±42,5		PEAK A2C 1	-7,9±4,8	0,778
PAAT 0	132,4±56,1		PEAK 3C -1	-7,3±3,4	
PAAT 1	116,3±28,3	<0,001	PEAK 3C 0	-7,6±4,0	
QRS -1	147,6±25,1		PEAK 3C 1	-8,4±4,2	0,409
QRS 0	139,6±27,1		PEAK AVG -1	-7,2±2,7	
QRS 1	132,8±25,2	0,043	PEAK AVG 0	-7,3±3,5	
QTC -1	446,2±43,2		PEAK AVG 1	-8,3±4,0	0,266
QTC 0	455,0±45,7				

CRT uygulanan hastaların pil takılmadan öncesi(-1),sonrası(0) ve 1. ay verilerinden oluşan tablo. Çalışma devam ettiğinden dolayı 6. ay verileri girilmemiştir.

[SS-066]

Akut Perikardit hastalarında trigliserid glukoz indeksinin prognostik rolü

Azmi Eyiöl¹, Hatice Eyiöl²

¹Konya SBÜ. Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

²Konya SBÜ. Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Amaç: Akut perikardit hastalarında hastalık şiddetini ve prognozu belirlemede TyG indeksin kullanılabilirliğini değerlendirmek

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Ocak 2019 ile Ocak 2024 tarihleri arasında, akut perikardit tanısı konmuş, 281 poliklinik ve acil servis hastası incelenmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, TyG indeks ve diğer laboratuvar parametreleri kaydedilerek, perikardial effüzyon, perikardial frotman, EKG değişikliği, iv steroid tedavisi alma durumu gibi klinik özellikler değerlendirilmiştir. (Tablo 1,2,3). Hastaların lipid parametreleri ve açlık glukoz ölçümlerine göre TyG indeksi şu formül kullanılarak hesaplandı: $TyG \text{ indeksi} = \ln [\text{açlık trigliseridi (mg/dL)} \times \text{açlık glukozu (mg/dL)}] / 2$. Hastalar 18 yaş ve üzeriyse ve akut perikardit tanısı doğrulanmışsa çalışmaya dahil edildi. Hariç tutma kriterleri şunlardı: önceki miyokard enfarktüsü öyküsü, kronik böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, malignite veya glukoz veya trigliserid seviyelerini önemli ölçüde değiştirebilecek herhangi bir başka durum, eksik tıbbi kayıtları olan hastalar ve perikardit tanısı öncesinde glukoz veya trigliserid değiştiren tedaviler almış olanlar. Verilerin istatistiksel analizi için Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve lojistik regresyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Tablo 1’de, akut perikardit hastalarında kantitatif parametrelerin genel dağılım özelliklerini göstermektedir. Yaş, medyan 41 yıl (18-65), glukoz medyan 95 mg/ dL (78-297), trigliserid medyan 128 ng/ dL(61 – 606), TyG indeks medyan 8.70 (7.96 –10.82) olarak bulunmuştur.

Tablo 2’de, akut perikardit hastalarında parametrelerin cinsiyete göre karşılaştırılması gösterilmektedir.

Erkeklerde hemoglobin ve albümin ortalama değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3’de, akut perikardit hastalarında spesifik durumların varlığına göre TyG indeksin karşılaştırılması

gösterilmektedir. Perikardial effüzyonu olan hastalarda, HT, HPL ve DM tanılı hastalarda, koroner arter hastalığı yönünden aile öyküsü olanlarda, obezitesi olan, 4 hafta içinde tonsillit ve gastroenterit öyküsü olan hastalarda TyG indeksin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. EKG değişikliği olan hastalarda TyG indeksin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4’de, yaş, TyG indeksi ve EF’nin diğer parametrelerle ve birbirleriyle olan korelasyon ilişkilerinin incelenmesi gösterilmektedir. Yaşın, TyG indeks ve LDL ile pozitif yönlü orta düzeyde korelasyonlu olduğu, HDL ile negatif yönlü orta düzeyde korelasyonlu olduğu görülmektedir. TyG indeksin ise yaş ile pozitif yönlü orta düzeyde korelasyonlu, LDL ile pozitif yönlü güçlü düzeyde korelasyonlu olduğu görülmektedir.

Şekil 1’de TyG indeks ile LDL arasında güçlü pozitif korelasyon ilişkisi ($\rho = 0,695$, $p < 0,001$) gösterilmektedir.

Sonuç: TyG indeksin, akut perikardit hastalarında hastalık şiddeti ve prognozu öngörmede yeterli bir değere sahip olabileceği düşünülmekle birlikte gelecekte yapılacak çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Perikardit, Trigliserid glukoz indeksi, prognoz, perikardiyal efüzyon, EKG değişikliği

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

Tablo 3. Perikarditli hastalarda spesifik durumların varlığına göre TyG indeksinin karşılaştırılması.

Parametreler	TyG indeksi	P*
Perikardiyal efüzyon	Hayır (n=147) Evet (n=134)	0.38 (7.58 - 10.12) 0.04 (8.13 - 10.82) 0.001
ERG Değişikliği	Hayır (n=77) Evet (n=254)	9.12 (8.22 - 10.02) 8.61 (7.98 - 10.22) 0.001
Perikardiyal kalınlaşma	Hayır (n=256) Evet (n=15)	8.89 (7.98 - 10.82) 8.88 (8.21 - 9.33) 0.894
IV derece	Hayır (n=281) Evet (n=12)	8.7 (7.98 - 10.82) 8.67 (8.13 - 9.26) 0.100
İk. glis. kontrol	İyileşim (n=185) Ağır Durum (n=18)	8.7 (7.98 - 10.82) 8.63 (8.13 - 9.26) 0.100
Hipertansiyon	Hayır (n=181) Evet (n=120)	8.38 (7.98 - 10.89) 9.18 (8.16 - 10.82) 0.001
Hiperkolesterim	Hayır (n=217) Evet (n=64)	8.61 (7.98 - 10.89) 9.48 (8.47 - 10.82) 0.001
Diabetes Mellitus	Hayır (n=144) Evet (n=31)	8.62 (7.98 - 10.89) 8.48 (8.84 - 10.82) 0.001
İzotire	Hayır (n=112) Evet (n=139)	8.38 (8.16 - 10.82) 8.88 (7.98 - 10.78) 0.027
Aile tiryakisi	Hayır (n=220) Evet (n=61)	8.61 (7.98 - 10.7) 9.15 (8.28 - 10.82) 0.001
Obesite	Hayır (n=122) Evet (n=159)	8.38 (7.98 - 9.73) 9.85 (8.18 - 10.82) 0.001
4 hafta içinde gribal enfeksiyon	Hayır (n=83) Evet (n=218)	8.7 (8.13 - 10.7) 8.7 (7.98 - 10.82) 0.408
Trombosit	Hayır (n=200) Evet (n=72)	8.82 (7.98 - 10.82) 9.81 (8.13 - 9.7) 0.008
4 hafta içinde gastroenterit	Hayır (n=134) Evet (n=47)	8.62 (7.98 - 10.78) 9.18 (8.34 - 10.82) 0.001

Tablo 4. Yaş, TyG indeksi ve EF'nin diğer parametrelerle ve birbirleriyle olan korelasyon ilişkilerinin incelenmesi.

	Yaş	TyG indeksi	EF (%)
Yaş	rho	0.433	-0.353
	P	0.001	0.001
TyG indeksi	rho	0.433	-0.353
	P	0.001	0.001
EF	rho	-0.353	-0.353
	P	0.001	0.001
WBC	rho	0.148	0.113
	P	0.013	0.059
Nütrofil	rho	0.126	0.093
	P	0.085	0.119
Monosit	rho	0.242	0.185
	P	0.001	0.001
Leüsit	rho	0.106	0.047
	P	0.075	0.433
Hemogloblin	rho	0.038	0.119
	P	0.331	0.048
Plaklet	rho	0.045	0.1
	P	0.433	0.044
RDW	rho	0.154	0.137
	P	0.01	0.022
Albumin	rho	0.055	0.085
	P	0.354	0.115
D-dimer	rho	0.064	0.117
	P	0.283	0.05
LDL	rho	0.541	0.283
	P	0.001	0.001
HDL	rho	-0.429	0.178
	P	0.001	0.001
Trigliserit	rho	0.364	0.279
	P	0.001	0.001
ASO	rho	-0.27	-0.074
	P	0.001	0.216
Tropoin	rho	0.076	0.061
	P	0.202	0.058
CRP	rho	0.333	0.202
	P	0.001	0.001
Ferritin	rho	-0.313	0.137
	P	0.001	0.001
Fibrinojen	rho	0.181	0.173
	P	0.082	0.084
Üre nit	rho	0.082	0.01
	P	0.13	0.065
Çokluk	rho	0.139	0.017
	P	0.084	0.017

AuthorToEditor: Gönderimimi değerlendirdiğiniz ve değerli zamanınızı harcadığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

[SS-067]

Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetmezliğinin Geri Döndürülebilir Bir Sebebi: Konstriktif Perikardit- Gecikmiş Tanılı Bir Olgu

Cemre Turgul¹, Rıdvan Yurt¹, Çağla Akçay Ürkmez², Özge Özden Kayhan³

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

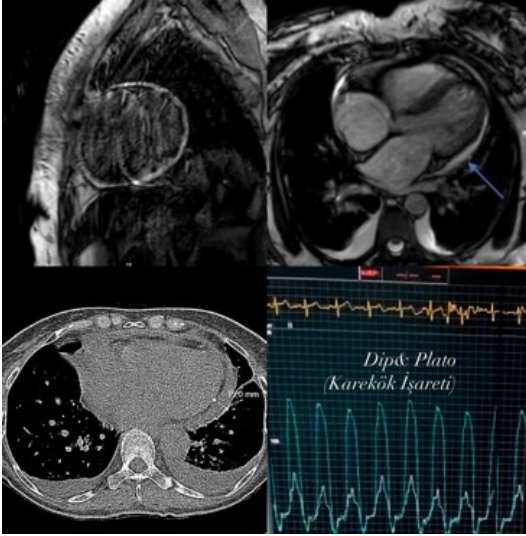
³İstanbul Bahçelievler Memorial Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Konstriktif Perikardit(CP),perikardiyal inflamasyon ve fibrozisin neden olduğu perikardiyal elastikiyet kaybıyla ventrikülün diyastolik dolumunda bozulmaya sebep olur. Erken tanı nonspesifik klinik bulgular(restriktif kardiyomiyopati, hepatomegali, asit, periferik ödem) sebebiyle zordur.Bu olguda korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliğini(KEFKY) taklit ederek geç tanı alan CP vakasını sunuyoruz. Vaka: 56 yaşında kadın hasta efor dispnesi, halsizlik, karın ve bacaklarda şişlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Kronik hastalığı olmayıp fizik muayenesinde bilateral + 2 pretibial ödem, boyunda inspirasyon ile artan juguler venöz dolgunluğu(JVD)görüldü.EKG AF olarak değerlendirildi.NT-proBNP:1560(Referans aralık:0-125) olup diğer parametreler normal sınırlardaydı.TTE'de ejeksiyon fraksiyonu:%55, 2. Derece triküspit yetmezliği, Spab: 35 mmhg, sol atriyum çapı: 4,5 cm ölçüldü.Ön tanıda KEFKY düşünülerek medikal tedavi başlandı.Hastanın 1 yıl içinde hipervolemi nedeniyle tekrarlayan hastane yatışları oldu.Bu süreçte batındaki asit ve periferik ödem sebebiyle siroz şüphesi ile araştırmalar yapıldığı öğrenildi.Tekrarlanan TTE'de:septumda sıçrama (bounce) hareketi,mitral kapak E dalgasında solunumsal değişiklik olduğu(inspirasyon ile mitral anulus velositesinin %25 den daha fazla azaldığı, triküspit anulus velositesinin % 40 dan daha fazla arttığı), doku dopplerde (TDI) mitral e':12 cm/sn (>8 cm/sn) olduğu izlendi.Vena kava inferior(VCI)çapı:2,6 cm olup inspirasyonda 1,7cm ölçüldü.Bu bulgular ile CP'den şüphelenilerek Kardiyak MRI çekildi ve diffüz perikardiyal kalınlaşma görüldü.CP etiyolojik sebepleri(tüberküloz,otoimmün belirteçler) dışlandı.CP'yi doğrulamak için hastaya sağ kalp kateterizasyonu yapıldı.Sağ ve sol ventrikül diyastolik basınçları arasındaki fark 5 mmhg'den az olup respirofazik diskordans ve karekök (square root) işareti izlendi.CP tanısı kesinleştirilen hastaya perikardiyektomi yapıldı.Perikardiyal doku biyopsi sonucu etiyolojiye dair kesin bir fikir vermedi.Operasyon sonrası hastanın NT-proBNP değeri 300'e geriledi ve hastanın şikayetlerinde belirgin azalma gözlemlendi.

Tartışma-Sonuç: Sunduğumuz bu vaka ilk aşamada CP tanısını koymanın ve tedaviye erken başlamanın zorluğunu bize göstermektedir.CP'nin net patognomonik bulguları olmayıp tekrarlayan sağ kalp yetmezliği,açıklanamayan KEFKY başvurularında mutlaka akla getirilmelidir.KP'de JVD (%80), periferik ödem (%75), asit (%40) ve hepatomegali (%60) sık görülür. Bu bulgular karaciğer sirozu ile sıklıkla karışabilmektedir. Literatürde CP' li hastaların NT-proBNP düzeylerinin düşüklüğünün restriktif kardiyomiyopati ile ayırımında yardımcı olacağı belirtilir ancak perikardiyektomi sonrası düşen pro-BNP düzeyleri bize RKMP ve CP 'i ayırmada bu değerin yeterli olmadığını göstermektedir.Sağ/sol kalp kateterizasyonu ile CP'yi doğrulamak için LV ve RV basıncının respirofazik uyumsuzluğunun gösterilmesi %97 duyarlılığa ve %100 öngörü doğruluğu ile tanıda hala altın standarttır.

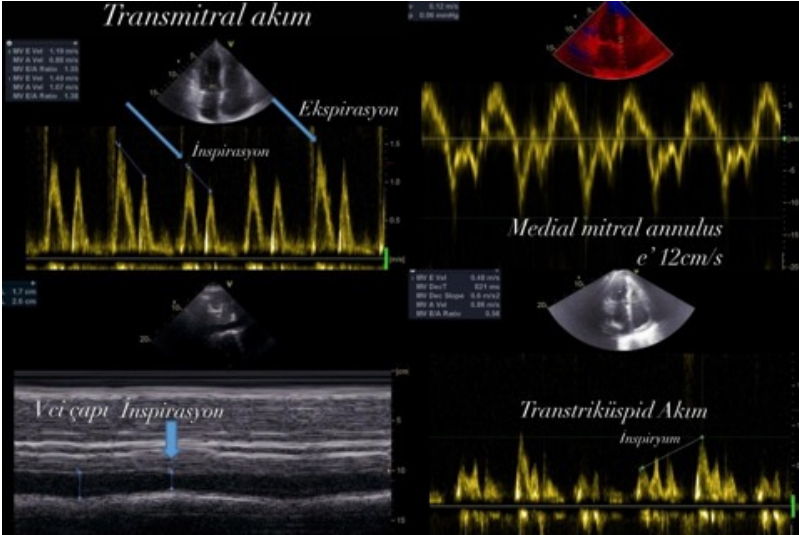
Anahtar Kelimeler: Konstriktif Perikardit, Perikardiyektomi, Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetmezliği

Konstriktif Perikarditin Noninvaziv ve İnvaziv görüntüleme İle Tanısı



Konstriktif Perikardit multimodal görüntüleme ve invaziv hemodinamik değerlendirme

Konstriktif Perikarditin Transtorasik Ekokardiyografi İle Tanısı



Konstriktif Perikardit multimodal görüntüleme ve invaziv hemodinamik değerlendirme

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu Üyeleri, Sunmak istediğim bu olgu, klinik bulguların nonspesifik olması ve başlangıçta korunmuş EF ile seyreden kalp yetmezliğini taklit etmesi nedeniyle tanısız sürecin karmaşıklığını net biçimde ortaya koymaktadır. Olgu, KP'nin restriktif kardiyomiyopatiden ayırımında ileri görüntüleme yöntemlerinin ve hemodinamik değerlendirmelerin önemini vurgulamakta; ayrıca kardiyak kateterizasyonun tanısızdaki yerini örneklemektedir. Bu yönleriyle, klinik pratiğe önemli katkı sağlayabileceğine inanıyorum. Değerlendirmeniz için teşekkür eder, saygılarımı sunarım. Dr. Cemre TURGUL

[SS-068]

İnferior ST Eleve Miyokard İnfarktüsünü Taklit Eden Nadir Bir Durum: Akut Pankreatit

Cemre Turgul¹, Rıdvan Yurt¹, Şaban Keleşoğlu², Çağla Akçay Ürkmez³, Özge Özden Kayhan⁴

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Kalp Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

³Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

⁴İstanbul Bahçelievler Memorial Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

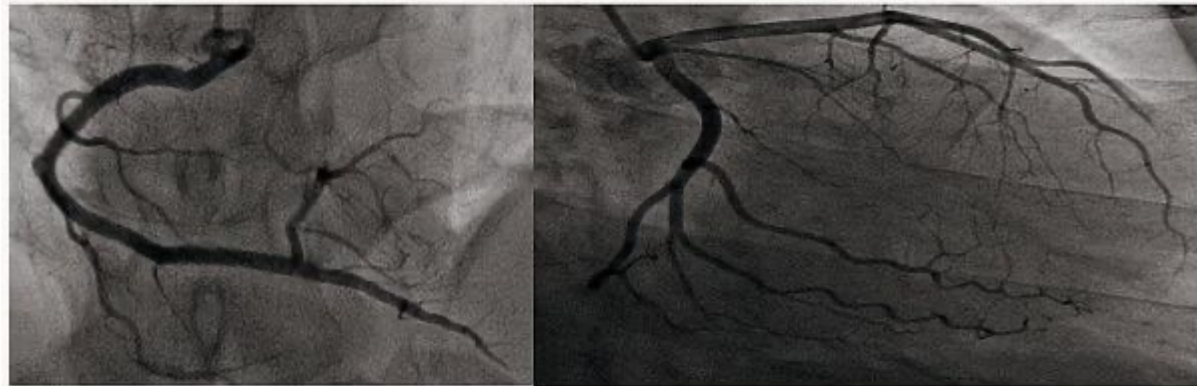
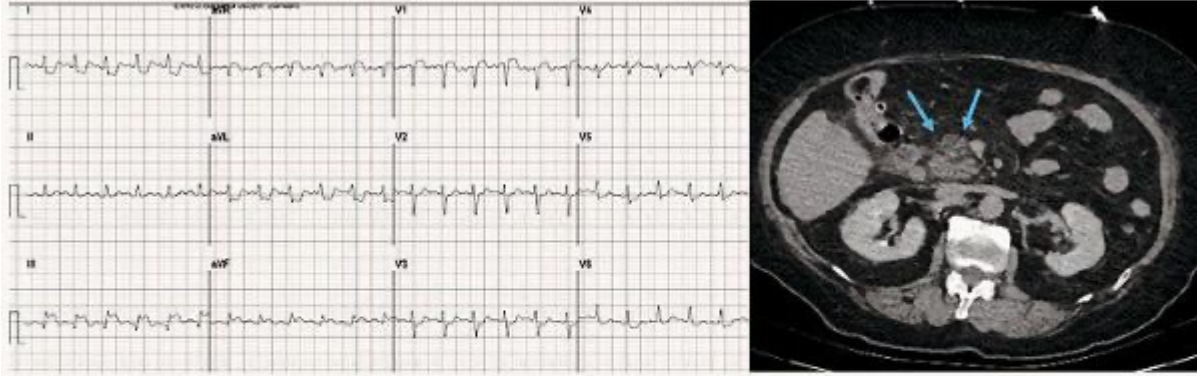
Giriş: Akut pankreatit(AP) pankreasın akut iltihabıdır.AP, çok nadir olarak akut koroner sendromu(AKS) taklit edebilir.Literatürde sıklıkla T dalga inversiyonu, ST depresyonu gibi EKG bulguları ile beraberliği gösterilmiştir. Koroner arterlerin tıkalı olmadığı ST-segment elevasyon (psödo-STEMI) vakaları nadirdir. Bu EKG bulgularına neden olan altta yatan patofizyoloji hala belirsizliğini korumaktadır.Bu olguda acil servise epigastrik ağrıyla başvuran 70 yaşındaki hastanın akut inferior STEMI'yi taklit eden akut pankreatit vakasını sunuyoruz.

Vaka: Diyabet ve hipertansiyon öyküsü olan 70 yaşında kadın hasta son 2 saattir olan epigastrik bölgede ağrı, bulantı-kusma şikayeti ile acil servise başvurdu.Vital bulguları:Kan basıncı 90/50 mm/Hg, solunum sayısı 28/dakika, fizik muayenede hasta terli ve endişeli görünüyordu.EKG'de D2-3-AVF derivasyonlarında 1 mm'nin üzerinde ST elevasyonu, D1-AVL de derivasyonlarında resiprok ST depresyonu olduğu görüldü. Hasta acil anjiyografi için kateter laboratuvarına transfer edildi. Yapılan koroner anjiyografisinde sağ ve sol koroner arterler tamamen açıktı.İşlem sonrası yapılan ekokardiyografide hastanın ejeksiyon fraksiyonu:%55, sol ventrikülde duvar hareket kusuru ve anlamlı kapak patolojisi izlenmedi.Biyokimya parametrelerine bakıldığında CRP:146 mg/L,Prokalsitonin: 0,51,Troponin:200 ng/L olup en dikkat çekici bulgulardan biri Amilaz:498 (28-100 U/L), Lipaz: 1028(13-60 U/L)'di.Diğer karaciğer fonksiyon değerleri normal aralıktaydı. Gastroenteroloji önerisiyle çekilen abdominal BT'de pankreas etrafında ödem, peripankreatik sıvı olup klinik değerlendirmeye birlikte akut pankreatit tanısı konuldu. Hastaya dahiliye yoğun bakımda bağırsak istirahati,agresif intravenöz sıvı ve elektrolit replasmanı verildi.3 gün sonra hastanın vital bulguları normal aralıkta izlendi ve EKG'deki ST segmentinin normal izoelektrik hatta döndüğü görüldü. Troponin değeri kademeli olarak azalarak 28 ng/L'ye geriledi. Hasta 1 hafta sonra taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: AP'de EKG'deki ST segment değişikliklerini açıklayan hipotezler:Pankreatitte görülebilen hipokalemi,hipomagnezemi,hipokalsemi gibi elektrolit anormallikleri repolarizasyon fazını değiştirerek EKG değişikliğine yol açabilir.Proteolitik enzimler (tripsin) membranın geçirgenliğini değiştirebilir ya da doğrudan membran hasarına neden olabilir.AP vakalarının genellikle inferior duvar iskemisini taklit etmesi, inflamasyonun transdiyafragmatik geçişi, pankreasın retroperitoneal konumuyla açıklanabilir.AP tanısı ile takip edilen hastada yeni gelişen EKG değişikliklerinin psödo-MI tablosu olabileceği,uygulanacak girişimsel yada trombolitik tedavinin akut inflamatuvar pankreatitli hastalarda hemorajik pankreatite dönüşme riskinin mevcut durumu kötüleştirebileceği ancak gözden kaçan bir akut MI'nın ölümcül olabileceği akılda tutulmalıdır.Koroner anjiyografisi normal olan hastalarda ayırıcı tanıda pankreatit gibi enflamatuvar süreçler göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, Psödo-STEMI, Akut koroner sendrom

İnferior ST Eleve Miyokard İnfarktüsünü Taklit Eden Nadir Bir Durum:Akut Pankreatit



Total_Bilirubin	0,39		mg/dL	0 - 0,9	0,34	0,17
				< 1 gün: < 8 mg/dL 1-2 gün: < 13 mg/dL 2-30 gün: < 15 mg/dL		
Direk_Bilirubin	0,26		mg/dL	0 - 0,3	0,11	0,08
Amilaz	498	Y	U/L	28 - 100	112	105
Lipaz	1028,7	K	U/L	13 - 60	45	64
GGT	55	Y	u/L	6 - 42	0	0
LDH	224		u/L	135 - 250	467	614
	Hemoliz					
AST	36,6	Y	u/L	0 - 32	16	52
ALT	41	Y	u/L	0 - 33	12	28

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu Üyeleri, Sunmak istediğim bu olgu, literatürde nadir görülen ve klinik yaklaşım açısından öğretici özellikler taşıyan bir vakadır. Bu olgunun, hem tanısal süreçteki zorlukları hem de yönetim basamaklarını katılımcılarla paylaşarak klinik pratiğe katkı sağlayacağını düşünüyorum. Olgunun, özellikle multidisipliner yaklaşım gerektirmesi, atipik semptomlarla başvurusu sebebiyle benzer vakalarla karşılaşan hekimlere yol gösterici olacağına inanıyorum. Değerlendirmeniz ve takdirleriniz için şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım. Uzm. Dr. Cemre TURGUL Kayseri Şehir Hastanesi - Kardiyoloji AnaBilim Dalı

[SS-071]

Fallot Tetralojisi ve Romatizmal Mitral Darlığı: Bir Olgu Sunumu

Cem Korucu

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

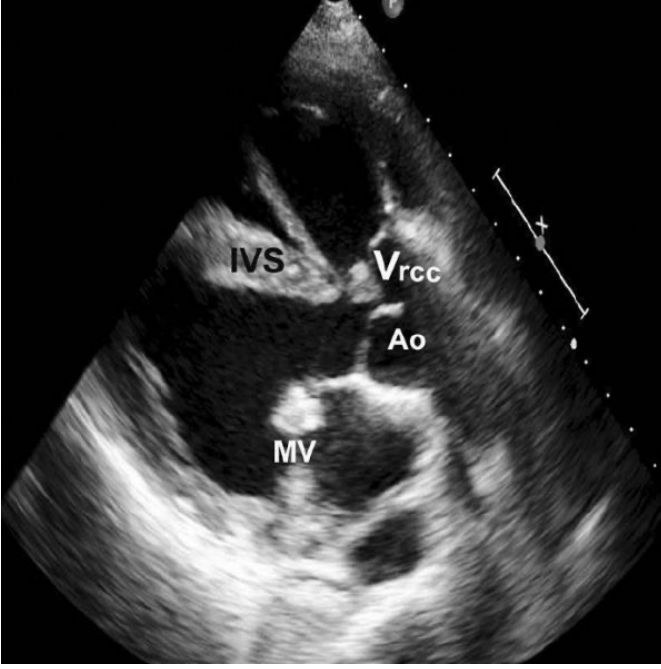
Giriş: Fallot tetralojisi (TF), neonatal ve pediatrik yaş grubunda siyanotik kalp hastalıklarının en sık görülenlerinden biridir ve pulmoner stenoz, ventriküler septal defekt (VSD), aortun dekstrapozisyonu ve sağ ventriküler hipertrofi ile karakterize edilir. Romatizmal mitral darlığı (RMD) edinilmiş bir kapak patolojisi olup, genellikle geçirilmiş akut romatizmal ateş sonrası gelişen mitral kapak deformasyonu ve fibrotik değişikliklerle ilişkilidir. FT ve RMD'nin birlikte görülmesi nadir olmakla birlikte, bu kombinasyon kardiyovasküler sistemde ciddi hemodinamik değişiklikler yaratır. Bu olgu sunumu, TF ve RMD birlikteliğine sahip 35 yaşındaki erkek bir hastanın klinik özelliklerini ve bu nadir kombinasyonun kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerini tartışmayı amaçlamaktadır.

Olgu: Erken çocukluktan kalma siyanoz öyküsü olan 35 yaşında bir erkek, düşük dereceli ateş ve eforla kötüleşen nefes darlığı nedeniyle değerlendirilmek üzere dış merkezden tarafımıza sevk edildi. Yakın zamanda dış çekimi veya cerrahi bir prosedür öyküsü yoktu. Genel fizik muayenede, santral siyanoz ve çomak parmak saptandı. Juguler venöz dolgunluk mevcutdu. Nabız düzenliydi, dakikada 100 atım hızındaydı. Kan basıncı 120/60 mmHg idi. Oskültasyonda sol sternal sistolik ejeksiyon ve erken diyastolik üfürümler ve apekte presistolik şiddetlenme ile orta diyastolik üfürüm vardı. Splenomegali izlenmedi. Pulse oksimetrede %78'lik bir oda havası oksijen satürasyonu gösterdi. Elektrokardiyografide sinüs ritmi, normal PR aralığı, sağ eksen sapması, sol atriyal genişleme ve sağ ventrikül hipertrofisi saptandı. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, ata binen aorta ile büyük bir ventriküler septal defekt saptandı. Aort kapağı sağ koroner uçta bir vejetasyon ile beraber olan üç yapraklıydı. Mitral kapak kalınlaşmıştı. Ön yaprakçığının diyastolik dommingi, paradoksal hareketle fikse posterior mitral yaprakçığı ve iki hipertorfik papiller kas görüldü. Komissural füzyon ve subvalvüler aparatın kalınlaşmasıyla kalsifik olmayan şiddetli mitral stenoz saptandı. Mitral kapak alanı 1,1 cm² idi. Kapak boyunca tepe ve ortalama gradyanlar sırasıyla 36 ve 21 mmHg idi ve ekokardiyografik mitral kapak skoru 6/16 idi. Kan kültürleri Serum antistreptolizin O titreleri referans aralığındaydı, C-reaktif protein pozitif ve eritrosit sedimentasyon hızı yüksekti. Fallot tetralojisi, aort kapağının subakut bakteriyel endokarditi ve muhtemelen romatizmal etyolojiye bağlı şiddetli mitral stenozun tanısı konuldu. Uygun tedavisine başlandı fakat hasta yatışının 5. gününde enfeksiyöz komplikasyonlara yenik düştü.

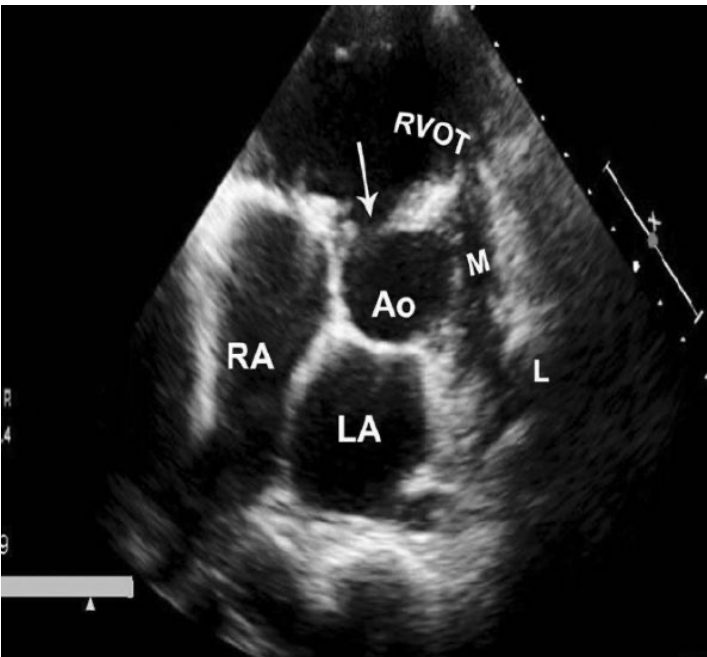
Sonuç: Bu olgu sunumu, nadir görülen FT ve RMD birlikteliğinin klinik yönetiminde bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının önemini vurgulamakta ve karmaşık kardiyak vakaların yönetiminde multidisipliner bakış açısının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Konjenital ve edinsel kalp hastalıklarının eş zamanlı görülmesinde, hasta bazlı karar süreçlerinin önemi göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: enfektif endokardit, romatizmal mitral darlık, fallot tetralojisi

Şekil 1: Parasternal uzun eksen görünümü, dekstropeze ventriküler septumu aort override'ı (Ao), sağ koroner kapakta vejetasyon (Vrcc) ve kalınlaşmış mitral kapağı (M) göstermektedir.



Şekil 2: Kısa eksen görüntüsünde subaortik ventriküler septal defekt (ok), hipoplastik sağ ventrikül çıkış yolu (RVOT), konfluent dallı pulmoner arterlere sahip ana pulmoner arter (M). L, sol pulmoner arter; RA, sağ atriyum; LA, sol atriyum gösterilm



AuthorToEditor: Olgu sunumumuz, konjenital kalp hastalığı olan hastalarda eş zamanlı romatizmal bir lezyon olasılığını vurgulamaktadır.

[SS-072]

Spontan Triküspit Korda Rüptürü, Nadir Bir Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi

Abdülmelik Birgün, Lütfü Bekar

Hitit Üniversitesi Erol Olçok EAH, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Çorum

Giriş: Triküspit kapak, sağ atriyum ile sağ ventrikül arasında yer alır ve üç yaprakçıktan oluşur. Korda tendinea ve papiller kaslar yardımıyla sistol sırasında atriya geri kaçışı engeller. Korda tendineaların rüptürü, kapakçıkların yapısını bozulmasına yol açarak ciddi triküspit yetmezliğine neden olabilir. Bu yazıda dispne ile acil servise başvuran hastada tespit ettiğimiz spontan triküspit korda rüptürü vakasını tartışmayı amaçladık.

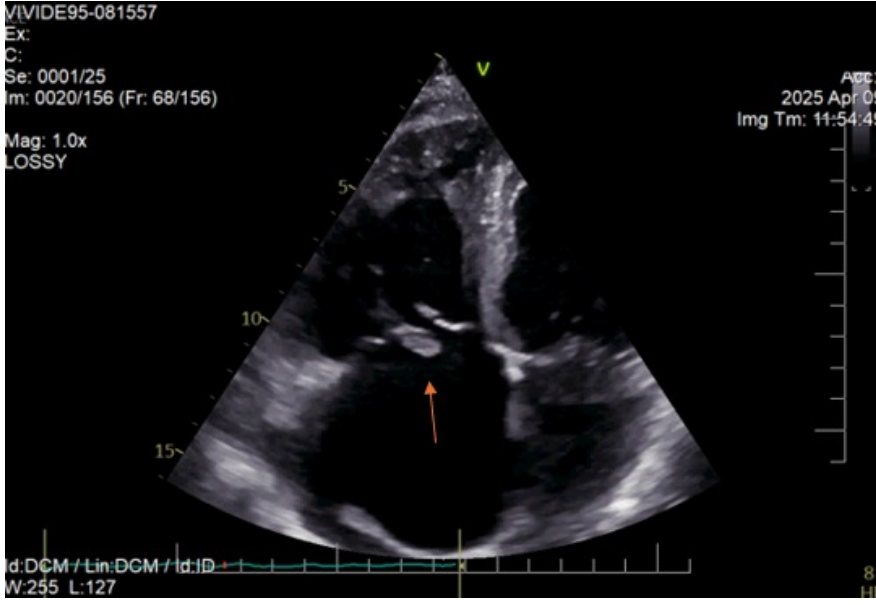
Vaka: 79 yaşında erkek hasta nefes darlığı, bacaklarda şişkinlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmiş sorgulandığında Diyabet, hipertansiyon ve KOAH ile takipli olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde tansiyon: 160/100 saturasyon: %78 (oda havasında), akciğerlerde dinlemekle orta ve bazalarda ral mevcut elektrokardiyografi sinüs ritminde, kalp hızı 80, sağ dal bloğu mevcut. Ekokardiyografide ileri triküspit yetersizliği, sağ kalp boşluklarında genişleme ve triküspit kapak anterior leaflette korda rüptürü izlendi (şekil1). Spab 75 mm/hg ölçüldü (şekil 2). Bt anjiyografide pulmoner emboli izlenmedi. Hasta koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İv diüretik, vazodilatör ve ampirik antibiyotik başlandı. Enfektif endokardit dışlanması için kan kültürleri alındı. Ayrıntılı ekokardiyografi yapıldı. Kalp damar cerrahisi ile operasyon için görüşüldü. Hasta ve yakınları operasyonu kabul etmedi. Medikal tedavi ile şikayetleri gerileyen hasta ilaçları düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: Triküspit korda rüptürü genellikle künt travma, endomiyokardiyal biyopsi, sağ kalp kateterizasyonu gibi durumlar sonrasında görülebilirken, Spontan yırtılma ise çok daha nadirdir; Erişkinlerde sadece birkaç vaka vardır, çoğu pulmoner hipertansiyonla ilişkilidir. Spontan triküspit kapak rüptürünün altında yatan mekanizma kesin olarak bilinmemekle birlikte vakada gözlenen tablo, dilate olmuş sağ ventrikülde artan duvar geriliminin kapak ve subvalvüler yapılar mekanik stres yüklemesi ile ilişkili olabilir. Hastanın özgeçmişinde kronik akciğer hastalığı olması ve eski ekokardiyografi raporlarını kontrol ettiğimizde orta derece TY ve sağ boşluklarda dilatasyon ve sistolik pulmoner arter basıncında yükseklik dikkat çekmektedir. Bu mekanik zorlanma, zamanla fibrotik doku gelişimine ve rüptüre zemin hazırlayabilir. Sağ ventrikülde kronik basınç artışı zamanla ventrikül duvarında dilatasyona ve kontraktilite fonksiyonlarında bozulmaya yol açabilir. Triküspit kapak veya kapak aparatına ait yırtılmaların tedavisinde tercih edilen yöntem genellikle cerrahidir. Bu müdahale, kapak onarımı ya da kapak replasmanı şeklinde olabilir ve çoğunlukla başarılı sonuçlar vermektedir.

Özet olarak, spontan triküspit korda rüptürü, mitral kapak kadar sık görülme de kronik akciğer hastalığı veya pulmoner hipertansiyon gibi sağ ventrikülde kronik basınç ve volüm yükü yapan hastalıklarda mutlaka göz önünde bulundurulmalı, tanıdan şüphelenildiği takdirde ayrıntılı ekokardiyografik inceleme yapılmalıdır.

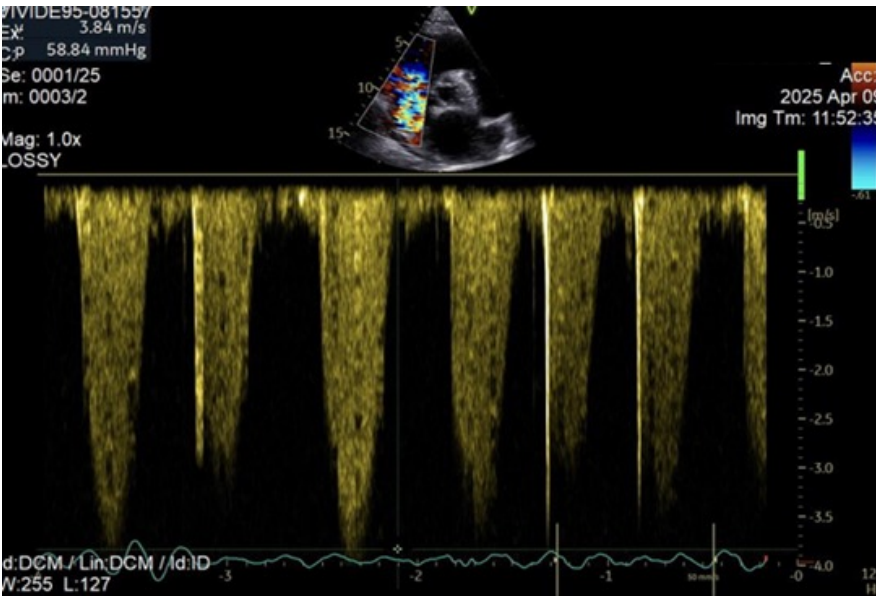
Anahtar Kelimeler: Flail leaflet, Spontan korda rüptürü, Triküspit yetmezliği

Şekil 1



kırmızı ok ile gösterilen, rüptüre olan kordaya sekonder flail leaflet görüntüsü.

Şekil 2



ileri triküspit yetmezliğine ait doppler ekokardiyografi görüntüsü

[SS-073]

Alternatif bir yaklaşım; HKMP’de venöz yoldan septal alkol ablasyon

Oğuz Uçar, Özcan Özdemir

Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Semptomatik hipertrofik obstruktif kardiyomyopatisi mevcut olan anatomik yetersizlik sebebi ile alkol enjeksiyonu yapılmasına karşın yeterli lvot gradient azalması gözlenmemesi üzerine alternatif yol olarak septal perforatör ven aracılığı ile alkol enjeksiyonu ile başarılı septal ablasyon vakası anlatılacaktır.

Olgu: 38 yaş erkek hasta efor dispnesi, presenkop şikayetleri ile poliklinik başvurusu mevcut. Yapılan ekokardiyografide septum duvar kalınlığı 19 mm olarak ölçüldü. Sistolik anterior motion mevcut idi. LVOT’ta istirahat halinde maksimum 55mmHg gradient mevcudiyeti sebebiyle ve 300 mg metoprolol tedavisine rağmen semptomatik olması sebebiyle hastaya septal alkol ablasyon işlemi planlandı. Kardiyak Mri’da miyokardiyal fibrosis-skar saptanmadı. Mr ölçümlerinde septum midventriküler seviyede 20 mm olarak ölçüldü. Mitral kapakta sistolik anterior motion mevcuttu.

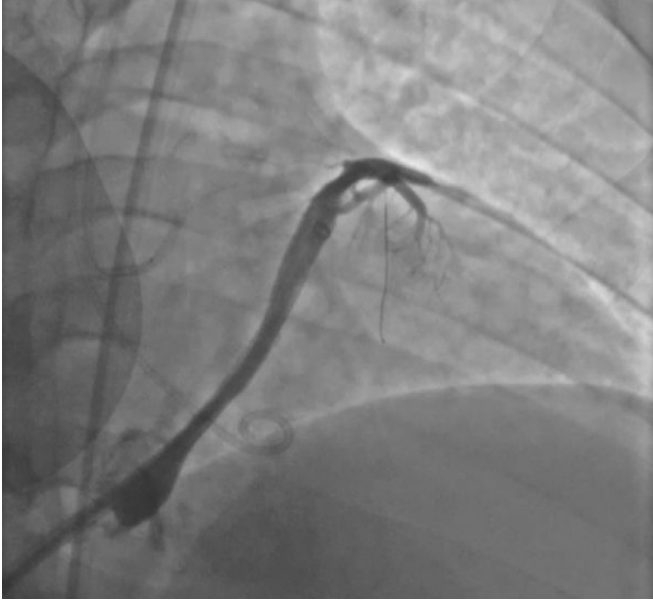
Hasta işleme alındı. Kateter laboratuvarında yapılan eş zamanlı basınç gradient kayıtları ile yapılan gradient ölçümünde işlem öncesi istirahatte 120mmhg maksimum gradient izlendi. Ardından Lmca kanule edilerek yapılan görüntülemeye septum bazali ile ilgili her iki septal ince yapıda olduğu görüldü. Ancak daha uzun seyir izlemesi sebebiyle 2.septal arter kılavuz tel ile geçildi ve 1.5mm OTW balon ile proksimalden oklude edilerek 1.5 cc alkol verilerek ölçümler yapıldı.

Yapılan ölçümlerde belirgin gradient azalması ve başka uygun septal arter gözlenmemesi üzerine kardiyak aritmilerin tedavisinde başarı ile yapılan venöz sistem alkol ablasyonlarına (Marshall ven alkol ablasyon) benzer yaklaşım düşünülerek septal venin alkol ile ablasyonu planlandı. CS kanule edilerek CS anjiyografisi yapıldı. Bazal septum bölgesini drene eden ven dalı kanule edildi. Bu venöz dala aralıklı olarak 3-5 cc alkol verildi. İşlem sonrası eş zamanlı basınç gradient ölçümünde istirahat gradientinin 30-40mmHg’ye düştüğü gözlenmesi üzerine komplikasyon olmadan işleme son verildi. İşlem sonrası yatışında yapılan tetkiklerde pik CK 431 U/L olarak ölçüldü. Ardından poliklinik kontrollerinde hastanın semptomlarında belirgin azalma gözlendi. İşlem öncesi ile aynı metoprolol dozunda takibe devam edildi. Yapılan kontrol ekokardiyografide istirahatte maksimum 32mmHg gradient izlendi.

Sonuç: Vaka serilerinin yüzde 10’unda tatmin edici septal arter tespit edilemediği gösterilmiştir. 1 mm’den daha küçük septal dal varlığında ve bazı vakalarda da hedef septal arter lv serbest duvarını, papiller kasları ve rv yapılarını beslemesi sebebiyle alkol septal ablasyon için uygun hedef olmayarak işlem gerçekleştirilememektedir. Vakamızda bazal septumu drene eden ven dalına yapılan alkol ablasyon enjeksiyonu ile başarı ile gerçekleştirilmiş ilk venöz septal alkol ablasyon vakası sunuldu. Alkol septal ablasyon işleminde uygun ve elverişli septal perforatör arter yokluğunda septal perforatör vene alkol ablasyon verilmesi uygun hastalarda alternatif bir tedavi olarak düşünülebilir.

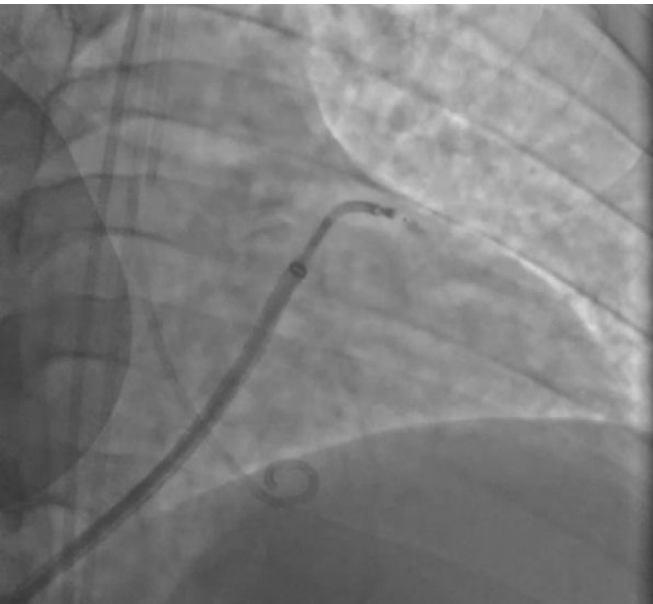
Anahtar Kelimeler: Alkol Septal Ablasyon, Asimetrik Hipertrofi, Hkmp

Septal Perforator Ven Kanulasyonu



Cs angiografisi sonrası septumu drene eden ven, septal artere yerleştirilen kılavuz telin konumuna uygunluğu da gözlenerek kanule edildi.

Septal Perforator Vene Alkol Enjeksiyonu



[SS-076]

Benign Görünümlü Ama Sinsi: Uterin Tümörün Kalp ve Pulmoner Emboliye Uzanan Yolculuğu

Mehmet Murat Şahin, Lütfü Bekar

Hitit Üniversitesi Erol Olçok EAH, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Çorum

Giriş: Bu sunumda oldukça nadir olan İntrvenöz Leiomyomatozis'in (İVL) oldukça nadir bir metastazı olan kardiyak tutulumunun neden olabileceği kliniği tartışacağız. Kardiyak kitleler, çoğunlukla metastatik kökenli olup malignite ile ilişkilendirilse de, bu olgu bize İVL gibi nadir görülen benign ancak agresif seyredebilen bir patolojinin de pulmoner tromboemboli (PTE) ve sağ kalp obstrüksiyonu gibi hayatı tehdit eden tablolara yol açabileceğini hatırlatmaktadır.

Vaka: 42 yaşında kadın hasta, nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Çekilen pulmoner BT anjiyografide PTE saptanan hasta, göğüs hastalıkları servisine yatırılarak antikoagülan tedavi başlandı. BT anjiyografide ek olarak sağ atriumda şüpheli kitle izlenmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastaya yapılan transözofageal ekokardiyografide, sağ atrium içinde 44x35 mm boyutlarında mobil, diyastolde triküspid kapağı geçerek sağ ventriküle prolabe olan bir kitle tespit edildi. Başvurudaki klinik tablo ve görüntüleme bulguları öncelikle trombüs lehine değerlendirildi. Ancak, acil cerrahi eksplorasyonda kitlenin vena cava inferior'dan sağ atriuma uzanan solid bir yapı olduğu görüldü. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesi "benign anjiroleiomyoma" ile uyumlu bulundu. Hastanın sonraki tetkiklerinde uterin leiomyom saptanması üzerine intravenöz leiomyomatozis tanısı konuldu. Postoperatif takiplerde hastanın asemptomatik olduğu görüldü. Ancak, ileri dönemde yapılan kontrollerde kitlenin nüks ettiği tespit edildi. Yüksek cerrahi risk nedeniyle hasta reoperasyonu kabul etmedi ve onkoloji konsültasyonu ile medikal takip kararı alındı.

Tartışma: İntravenöz leiomyomatozis, benign uterin myomlardan köken alan ve damar yatağına yayılan nadir bir tümördür. Tam olarak insidansı bilinmemektedir. Benign olarak tanımlansa da vasküler invazyon ve uzak metastaz gösterme yeteneği sebebiyle oldukça agresif seyirli olabilmektedir. Cerrahi ile küratif tedavi sağlanabilse de %30 vakada rekürrens bildirilmiştir. Tümörün kardiyak tutulumu çeşitli vaka serilerinde %25'e kadar bildirilmiştir. Oldukça geniş bir aralıkta klinik prezentasyon görülmektedir; kitlenin triküspid kapakta obstrüksiyona neden olması sonucu sağ kalp yetmezliği gelişebilir, pulmoner emboli kliniği görülebilir ve hatta kitle ani kardiyak arreste sebep olabilir.

Literatürde intravenöz leiomyomatozis'in PTE ile birlikteliği vakaların %8-10'unda bildirilmiştir, kardiyak tutulumu olanlarda ise bu oran %20'ye kadar çıkmaktadır. Bu vakalarda PTE, tümör embolizasyonu veya tümörün sebep olduğu staza bağlı olarak oluşabilecek tromboemboli şeklinde gerçekleşebilir. Patolojik olarak benign kabul edilse de, İVL'nin vasküler invazyon potansiyeli ve yüksek nüks oranları ve hastanın hayat kalitesi üzerindeki etkisi nedeniyle klinik seyri tartışmalıdır. Küratif tedavi cerrahi rezeksiyon olmakla birlikte, yaygın tutulumlu olgularda tam eksizyon genellikle mümkün olamamaktadır. Ve tam rezeksiyon sonrası nüks görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atrial kitle, İntravenöz leiomyomatozis, Kardiyak kitle, Pulmoner emboli

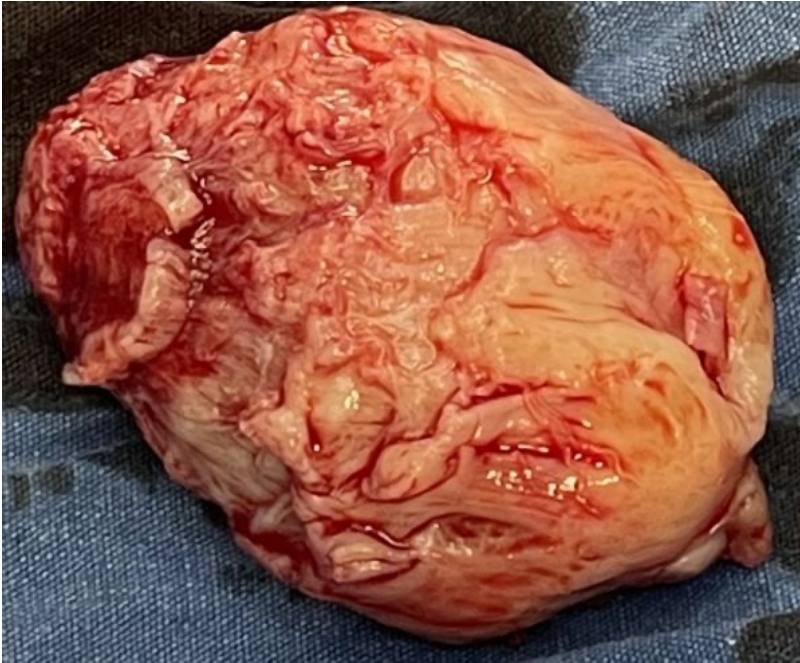


Şekil 1



Hastanın TEE görüntüsü bikaval pencerede sağ atrium içini tama yakın dolduran miyokard ekojenitesinde yapı görülmekte.

Şekil 2



Cerrahi rezeksiyon sonrası çıkartılan kitle.

[SS-077]

Boğa Boynuz Darbesi İle Künt Yaralanma Sonucu Ana Karotis Arterde Oluşan Trombüs: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Çeber¹, Kayıhan Karaman²

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyovasküler Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tokat

²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

Giriş: Baş ve boyun bölgesine alınan boğa boynuzu travmaları sıklıkla delici tipte yaralanmalardır. Buna bağlı olan ana karotis arterin (AKA) transeksiyonu veya intimal yırtılması hızlı bir şekilde tanımlanmazsa ciddi hemodinamik bozulmaya yol açabilir. Bu olguda, boyun bölgesine alınan künt boynuz darbesi sonrası, sol AKA yaralanmasının cerrahi olarak tedavi edilmesi tartışılmıştır.

Olgu Sunumu: Kırkyaşındaki bir erkek, boğa boynuz darbesi sonrası acil servise başvurdu. Bilinç açık, hemodinamisi stabildi. Boyunun sol anterior 'zon II' bölgesinde 6 cm uzunluğunda bir kesi vardı (Resim 1a). Sol AKA nabızı dolgundu. Boyun BT anjiyografide sol AKA'nın akımının patent ve bulbusun yaklaşık 2 cm aşağısında intimal yırtılma ve üzerinde trombüs ile uyumlu 16x5 mm ebatlarında dolum defekti görüldü (Resim 1b). Karotis USG'de boynuz darbesinin yaptığı künt bası ile hem ön hem de arka duvarda intimal yırtılma ve arka duvardan trombüsün köken aldığı görüldü (Resim 1c). Karotis anjiyogramı bulguları doğruladı ve ekstremitasyon olmadığı görüldü (Resim 1d). Endovasküler stent yerleştirmenin intimal yırtıktaki trombüs nedeniyle inme ve psödoanevrizmayı engellemeyeceği düşünülerek cerrahi kararı alındı. Boyun eksplorasyonunda, sol AKA'nın dış kısmında, bifurkasyonun 2 cm altında kısa laserasyon çizgisi vardı. AKA buradan açıldı. İntimal yırtılma ve trombüs görüldü (Resim 2a). İntimal yırtılma içeren AKA kesiti çıkarıldı ve interpozisyon vasküler sentetik greft uygulandı (Resim 2b). İntra-operatif Dopplerde yeterli üç fazlı akım görüldü (Resim 2c). İnme riskini azaltmak için ASA ve klopidoğrel başlandı.

Tartışma: Boyun arter yaralanmaları tam veya kısmi transeksiyonlar, tromboze kontüzyonlar, intimal yırtılma ve A-V fistül şeklinde görülebilir. Ancak, gözden kaçan vasküler yaralanmaların komplikasyonları, yaşam boyu işlevsel sakatlığa yol açabilir. Bu nedenle, gecikmiş tanıyı önlemek için olgumuzdaki gibi yumuşak belirtileri hafife almamak esastır.

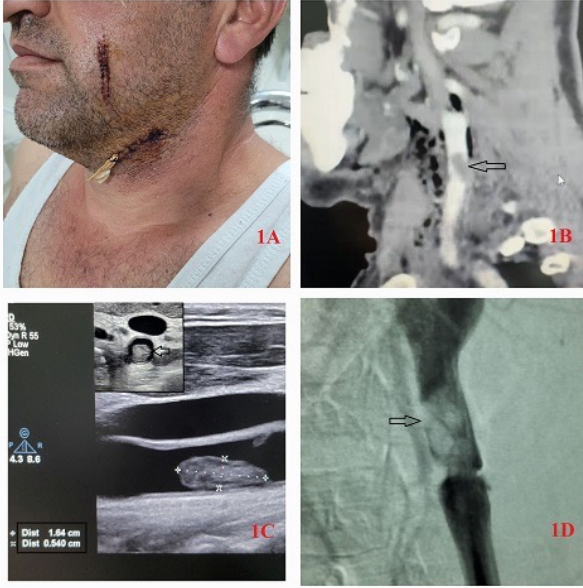
Hemodinamik olarak stabil hastalarda, arter duvarında meydana gelen yaralanmayı dışlamak için BT anjiyografi yapılmalıdır. BT anjiyografi, kısmi veya tam tıkanıklık, ekstremitasyon, psödoanevrizma, intimal yırtılma ve A-V fistül hakkında bilgi verir. İntimal yırtılma gelişen durumlarda embolik komplikasyonları önlemek için antitrombotik tedavi başlanmalıdır.

Damar yaralanmasının tanımlanmasından sonra tedavi seçeneği olarak cerrahi ile onarım veya endovasküler teknikler kullanılabilir. AKA'deki yaralanmalar, uçtan uca anastomoz, interpozisyon otolog safen ven/PTFE greft yerleştirilmesi veya otolog ven yaması gibi birincil cerrahi onarımla yönetilebilir. Olgumuzda; sol AKA'daki trombüsün boşaltılması ile hasarlı damarın rezeksiyonu sonrası revaskülarizasyon için interpozisyon sentetik greft kullanıldı (Resim 2b).

Sonuç: Yumuşak belirtilere sahip hastalarda intimal yırtılma sonucu trombüs oluşumu görülebilir. Geç tespit edilecek yaralanma bulgularının riskini azaltmak için radyolojik değerlendirme gecikmeden yapılmalıdır.

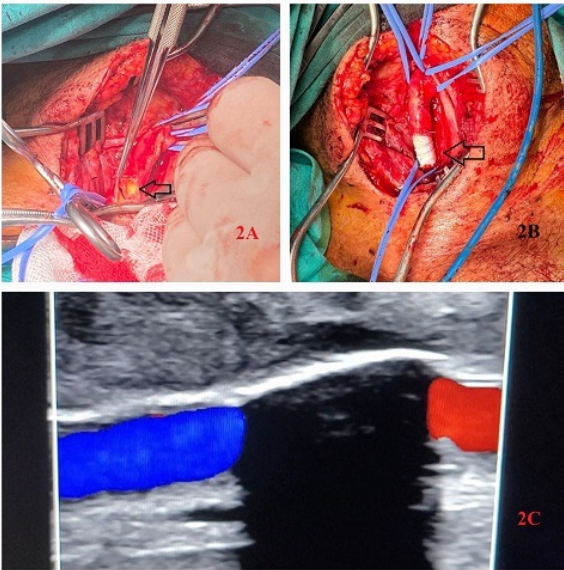
Anahtar Kelimeler: intimal yırtılma, trombüs, karotis arter yaralanması

Resim 1



1A- Penetrant yaralanma bölgesi, 1B- BT anjiyografide sol AKA'deki trombus imajı, 1C- Trombusun USG görüntüsü, 1D- Trombusun konvansiyonel anjiyo görüntüsü

Resim 2



2A- Cerrahi olarak intimal yırtığın görünümü, 2B- Karotis arterin cerrahi tamir görünümü, 2C- Cerrahi tedavi sonrası greftin intra-operatif USG görünümü

AuthorToEditor: İlginç ve nadir rastlanan olgumuzun sözlü sunum olarak değerlendirilmesini temenni ederiz. Profesörlük dosyası için kullanılacaktır. Teşekkürler.

[SS-078]

Sağlıklı Türk Bireylerde Yaş ve Cinsiyete Göre İnsülin Direnci Homeostaz Modeli ve Trigliserit-Glukoz İndeksinin Değerlendirilmesi

Onur Yıldırım

Liv Hospital Ankara, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: İnsülin direnci (ID), genellikle serum insülin seviyelerinin ölçülmesine dayanan ID Homeostaz Modeli (HOMA-ID) ile değerlendirilir ve yaşlanma süreci ile kırılganlık da dahil olmak üzere yaşa bağlı koşullardaki rolü giderek daha fazla tanınmaktadır. Ayrıca, kadınların erkeklerden daha fazla insülin duyarlılığı gösterdiği ileri sürülmektedir. Açlık trigliserit düzeylerinin açlık glukoz düzeylerine bölünmesi ile elde edilen trigliserid - glukoz (TyG) indeksi, ID 'nin güvenilir ve hassas bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Ancak, Türk popülasyonunda yaşa ve cinsiyete göre TyG indeksine ait değerler ve HOMA-ID ile korelasyonu henüz tanımlanmamıştır. Bu nedenle, bu çalışma sağlıklı Türk bireylerde TyG indeksinin yaş ve cinsiyete göre değerlerini ve HOMA-ID ile korelasyonu değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ağustos 2024 ile Aralık 2024 tarihleri arasında rutin sağlık kontrolü amacıyla Kardiyoloji kliniğine başvuran 18-59 yaş aralığındaki 219 sağlıklı birey dahil edildi. Katılımcıların bilinen dökümente edilmiş herhangi bir ek hastalığı ve obezite durumu yoktu. ID göstergeleri şu şekilde hesaplandı: TyG indeksi = doğal logaritma [açlık trigliserit (mg/dL) × açlık glukozu (mg/dL) / 2], HOMA-ID = açlık insülin (mU/L) × açlık glukozu (mg/dL) / 405. Bireyler, cinsiyetin yanı sıra, yaşa göre de 18-39 yaş (genç) ve 40-59 yaş (orta yaşlı) olarak gruplara ayrıldı. HOMA-ID ile TyG arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi ve korelasyon katsayısı 0,40-0,69 arasındakiler orta korelasyon, 0,70-1,00 güçlü korelasyon olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 219 sağlıklı bireyin ortalama yaşı $39,9 \pm 8,8$ yıl ve $54,8'$ ı ($n = 120$) kadındı. Ortalama sistolik kan basıncı $124,5 \pm 4,8$ mm Hg, diyastolik kan basıncı ise $82,2 \pm 2,4$ mm Hg idi. Kadınlarda erkeklere kıyasla ortalama HOMA-ID değeri ($2,20$ vs $1,80$, $p = 0,002$) ve ortalama TyG indeks düzeyi ($8,78 \pm 0,51$ vs $8,34 \pm 0,53$, $p < 0,001$) daha yüksekti. Orta yaşlı bireylerin genç bireylere göre ortalama HOMA-ID değeri ($2,25$ vs $1,64$, $p = 0,001$) ve ortalama TyG indeks düzeyi ($8,70 \pm 0,54$ vs $8,22 \pm 0,50$, $p = 0,003$) daha yüksekti. Hem genç hem de orta yaşlı bireyler arasında, kadınlarda erkeklere kıyasla ortalama HOMA-ID ve ortalama TyG indeks değerleri daha yüksek saptandı. Hem erkeklerde hem de kadınlarda, artan yaş daha yüksek HOMA-ID ve TyG indeksi ile ilişkilendirildi. Tüm alt gruplarda HOMA-ID ile TyG indeksi arasında güçlü bir pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Bu çalışma, sağlıklı Türk bireylerde HOMA-ID ve TyG indeksi arasında mükemmel bir uyum olduğunu ve kadınların erkeklere kıyasla artan insülin direnci duyarlılığına sahip olduğunu gösterdi. Ayrıca, artan yaş, her iki cinsiyette de daha yüksek insülin direnci göstergeleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, TyG indeksinin insülin direncinin değerlendirilmesinde güvenilir bir gösterge olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: İnsülin Direnci, İnsülin Direnci Homeostaz Modeli, Trigliserit-Glukoz İndeksi

Tablo 1. Sağlık kontrolü nedeniyle hastaneye başvuran bireylerde yaşa ve cinsiyete göre insülin göstergelerinin dağılımı

Değişkenler	n	HOMA-ID		P-değeri*	TyG indeks		P-değeri†
		Ortalama ± SS	Medyan (25-75K)		Ortalama ± SS	Medyan (25-75K)	
Cinsiyet							
Erkek	99	2,29±1,45	1,80(1,31-3,14)	0,002*	8,34±0,53	8,29(8,00-8,73)	<0,001*
Kadın	120	2,82±1,54	2,20(1,54-3,91)		8,78±0,51	8,77(8,44-9,13)	
Yaş							
Genç bireyler	112	2,46±1,38	2,00(1,46-3,53)	0,001*	8,47±0,56	8,43(8,06-8,82)	0,003*
Orta yaşlı bireyler	107	2,70±1,65	2,25(1,54-3,75)		8,70±0,54	8,72(8,25-9,03)	
Genç bireyler							
Erkek	47	2,01±1,19	1,64(1,35-2,27)	0,003*	8,22±0,50	8,14(7,90-8,51)	<0,001*
Kadın	65	2,59±1,43	2,10(1,45-3,71)		8,66±0,53	8,55(8,33-9,02)	
Orta yaşlı bireyler							
Erkek	52	2,53±1,63	2,13(1,38-3,56)	<0,001*	8,45±0,53	8,38(8,06-8,80)	<0,001*
Kadın	55	2,85±1,67	2,45(1,73-4,17)		8,92±0,45	8,92(8,66-9,31)	
Erkek							
Genç bireyler	47	2,01±1,19	1,64(1,35-2,27)	<0,001*	8,22±0,50	8,14(7,90-8,51)	0,024*
Orta yaşlı bireyler	52	2,53±1,63	2,13(1,38-3,56)		8,45±0,53	8,38(8,06-8,80)	
Kadın							
Genç bireyler	65	2,59±1,43	2,10(1,45-3,71)	<0,001*	8,66±0,53	8,55(8,33-9,02)	0,004*
Orta yaşlı bireyler	55	2,85±1,67	2,45(1,73-4,17)		8,92±0,45	8,92(8,66-9,31)	

Veriler ortalama ± standart sapma ve medyan (IQR) olarak gösterildi. *p<0,05 istatistiksel önemi göstermektedir. Kısaltmalar: HOMA-ID, insülin direnci homeostatik modeli;

TyG, trigliserid – glukoz indeksi. †Mannwhitney U testi. ‡Bağımsız örneklemelerde T testi

[SS-080]

Perifer arter hastalığına perkütan girişim esnasında kopan sheat ucu ve yönetimi

Çağlar Alp, Rukiye Gönen Özdemir
Kırıkkale tıp fakültesi

Giriş: Perifer arter hastalığı özellikle diyabetik hastalarda olmak üzere yaygın bir hastalıktır. Tedavi seçenekleri arasında egzersiz ve farmakolojik tedavi yer alırken, girişimsel yöntemler olarak perkütan prosedürler ve cerrahi müdahaleler de uygulanmaktadır. Perkütan girişim yönteminde komplikasyon gelişmesinde cerrahi tedaviye dönme kararları verilmektedir. Bu vakamızda periferik anjiyoplasti yaptığımız hastaya cerrahiye gerek duymadan yönetilmiş komplikasyondan bahsedeceğiz.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta, yürümekle bacaklarında ağrı ve özellikle sağ ayağın ısınmaması şikayetiyle başvurdu. Periferik anjiyografi sonucunda sol iliak arterler ve sol ana femoral arterde plaklar ve sol yüzeyel femoral arter gövdede %90 darlık, distal arterler patent izlendi. Sağ iliak arter plaklı, sağ yüzeyel femoral arter gövdesinde %100 tıkanıklık, sağ distal arterler patent izlendi. Öncelikle sol yüzeyel femoral artere, ardından sağ yüzeyel femoral artere balon anjiyoplasti planlandı. Sağ femoral arterden crossover yapılarak sol iliak artere uzun sheat yerleştirildi. Lezyon halbert tel ile geçildi, 5.0x40 mm balon ile predilatasyon yapıldı, ardından 6.0x60 mm self-expandable stent yerleştirildi.

Stent balonu geri çekildiğinde uzun sheatin ön parçasının koparak yüzeyel femoral arterin distaline ilerlediği görüldü. Kopan parça 2.0x20 mm balon ile sabitlendi ve sheat ile birlikte çekilerek çıkarıldı. Femoral arterden çıkarılan parçanın cilt altına geçtiği izlendi. Yapılan küçük bir cilt insizyonu ile parça cilt altından başarıyla çıkarıldı.

Sonuç: Bu olgu, PAH hastalarında girişimsel işlemler sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonları ve yönetim stratejilerini göstermektedir. Uzun sheat kopması gibi nadir görülen komplikasyonlar, dikkatli teknik uygulamalar ve hızlı müdahale ile başarılı şekilde yönetilebilir.

Anahtar Kelimeler: komplikasyon, pah, periferik anjiyografi, perkütan girişim, sheat kopması

Resim 1



Kopan parçanın içinden floppy tel ile geçildi balon yüklendi, balon küçük atm ile şişilerek kopan parça sıkıştırıldı ve katetere kadar çekildi

Resim 2



Kopan parça femoral arterden çıkarılmış olmasına rağmen, cilt altında izlendi. Palpasyonla lokalize edildikten sonra, yapılan küçük bir cilt insizyonu ile başarıyla çıkarıldı

[SS-081]

Kronik Sol Kalp Yetmezliği Hastalarında Sağ Ventrikül Disfonksiyonun Yeni Bir Göstergesi: CALLY indexi

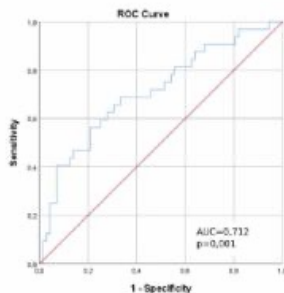
Pelin Aladag

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Gelişmiş ülkelerde kalp yetersizliği insidansı yaklaşık %1–2’dir, görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Ayrıca kalp yetersizliği mortalitesi yüksek seyreden önemli bir global sağlık sorunudur. Sol ventrikül yetmezliği olan hastalarda eşlik eden sağ ventrikül (SV) disfonksiyonu, kötü kardiyovasküler sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle bu hasta popülasyonunda SV disfonksiyonunun değerlendirilmesi, uygun risk sınıflandırması ve klinik yönetim açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, periferik konjesyon bulgusu olmayan ve düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonlu kronik kalp yetersizliği (LVEF $\leq$ %40) olan hastalarda, C-reaktif protein-albumin-lenfosit (CALLY) indexinin SV disfonksiyonunu öngörmedeki tanısal değerinin araştırılması amaçlanmıştır. Yöntem: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Kardiyoloji Polikliniği’ne Ocak 2024–Mayıs 2025 tarihleri arasında başvuran ve LVEF $\leq$ %40 olan, NYHA sınıf I–II düzeyinde olan kronik kalp yetmezliği hastaları retrospektif olarak taranmıştır. Aktif enfeksiyon, yakın zamanda geçirilmiş miyokard enfarktüsü veya miyokardit, sistemik konnektif doku hastalığı, malignite, ileri organ yetmezliği (böbrek ve karaciğer) ve periferik konjesyon bulguları olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. SV disfonksiyonu kantitatif ekokardiyografik değerlendirmede triküspit anüler düzlem sistolik ekskürsiyon (TAPSE) ölçülerek teşhis edilmiştir; <17 mm olan hastalar SV disfonksiyonu olarak kabul edilmiştir. CALLY indexi aşağıdaki denklem kullanılarak hesaplanmıştır: $\text{CALLY index} = [\text{serum albümin düzeyi (g/dL)} \times \text{lenfosit sayısı (hücre/}\mu\text{L)}] / [\text{CRP (mg/dL)} \times 104]$. CALLY index değerleri ve BNP düzeyleriyle TAPSE arasındaki ilişkiler korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. CALLY indexinin SV disfonksiyonunu belirlemedeki tanısal performansı, alıcı işletim karakteristiği (ROC) eğrisi ile analiz edilmiştir. Bulgular: Çalışmaya toplam 107 hasta alınmıştır. Toplam 107 hastanın 35 (%32,7)’inde TAPSE <17 mm olup SV disfonksiyonu saptanmıştır. SV disfonksiyonu olan hastalar, normal SV fonksiyonuna sahip olan hastalarla kıyaslandığında anlamlı olarak daha yaşlıydı [73,0 (68,0–78,0) vs. 65,5 (58,3–73,0) yıl, $p=0,001$]. Ayrıca SV disfonksiyonu olan hastalarda CALLY index değerleri anlamlı ölçüde daha düşüktü [0,43 (0,08–1,66) vs. 1,49 (0,54–4,71), $p<0,001$]. CALLY indexi ile TAPSE arasında anlamlı pozitif korelasyon; BNP değeri arasında ise negatif korelasyon saptandı ($p = 0,422$, $p<0,001$ ve $p = -0,236$, $p=0,002$). ROC eğrisi analizi sonucunda, SV disfonksiyonu öngörüsünde CALLY indexi için en optimal değer 0,95 olarak belirlendi ve bu değerde duyarlılık %65,6, özgüllük %66,7 olarak hesaplandı (AUC: 0,712, %95 GA: 0,601–0,822, $p=0,001$). Sonuç: CALLY indeksi, periferik konjesyon bulgusu olmayan ve düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonlu kronik kalp yetersizliği (LVEF $\leq$ %40) olan hastalarda SV disfonksiyonu öngörmek için maliyet etkin, pratik ve umut verici yeni bir gösterge olabilir.

Anahtar Kelimeler: CALLY index, Kalp Yetmezliği, Sağ Ventrikül Disfonksiyonu, TAPSE

Şekil 1



SV disfonksiyonunu öngörmek için CALLY indexinin ROC eğrisi

Tablo 1

Değişkenler	SV disfonksiyonu olan grup (n=35)	SV fonksiyonu normal olan grup (n=72)	p değeri
Yaş, yıl	73,0 (68,0-78,0)	65,5 (58,3-73,0)	0,001
Erkek, n(%)	20 (57,1)	43 (59,7)	0,799
Hipertansiyon, n (%)	28 (80,0)	66 (91,7)	0,083
Diyabetes mellitus, n (%)	20 (57,1)	28 (38,9)	0,075
KMP			0,593
İskemik, n (%)	22 (37,1) 49 (68,1)	49 (68,1)	
Dilate, n (%)	13 (62,9)	23 (31,9)	
Ekokardiyografik parametreler			
LVEF (%)	30,0 (25,0-35,0)	30,0 (25,0-35,0)	0,419
sPAP (mmHg)	35,0 (22,0-45,0)	25,0 (20,0-35,0)	0,045
TAPSE (mm)	15,0 (14,0-16,0)	20,0 (19,0-22,0)	<0,001
Laboratuvar değerleri			
Hb (g/dL)	12,5 (11,-14,1)	11,8 (10,2-13,4)	<0,001
WBC (x103/μL)	7,6 (6,4-10,6)	7,8 (6,4-9,9)	0,088
BNP (pg/mL)	984,0 (300,0-3643,0)	309,0 (130,0-1019,8)	0,001
Kreatinin klirensi (mL/ min/1,73 m ²)	50,0 (36,0-70,0)	64,0(53,5-83,5)	0,009
C-reaktif protein (mg/L)	4,5 (1,9-9,4)	11,2 (3,5-49,7)	0,056
Albumin (g/dL)	3,9 (3,7-4,2)	3,7 (3,2-3,9)	0,006
Lenfosit (x103/μL)	1,8 (1,3-2,5)	1,3 (1,0-2,1)	0,534
CALLY index	0,43 (0,08–1,66)	1,49 (0,54–4,71)	<0,001
İlaç Tedavisi			
ACEi/ARB, n(%)	25 (71,4)	53 (73,6)	0,812
Beta bloker, n(%)	32 (91,4)	66 (91,7)	0,967
MRA, n(%)	23 (65,7)	42 (58,3)	0,463
SGLT2 inhibitor, n(%)	18 (51,4)	32 (44,4)	0,413
ARNi, n(%)	2 (5,7)	5 (6,9)	0,809

Çalışma popülasyonunun RV disfonksiyonuna göre klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik değişkenlerinin karşılaştırılması

[SS-082]

ST Segment Yükselmeli Miyokart Enfarktüsü Olan Kadın Hastalarda Prognostik Nütrisyonel İndeksin Bir Yıllık Mortaliteyi Öngörmedeki Rolü

İlke Erbay

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Prognostik Nütrisyonel İndeks (PNI), serum albümin düzeyi ve lenfosit sayısı kullanılarak hesaplanan, hastanın beslenme ve inflamatuvar durumunu yansıtan bir biyobelirteçtir. Bu çalışmada, ST elevasyonlu miyokart enfarktüsü (STEMI) tanısıyla başvuran, bilinen koroner arter hastalığı (KAH) öyküsü olmayan kadın hastalarda, PNI'nin bir yıllık mortaliteyi öngörmedeki prognostik değerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışma, Ocak 2023 ile Mart 2024 tarihleri arasında göğüs ağrısı nedeniyle Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve STEMI tanısı alarak acil koroner anjiyografi (KAG) uygulanan kadın hastaları kapsamaktadır. Dışlama kriterleri: bilinen KAH, geçirilmiş miyokart enfarktüsü, önceden KAG veya revaskülarizasyon öyküsü, aktif malignite, kronik inflamatuvar hastalık, son dönem böbrek veya karaciğer yetmezliği ve PNI hesaplaması için gerekli verilerin eksikliği.

PNI şu formül ile hesaplandı:

$$PNI = (10 \times \text{serum albümin [g/dL]}) + (0,005 \times \text{toplam lenfosit sayısı [/mm}^3\text{]})$$

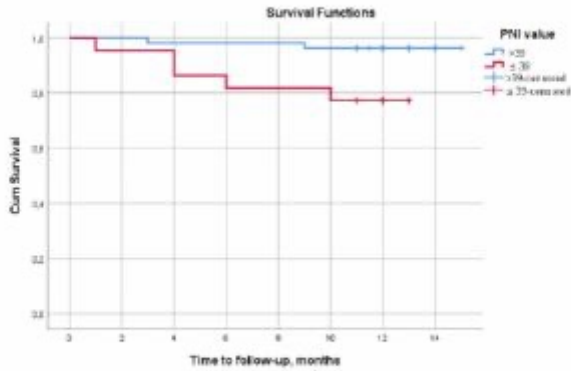
Hastalar taburculuk sonrası 1 yıl boyunca takip edildi. Primer sonlanım noktası tüm nedenlere bağlı mortaliteydi.

Bulgular: Toplam 75 kadın STEMI hastası çalışmaya dahil edildi. Bir yıllık takip süresince 7 hasta (%9,3) yaşamını yitirdi. Exitus olan hastaların PNI değerleri, hayatta kalanlara göre anlamlı derecede daha düşüktü (33,2 vs. 41,6; $p = 0,013$) (Tablo 1). ROC analizine göre, PNI'nin 1 yıllık mortaliteyi öngörme gücü yüksek bulunmuş olup, eğri altı alan (AUC) 0,79 idi (GA: 0,53–0,97; $p = 0,006$). PNI için belirlenen 39,0 kesim değeri ile %85,7 duyarlılık ve %75,0 özgüllük elde edildi (Şekil 1). Kaplan-Meier analizi, PNI ≤ 39 olan hastalarda anlamlı derecede düşük sağkalım gösterdi (log-rank $p = 0,010$) (Şekil 2).

Sonuç: Hastaneye başvuru sırasında düşük PNI değeri, bilinen KAH öyküsü olmayan kadın STEMI hastalarında bir yıllık tüm nedenli mortalite ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. PNI, yüksek riskli kadın hastaların erken dönemde tanımlanmasına yardımcı olabilecek, basit ve etkili bir araç olarak klinik karar süreçlerine katkı sağlayabilir.

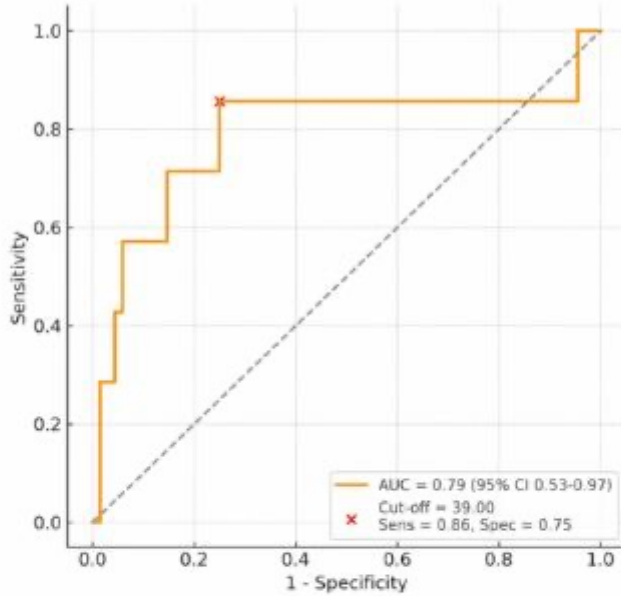
Anahtar Kelimeler: Kadın Hastalar, Mortalite, Prognostik Nütrisyonel İndeks, ST Elevasyonlu Miyokart Enfarktüsü

Hastalar, Prognostik Nütrisyonel İndeks (PNI) için 39,0 kesim değerine göre gruplandırıldığında elde edilen Kaplan-Meier sağkalım eğrileri



(log-rank testi: $\chi^2 = 6,72$, $sd = 1$, $p = 0,010$)

Şekil 1. Bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalitenin öngörülmesinde Prognostik Nütrisyonel İndeks (PNI) için ROC (Receiver Operating Characteristic) eğrisi.



PNI için en uygun eşik değeri 39,0 olarak belirlenmiş olup, bu değerde duyarlılık %85,7 ve özgüllük %75,0 olarak hesaplanmıştır. Eğri altı alan (AUC) 0,79 olup, %95 güven aralığı 0,53–0,97 ve p değeri 0,006'dır.

Tablo 1. Bir yıllık takip sonrası hayatta kalan ve yaşamını yitiren hastaların özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Exitus grup (n=7)	Sağ kalan grup (n=68)	p-değeri
Yaş, yıl	78,0 ± 3,4	70,8 ± 5,1	0,001
VKİ (kg/m ²)	27,7 ± 4,1	28,2 ± 4,8	0,790
Sigara, n(%)	3 (42,9)	23 (33,8)	0,461
Hipertansiyon, n(%)	7 (100,0)	58 (85,3)	0,351
Hiperlipidemi, n(%)	3 (42,9)	22 (32,4)	0,429
Diabetes mellitus, n(%)	6 (85,7)	41 (60,3)	0,183
Ekokardiyografik parametreler			
LVEF (%)	35,0 (30,0-50,0)	50,0 (40,5-55,0)	0,009
LV Edd (mm)	50,1 ± 5,5	49,7 ± 5,0	0,864
Laboratuvar parametreleri			
Albümin (mg/dL)	32,0 (30,0-38,0)	40,0 (38,0-44,0)	0,013
Hemoglobin (g/dL)	11,9 ± 2,3	12,0 ± 1,7	0,882
WBC (×10 ³ /μL)	9,1 (8,5-16,2)	8,6 (7,3-10,9)	0,255
Lenfosit sayısı (×10 ³ /μL)	2,0 (1,4-2,6)	1,6 (1,3-2,5)	0,517
Nötrofil sayısı (×10 ³ /μL)	7,0 (5,1-13,3)	6,0 (4,8-7,9)	0,287
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	61,6 ± 21,5	68,1 ± 14,5	0,291
CRP (mg/dL)	40,0 (6,0-77,7)	4,8 (2,7-9,7)	0,004
HbA1c (%)	7,2 ± 1,8	7,6 ± 1,8	0,620
PNI	33,2 (30,7-39,0)	41,6 (39,1-44,5)	0,013
Revaskülarize edilen koroner arter			
LMCA, n(%)	-	-	-
LAD, n(%)	3 (42,9)	33 (48,5)	0,546
Cx, n(%)	4 (57,1)	16 (23,5)	0,077
RCA, n(%)	1 (14,3)	21 (30,9)	0,332

Not: Ortanca değerler interkuartil aralıklar ile birlikte verilmiştir (25. ve 75. persentiller).
Kısaltmalar: CRP: C-reaktif protein; Cx: Sirkumfleks arter; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı;
HbA1c: Glike hemoglobin; LAD: Sol anterior inen arter; LMCA: Sol ana koroner arter; LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; LV Edd: Sol ventrikül diyastol sonu çapı; PNI: Prognostik Nutrisyonel İndeks; RCA: Sağ koroner arter; VKİ: Vücut kitle indeksi; WBC: Beyaz kan hücresi.

[SS-083]

Likit Olmayan Elektronik Sigara Kullanımının Elektrokardiyografik P Dalga Süresine Etkisi

Uğur Taşkın, Mustafa Doğduş

İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Medical Point Hastanesi Kardiyoloji BD

Amaç: Elektronik sigaraların kardiyak iletim sistemi üzerindeki etkileri henüz tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu çalışmada, likit içermeyen elektronik sigara (e-sigara) kullanımının yüzey elektrokardiyografisinde (EKG) p dalga süresi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel gözlemsel çalışmaya, 18 yaş üzeri, en az 6 aydır likit içermeyen e-sigara kullanan 30 birey ve hiç e-sigara kullanmamış 30 sağlıklı kontrol birey dahil edildi. Tüm katılımcılara standart 12 derivasyonlu yüzey EKG uygulandı. p dalga süresi, derivasyonlar arasında en uzun süre esas alınarak manuel olarak ölçüldü. p dalga süresini etkileyebilecek olası kardiyomiyopati durumlarını dışlamak ve sol atriyum boyutunu değerlendirmek amacıyla, tüm bireylere transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) ve sol atriyum çapı ölçüldü. Katılımcıların hipertansiyon, diyabet, dislipidemi ve koroner arter hastalığı öyküleri sorgulandı. E-sigara kullanan bireyler, içim sıklığına göre ≥ 5 adet/gün olanlar “ağır içici” ve < 5 adet/gün olanlar “hafif içici” olarak iki alt gruba ayrıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ve Ki-kare testleri uygulandı.

Bulgular: E-sigara kullanıcılarının ortalanca (min-max) yaş ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti [52 (32–76) vs. 45 (29–56), $p=0.006$]. Cinsiyet dağılımları benzerdi ($p=0.28$). Medyan (min-max) P dalga süresi e-sigara grubunda belirgin olarak daha uzundu [105 msn (90–134) vs. 93 msn (46–166), $p=0.001$]. Ortalama $\pm$ (SD) sol atriyum çapı da kullanıcı grubunda daha geniş bulundu (3.82 ± 0.23 cm vs. 3.60 ± 0.24 cm, $p<0.001$). Ortalama $\pm$ (SD) LVEF değerleri benzerdi ($p=0.47$). E-sigara kullanıcılarında cinsiyetin ve komorbidite varlığının P dalga süresine anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü ($p>0.05$). E-sigara kullanıcıları arasında, ağır içicilerde medyan (min-max) P dalga süresi, hafif içicilere göre anlamlı olarak daha uzundu ($p=0.012$). Günlük e-sigara adedi ile P dalga süresi arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p=0.019$).

Sonuç: Likit olmayan elektronik sigara kullanan bireylerde P dalga süresinde anlamlı uzama gözlenmiştir. Bu durum, e-sigaranın atriyal ileti üzerinde etkili olabileceğini ve atriyal aritmilere zemin hazırlayabileceğini düşündürmektedir. İçim miktarının artması ile P dalga süresinin daha da uzaması, doz-yanıt ilişkisine işaret etmektedir. Bulgularımız, e-sigaranın kardiyak iletim sistemi üzerindeki potansiyel etkileri açısından dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: e-sigara, ekg, p dalgası

Tablo 1. E-Sigara Kullanıcıları ve Kontroller Arasında EKG ve Demografik Veriler

Değişken	E-Sigara (n=30)	Kontrol (n=30)	p değeri
Yaş (yıl), medyan (min–maks)	52 (32–76)	45 (29–56)	0.006
Erkek cinsiyet, n (%)	22 (%73.3)	18 (%60)	0.28
P dalga süresi (msn), medyan	105 (90–134)	93 (46–166)	0.001
Diyabet, n (%)	5 (%16.6)	3 (%10)	0.44
Dislipidemi, n (%)	22 (73.3)	13 (43.3)	0.018
Hipertansiyon, n (%)	15 (%50)	9 (%30)	0.11
Koroner arter hastalığı, n (%)	4 (%13.3)	2 (%6.7)	0.38
Sol atriyum çapı (cm)	3.82 ± 0.23	3.60 ± 0.24	<0.001
LVEF (%)	59.8 ± 3.7	60.2 ± 4.36	0.47

KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

POSTER BİLDİRİLER

[PS-001] Kardiyak Alarmin Arkasındaki Renal Gerçek: Miyokardit Şüphesiyle Başvurup Nefrotik Sendrom Tanısı Alan Bir Olgu

Muhammed Bayram, Simru Kalfaoğlu, Nezihe İlknur Bostanoğlu
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Miyokardit, genç erişkinlerde akut göğüs ağrısının önemli nedenlerinden biridir. Bazı olgularda miyokardit benzeri semptomlar farklı sistemik hastalıkların bir parçası olabilir. Bu vaka sunumunda, akut gastroenterit sonrası miyokardit ön tanısıyla kardiyoloji servisine yatırılan, acil başvurusunda troponin yüksekliği saptanan ancak nefrotik sendrom tanısı alan 20 yaşında bir erkek hasta ele alınmaktadır.

Vaka: Bilinen hastalığı olmayan 20 yaşındaki erkek hasta, son birkaç gündür süren karın ağrısı, göğüs ağrısı ve bir hafta önce geçirdiği akut gastroenterit öyküsü ile mükerrer acil servis başvuruları yapmıştır. Başvuruda fizik muayenesi, vital bulguları, hemogram ve biyokimya bulguları troponin değeri yüksekliği dışında normal sınırlardaydı.

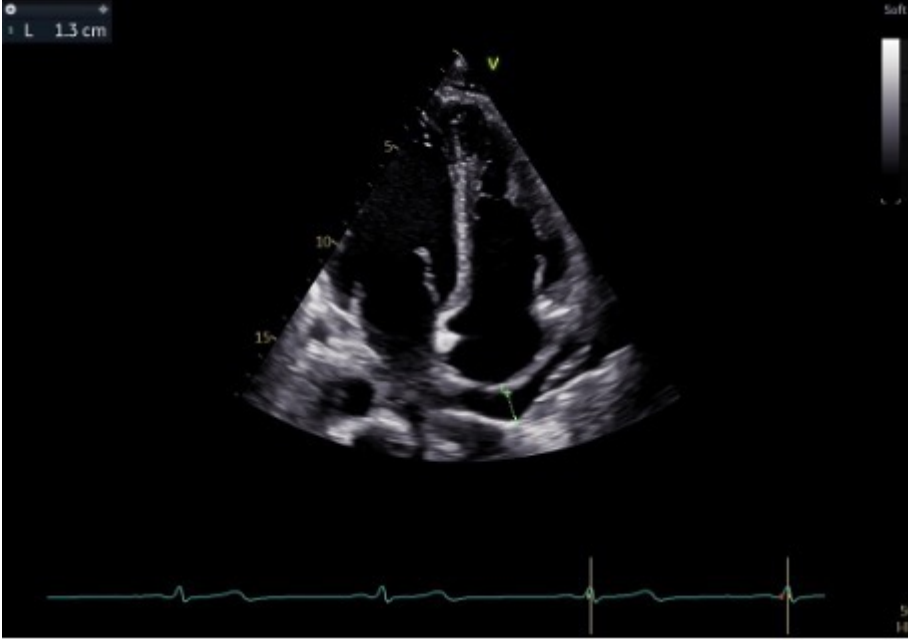
Ekg'de bulgu yoktu ve ekokardiyografi'de sağ atriyum komşuluğunda küçük bir perikardiyal efüzyon (Şekil 1) izlendi. Gastroenterit öyküsü, göğüs ağrısı, troponin yüksekliği ve perikardiyal efüzyonu olması nedeniyle miyokardit şüphesiyle hasta kardiyoloji servisine yatırıldı. Takibinde alınan geniş kan ve idrar tahlillerinde belirgin proteinüri, hipoalbüminemi (17.2g/L referans 35-52) ve hiperlipidemi (LDL: 360mg/dl referans 60-129) varlığı tespit edildi. Hastanın takiplerinde üçüncü boşluk sıvı birikimi tespit edildi. Servis takiplerinde yeni bir şikayeti olmadığı, vital bulgularının stabil olduğu ve EKG'de ek bulgu görülmediği doğrulandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral plevral efüzyonlar (10 mm) tespit edildi (Şekil 2). Nefrotik düzeyde proteinüri, hipoalbüminemi ve ilişkili plevral ve perikardiyal efüzyonların varlığı nedeniyle nefrotik sendrom tanısı güçlü şekilde düşünüldü. Hastada miyokardit tanısından uzaklaşıldı. Steroid tedavisi başlanan hastanın yakınmaları ve perikardiyal efüzyonu geriledi.

Tartışma: Bu olgu, miyokardit benzeri klinik semptomlarla başvuran hastalarda kardiyorenal ilişkilerin göz önünde bulundurulmasını vurgulamaktadır. Kardiyorenal sendromun mekanizmalarında endotel disfonksiyonu, hipoproteinemi kaynaklı plazma onkotik basınç azalması ve sistemik inflamasyon yer almaktadır. Bu karmaşık etkileşim, özellikle genç hastalarda atipik sunumlara yol açabilir. Kardiyoloji pratiğinde miyokardit şüphesiyle başvuran her hastada, sistemik bulgular ve atipik laboratuvar sonuçları göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle proteinüri, hipoalbüminemi ve hiperlipidemi birlikteliğinde nefrotik sendrom gibi primer renal hastalıkların ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Miyokardit ve nefrotik sendrom arasındaki olası bağın aydınlatılması için daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç: Miyokardit düşündüğümüz hastalarda eşlik eden sistemik belirtiler, özellikle proteinüri ve hipoalbüminemi varlığı, nefrotik sendrom gibi altta yatan diğer nedenlerin araştırılmasını gerektirebilir. Renal hastalıklarda kardiyak tutulumun farklı fenotipleri daha iyi anlaşılmalı ve bu tür hastalarda bireyselleştirilmiş bir yaklaşım benimsenmelidir.

Anahtar Kelimeler: miyokardit, nefrotik sendrom, perikardiyal efüzyon, proteinüri, troponin yüksekliği

Şekil 1: Sağ atriyuma komşu perikardiyal efüzyonun gösterildiği ekokardiyografi



Şekil 2: Bilateral plevral efüzyonu gösteren toraks BT görüntüsü.



[PS-004] Tam Bitti Derken Bitmiyor, Sürprizlerle Dolu Bir Kalp: Çift Sirkumfleks Arter ve Koroner Fistül ile Birlikte Pulmoner Ven Anomalisi

Mehmet Murat Şahin, Lütfü Bekar

Hitit Üniversitesi Erol Olçok EAH, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Çorum

Giriş: Göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastanın koroner anjiyografi sonucunda saptadığımız koroner anomaliyi tartışmayı amaçladık. Bu vaka, çift CX arter ve sağ ventriküle fistülize LCX birlikteliğiyle benzersiz olmasının yanında eşlik eden pulmoner venöz dönüş anomaliyle de literatürde tek vaka olma özelliği taşımaktadır.

Vaka: 38 yaşında erkek hasta yeni başlayan batıcı vasıfta şiddetli göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş ve yapılan tetkiklerde troponin değerinin yüksek çıkması üzerine tarafımıza sevk edilmiş. Hastanın çekilen kalp elektrokardiyografisinde yaygın konveks ST segment elevasyonu ve PR segment depresyonu izlendi. Yapılan EKO'da segment hareket kusuru izlenmedi. Hastada ön planda miyoperikardit düşünüldü ve AKS'yi dışlamak için koroner anjiyografi işlemi planlandı.

Hastaya yapılan KAG'da hem sol ana koroner arterden (LMCA) köken alan hem de sağ koroner arterden (RCA) köken alan iki adet sirkumfleks arter olduğu (CX) saptandı. Aynı zamanda LMCA'dan köken alan CX'in (LCX) ventriküle fistülize olduğu görüldü. Hastaya koroner bilgisayarlı tomografik anjiyografi çekildi. İncelemede LCX arterin sağ ventriküle fistülize olduğu ve sağ koroner arterden köken alan CX'in (RCX) retroaortik seyirli olduğu görüldü. Aynı zamanda hastada pulmoner ven anomalisi de olduğu, her iki alt pulmoner venlerin aynı noktada sol atriyumuna boşaldığı gözlemlendi.

Tartışma: Koroner arter anomalileri, epikardiyal koroner arterlerin sayısı, çıkış noktası, seyri veya sonlanımındaki varyasyonları tanımlayan bir gruptur. Genel kabule göre, toplumda %1'den az görülen varyasyonlar anomali olarak kabul edilmektedir.

Koroner anomali sıklığı çeşitli çalışmalarda %0.2 ile %1.2 arasında bildirilmiştir. Bu konuda yapılmış araştırmalarda en sık koroner anomali LMCA'nın yokluğu iken ikinci en sık koroner anomali CX'in RCA'dan köken alması olarak bildirilmiştir. Genelde asemptomatik seyirlidir ve tesadüfen saptanmaktadır. Ancak özellikle genç ve diğer açıdan sağlıklı kişilerde sabit veya dinamik miyokardiyal iskemi ve ani kardiyak ölüme yol açabilmektedir.

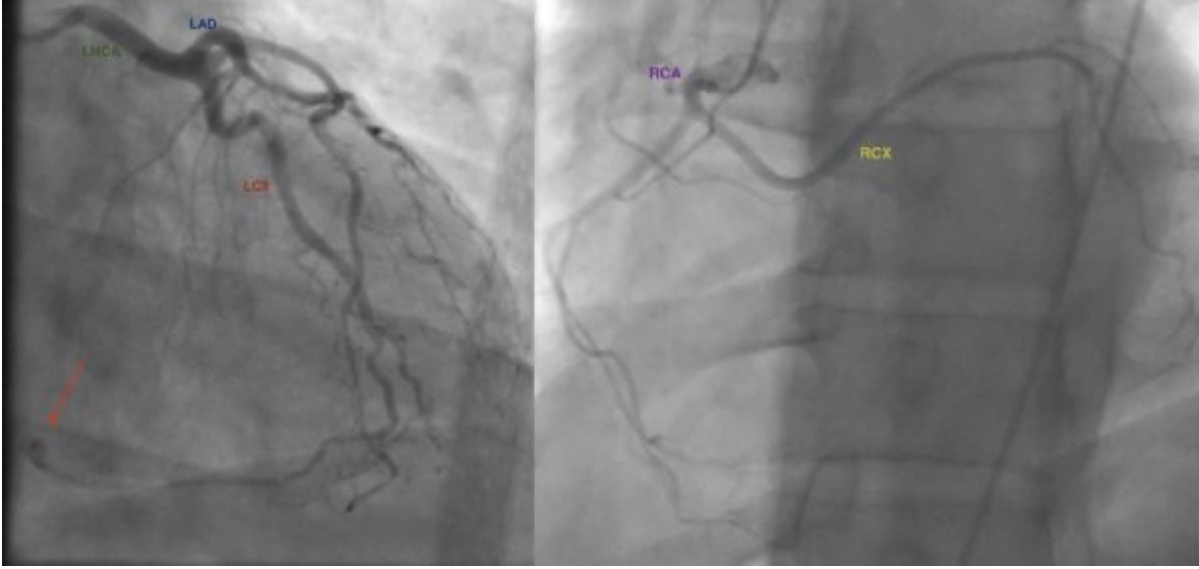
Koroner arter fistülleri, bir koroner arter ile bir kalp odacığı veya aort, vena kava, pulmoner ven gibi bir ana damar arasındaki anormal ilişkilerdir. Görülme sıklığı yaklaşık %0.05'tir. En sık görülen koroner arter fistülü, RCA veya dallarından kaynaklanmakta ve genellikle sağ kalp boşluklarına veya pulmoner arterlere olmaktadır. Sol ventriküle olan fistüller oldukça nadirdir.

Koroner arter fistülleri çoğunlukla asemptomatiktir ancak fistül tipi, şant hacmi ve diğer kardiyak durumlara bağlı olarak efor dispnesi, yorgunluk, aritmiler, pulmoner hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği gibi durumlara yol açabilmektedir. Bu tip durumlarda fistüle yönelik cerrahi kapama veya perkutan yolla coil embolizasyon gibi tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir.

Hastanın mevcut klinik durumu ve ekokardiyografik bulguları değerlendirildiğinde konservatif izlem planlandı.

Anahtar Kelimeler: Çift sirkumfleks arter, Koroner fistül, Koroner anomali, Pulmoner ven anomalisi

Şekil 1



Hastaya ait koroner anjiyografi görüntülerinde RCX ve LCX görülmekte. Kırmızı ok LCX'in fistülide olduğu yeri göstermekte.

Şekil 2



Kardiyak BT Anjiyografi görüntülerinde, sarı oklar RCX'in retroaortik seyrini, mavi oklar LCX'in seyrini, kırmızı çember ise LCX'in fistülide olduğu yeri göstermekte. Sağ taraftaki görselde alt pulmoner venlerin tek yerden sol atriuma döküldüğü görülmekte.

[PS-006] Sol atriyumda dev mobil trombüs

İrfan Yaman¹, Esra Polat¹, Elca Gjini², Zulfiye Kuzu³

¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Kardiyoloji kliniği, Gaziantep, Türkiye

²Spitali Rajonal Memorial Fier, acil tıp bölümü, Fier, Arnavutluk

³Kayseri Şehir Hastanesi, Kardiyoloji kliniği, Kayseri, Türkiye

Giriş: Sol atriyum apendiksinde sıklıkla sol atriyum trombüs oluşumu görüyoruz ve en belirgin etiyoloji atriyal fibrilasyondur. Atriyal fibrilasyon kapakçık nedenlerinden, özellikle mitral darlığından veya diyabet, kalp yetmezliği, ileri yaş, alkol ve sigara gibi kapakçık dışı nedenlerden kaynaklanabilir. Dev hareketli sol atriyum trombüsü nadir görülür. Gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla görülen romatizmal mitral kapak darlığına (RMVS) ek olarak, atriyal fibrilasyonun varlığı da daha hızlı ve daha yüksek hacimli trombüs oluşumuna katkıda bulunur. Burada, RMVS'ye bağlı sol atriyal dev hareketli trombüsü olan bir vakayı bildiriyoruz.

Vaka: Dispne şikayetiyle 46 yaşında bir kadın kardiyoloji polikliniğine yatırıldı. Hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi veya daha önce kardiyak öyküsü yoktu. 3 aydır egzersiz sırasında hafif dispnesi vardı, ancak dispne son 3 günde kötüleşti. Genel muayenede kayda değer bir şey yoktu. EKG'de iskemik ST/T dalga değişiklikleri olmadan atriyal fibrilasyon görüldü. CKMB, Troponin ve diğer hematolojik parametreler normal sınırlardaydı. 2D Ekokardiyografi şunları gösterdi: romatizmal mitral stenoz, maksimum gradyan 19 mmHg ve ortalama gradyan 9 mmHg ve ikinci derece aort yetmezliği. Sol atriyumda (3,5x2,5 cm) dolaşan hareketli bir trombüs vardı. Üçüncü derece triküspit yetmezliği ve minimal perikardiyal efüzyon da gözlemlendi. Sistolik pulmoner basınç 60 mmHg olarak ölçüldü.

Transözofageal ekokardiyografi sol atriyumda 3,5x2,5 cm'lik mobil dolaşan trombüsle spontan eko kontrast gösterdi (Şekil 1, Video 1). Ayrıca sol atriyal apendikte yaygın trombüs yükü vardı. Hasta kardiyoloji kliniğine yatırıldı ve ameliyat planlandı. Koroner anjiyografi herhangi bir önemli koroner arter hastalığı göstermedi. Hastaya cerrahi trombüs çıkarılması, protez mitral kapak değiştirmesi ve sol apendiksin cerrahi ligasyonu uygulandı. İyileşme sorunsuz geçti ve bir hafta sonra warfarin içeren tıbbi tedaviyle taburcu edildi.

Sonuç: Romatizmal kapak hastalığının yaygınlığının nispeten yüksek olduğu ülkelerde, romatizmal mitral valf stenozlu vakalarında transtorasik ekokardiyografide nadiren büyük mobil LA trombüsleri bulunabilir. Mortalite ve morbidite açısından önemli bir risk olduğundan, zamanında tanı ve tedavi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: atriyal fibrilasyon, dev mobil trombüs, mitral stenoz

Dev mobil trombüs



dev mobil trombüs Transözofageal ekokardiyografi sol atriyumda 3,5x 2,5 cm mobil dolaşan trombüs ile spontan eko kontrastı gösterdi

AuthorToEditor: Bu güzel organizasyon için bilim kuruluna teşekkürler.

PS-008] Fulminan miyokardit ve pulmoner enfarkt ile seyreden nadir bir Lupus vakası

Adam U.f. Turk¹, Semih Güllü², Beyza Bayram², Mustafa Barış³, Nurlana Jafarova¹, Afife Ayça Erol¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), bağışıklık sisteminin aşırı tepkisiyle karakterize edilen otoimmün bir hastalıktır. SLE'li hastalarda kardiyak tutulum, sıklıkla %50 oranında gözlemlenir ve en yaygın bulgu perikardittir. Bununla birlikte, lupus kardiyomiyopatisi, daha nadir bir komplikasyon olarak %5-10 oranında ortaya çıkabilir ve ciddi sonuçlar doğurabilir. SLE ile ilişkili miyokardit tanısı, klinik bulgular, kardiyak belirteçler, ekokardiyografi, kardiyak MRI ve endomiyokardiyal biyopsi gibi çeşitli yöntemlerle konulmaktadır.

Vaka Özeti: 47 yaşında kadın hasta, son bir ay içinde artan nefes darlığı ile başvurmuştur. Dinlenme halinde bile nefes darlığı yaşamaktadır. Ayrıca, son iki ayda artan eklem ağrıları ve deri lezyonları mevcuttur. Deri biyopsisi diskoid lupus (DLE) ile uyumlu bulunmuş ve ANA, anti-sentromer, anti-SM RNP testleri pozitif çıkmıştır.

Hasta, SLE'nin olası kardiyak veya pulmoner tutulumlarını araştırmak amacıyla yatırılmıştır. Thoraks BT'sinde "ground glass" dansiteleri ve bilateral pulmoner infarkt alanları gözlemlenmiştir. Hemodinamik instabilite yoktu ve enoksaparin başlatılmıştır. Ancak, sinüs taşikardisi, hipotansiyon ve perikardiyal effüzyon nedeniyle kardiyoloji bölümüne yönlendirilmiştir.

Ekokardiyografide hastanın EF'si %35, sol ventrikül dilate ve 1.5 cm perikardiyal effüzyon tespit edilmiştir. Hs-troponin düzeyi 97.7 ng/L ile yükselmiş, koroner anjiyografi yapılması planlanmış ancak hasta bunu reddetmiştir.

Hastanın durumu birkaç gün içinde hemodinamik bozulma ve organ yetmezliği ile kötüleşmiştir. Ekokardiyografi tekrarlanmış ve sağ ventrikül dilatasyonu izlenmemiştir. Ancak sol ventrikül EF'si %30'a düşmüştür.

Pozitif inotropik ajan olarak dobutamin ve vazopressor olarak noradrenalin başlanmış, hastanın durumu birkaç gün içinde düzelmiştir. ön tanı fulminant miyokardit olarak konulmuş ve kardiyak MRI yapılmıştır. MRI'de sol ventrikülün orta ve bazal bölgelerinde geç gadolinyum tutulum bulguları gözlemlenmiştir.

Tedavi Protokolü: Kolşisin, brufen, metilprednizolon ve intravenöz siklofosamid uygulanmıştır. Düşük ejeksiyon fraksiyonu nedeniyle beta blokerler, ARNI, MRA ve SGLT-2 inhibitörleri başlanmıştır. Tedavi sonrası hastanın durumu belirgin şekilde düzelmiş ve hasta taburcu edilmiştir.

Tartışma: Lupus ile ilişkili kardiyomiyopati, nadir bir durumdur ve bu konuda net bir yaklaşım mevcut değildir. Ancak, immünoterapiden sonra büyük iyileşmeler gözlemlenmiştir. Bu vaka, fulminant miyokardit ve bilateral pulmoner infarkt ile eş zamanlı kardiyak ve pulmoner tutulum göstermesi açısından benzersizdir.

Sonuç: Lupus miyokarditi, agresif tedavi gerektiren bir durumdur ve intravenöz inotropik ajanlar ile başarılı sonuçlar alınabilir. Bu vaka, SLE'nin kardiyak tutulumunun nadir bir örneğini sunmakta ve multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: SLE, miyokardit, pulmoner infarkt

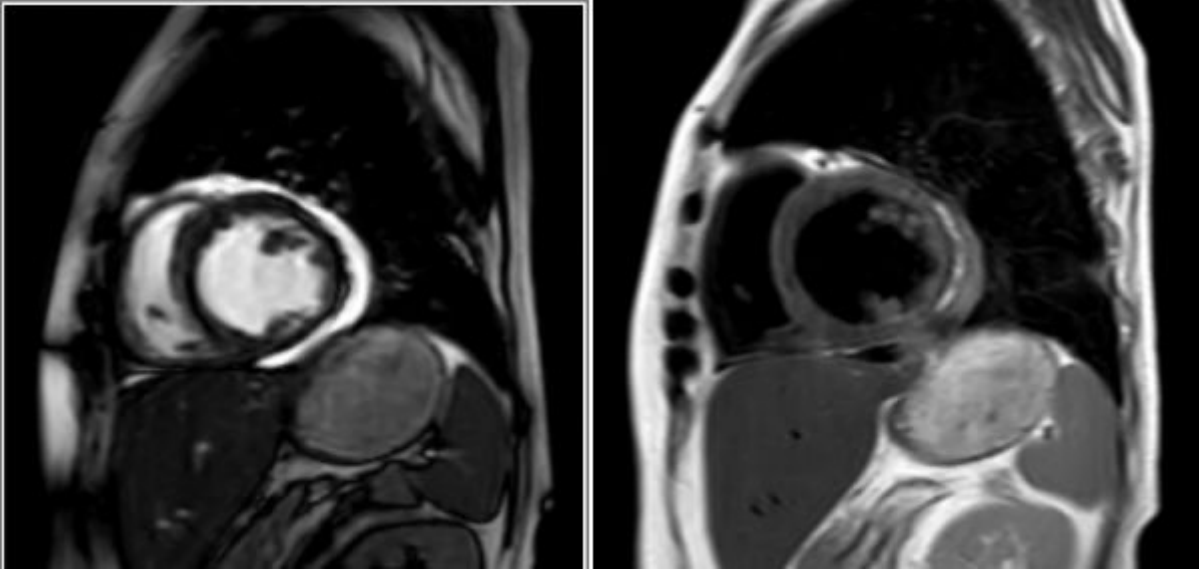
KARDİY VASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE

ekokardiyografi



kardiyak mri



AuthorToEditor: Bu makalede, Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) tanılı bir hastada nadiren bildirilen fulminan lupus miyokarditi ve eşzamanlı bilateral pulmoner enfarkt sunulmaktadır. Literatürde sınırlı sayıda bildirilen bu kombinasyon, klinik kötüleşme ve çoklu organ disfonksiyonu ile prezente olmuş; erken tanı, agresif immünsupresif tedavi ve yoğun hemodinamik destek ile tam klinik düzelme sağlanmıştır. Olgumuzun, bu nadir klinik tabloyu açıklaması açısından literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

[PS-009] Nadir Bir Olgu: Eş Zamanlı Saptanan Aritmojenik Sağ Ventriküler Displazi ve Quadrikuspit Aort Kapak Birlikteliği

Cem Korucu, Halil Siner

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

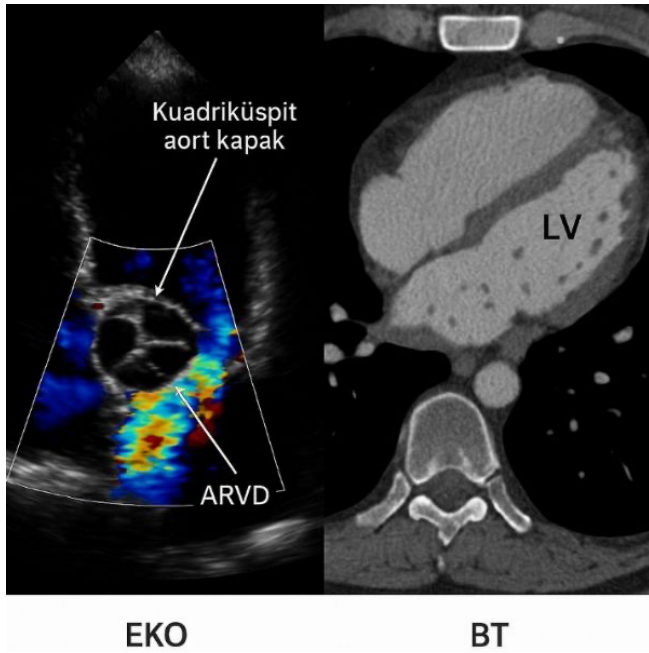
Giriş: Aritmojenik sağ ventriküler displazi (ARVD) ve quadrikuspit aort kapak (QAV), her ikisi de nadir görülen konjenital kardiyak anomalilerdir. ARVD, sağ ventrikül miyokardında fibro-yaglı infiltrasyonla karakterize kalıtsal bir hastalıktır; QAV, genellikle rastlantısal olarak saptanan ve aort yetersizliğine yol açabilen valvüler bir malformasyondur. Bu iki anomalinin eş zamanlı görülmesi oldukça nadirdir.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta çarpıntı ve senkop şikayetiyle başvurdu. Elektrokardiyografide V1-V3 derivasyonlarında epsilon dalgaları ve T dalga negatiflikleri izlendi. Transtorasik ekokardiyografi (TTE), sağ ventrikülde bölgesel akinezi ve orta derecede aort yetersizliği gösterdi. Kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT), eşit büyüklükte dört kapaktan oluşan quadrikuspit aort kapağı ile birlikte ARVD'ye özgü sağ ventrikül morfolojik değişikliklerini ortaya koydu. Kardiyak MR, ARVD bulgularını destekledi. Genetik analizde PKP2 gen mutasyonu tespit edildi.

Sonuç: Bu olgu, nadir kardiyak anomalilerin birlikte görülebileceğini ve multimodalite görüntüleme yöntemlerinin bu tanılarda önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Aritmojenik sağ ventriküler displazi, quadrikuspit aort kapak, kardiyak BT, ekokardiyografi, konjenital kalp hastalığı

Olguya ait Bilgisayarlı Tomografi ve Ekokardiyografik görüntü



KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

17-21 EYLÜL 2025
ELEXUS HOTEL GİRNE