

EKRA 2024

3. ENDOKRİN KARDİYOVASKÜLER RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ

30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024

LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.



BİLDİRİ KİTABI

**3. ENDOKRİN KARDİYOYASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ**

30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.

KURULLAR

Dr. Rüştü Serter
Kongre Başkanı

Dr. Tefik Ecdar
Bilim Kurulu Başkanı

YÖNETİM KURULU

Dr. Ömer Çelik
Başkan

Dr. Hakan Taşolar
Başkan Yardımcısı

Dr. Mehmet Ballı
Genel Sekreter

Dr. Eyüp Avcı
Genel Sekreter Yardımcısı

Dr. Görkem Kum
Yönetim Kurulu Üyesi

Dr. Eser Varış
Yönetim Kurulu Üyesi

Dr. Mehmet Mustafa Can
Yönetim Kurulu Üyesi

**SS-1 Post Operatif Hipofizer Yetmezlik Vakası**Nezaket Kadı

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş:

Hipofiz yetmezliği (hipopituitarizm) bir veya daha fazla hipofiz hormonunun yetersiz yapımı ve salınımı sonucu gelişen klinik sendromdur. Türkiye'nin farklı bölgelerindeki 3. basamak sağlık kuruluşlarına (14 üniversite hastanesi ve 5 eğitim araştırma hastanesi) başvuran 773 hastayı kapsayan kesitsel bir çalışmada hipopituitarizm etyolojisinde en sık nedenin fonksiyonsuz hipofiz adenomları/cerrahisi olduğu ve Sheehan sendromunun ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır.

Öykü:

52 yaşında erkek hasta; halsizlik, yorgunluk, bulantı ve baş dönmesi ile dış merkeze başvurmuş ve hiponatremisi nedeniyle dahiliye polikliniğine yönlendirilmiş. Hastadan ayrıntılı öykü alındığında iki yıl önce hipofiz adenomu nedeniyle operasyon yapıldığı ve sonrasında kontrollere gitmediği öğrenildi. Operasyon sonrasında özellikle enfeksiyon hastalığı geçirdiği dönemlerde artan bulantı, kusma, halsizlik, baş dönmeleri nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurusunun olduğu ve tansiyon düşüklüğü nedeniyle hastaya mayi verildiği öğrenildi. Ayrıca hastada libido azalmasının olduğu öğrenildi. Fiziki muayenede hasta soluktu TA: 90/70 mmHg, Nabız:84 /dakika Ateş:36,2 C° Saturasyonu:oda havasında %96. Hasta postoperatif hipofizer yetmezlik ön tanısıyla dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın tetkik sonuçları tablo-1 ve tablo-2 belirtildi.

Hasta tetkik sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde bulantı, kusma, halsizlik, libido azalması yakınması ile hipotansiyon, hiponatremi, ACTH ve kortizol düşüklüğünün olması hipofizer yetmezliği açıklıyordu. Ayrıca ST3 ve ST4 düşüklüğü ile beraber TSH yüksekliğinin olmaması santral hipotiroidi ve FSH, LH ile beraber testosteron düşüklüğünün olması hipofizer hipogonadizmi destekliyordu. Hastaya postoperatif hipofizer yetmezlik tanısıyla önce steroid tedavisi ve ardından L-troksin tedavisi başlandı. Takipte hastanın hipotansiyonu, hiponatremisi ve bulantı, kusma, halsizlik gibi klinik yakınmaları düzeldi. Tansiyonu normal değerlere yükseldi. Sonrasında hastaya hipogonadizmi içinde aylık intramuskuler testosteron başlandı. Hasta kontrollerine gelmek üzere önerilerle taburcu edildi.

Tartışma:

Hipofiz yetmezliğinin sık nedenlerinden biriside hipofiz adenom cerrahisine bağlı travmatik nedenlerdir. Erişkin hastalarda hipofiz hormon eksikliklerinde görülen belirti ve bulguların spesifik olmaması ve birçok hastalıkla karışması nedeniyle bizim vakamızda olduğu gibi hipofizer yetmezlik tanı ve tedavisi atlanılabilmektedir. Tanı koymada önemli basamak olan hastanın hikayesinin dikkatle sorgulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hipofizer yetmezlik, hipofiz cerrahisi, hipogonadizm, santral hipotiroidi**Tablo-1: Hastanın Tetkik sonuçları**

Test Adı	Sonuç	Referans Aralığı	Birimi
Sodyum(Na)	120	136-146	mmol/L
Potasyum(K)	3,7	3,5-5,1	mmol/L
Klor(Cl)	106	101-109	mmol/L
ALT	52	5-50	U/L
AST	40	0-50	U/L



Kreatinin	0,8	0,67-1,17	mg/DL
Glukoz	73	74-106	mg/DL
Beyaz küre(WBC)	9750	4500-10500	mcl
Hemoglobin(HB)	13	12-17,4	gr/dl
Trombosit(PLT)	256000	142000-424000	mcl

Tablo-2: Hastanın Hormon Sonuçları

Test Adı	Sonuç	Referans Aralığı	Birim
ACTH	4	0-46	ng/dl
Kortizol	2	Sabah 3.7-19.4	mg/dl
FSH	3	3.1-7.9	mIU/ml
LH	2,1	5.1-51.9	UI/L
GH	5	0-7	ng/ml
Somatomedin-c(IGF)	80	78-258	ng/ml
Prolaktin	2,3	5.18-26.53	mg/dl
Testosteron	3	10.4-37.7	nmol/dl
TSH	4,5	0.35-4.5	mU/ml
SERBEST T3	1,7	2.3-4.1	pg/ml
SERBEST T4	0,5	0.9-1.7	ng/dl

SS-2 Triküspit Kapak Endokardit Olgusu ve Cerrahi Tedavisi

Taha Gürbüz

Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Çanakkale

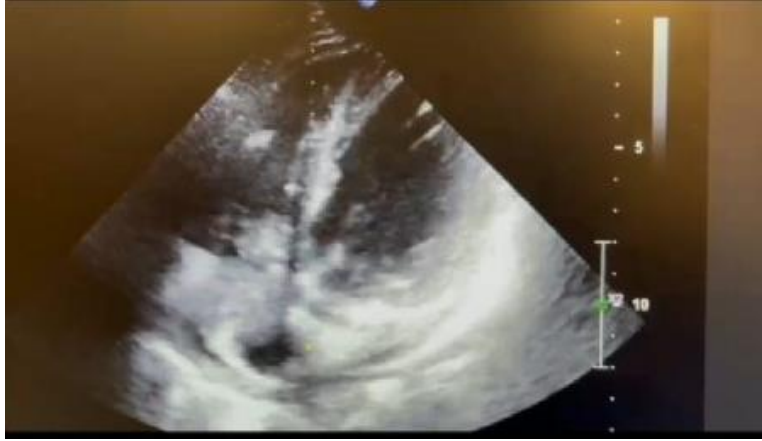
Triküspit kapak endokarditi nadir rastlanılan bir hastalıktır. Bütün infektif endokarditlerin ancak %5-10'unu teşkil etmektedir. Sıklıkla kontaminasyona zemin hazırlayan intravenöz ilaç kullanma alışkanlığı olan uyuşturucu bağımlılarında görülmektedir. Bunların dışında intravenöz katater ve elektrodu olan hastalarda, bu yapıların üzerinde mikroorganizmalar kolaylıkla yerleşmekte ve endokardite neden olmaktadır. Tekrarlayan septik pulmoner emboliler mortaliteyi etkileyen önemli faktörlerden biridir. Endokardit nedeniyle bütünlüğü bozulan triküspit kapakta sıklıkla ileri derecede yetersizlik vardır. İki ile sekiz hafta süre ile uygun antibiyotik tedavisine rağmen devam eden sepsis ve konjestif kalp yetmezliği cerrahi yaklaşımı mutlak gerekli kılar. Tek başına ateş, pulmoner emboli ve hafif triküspit yetmezliğinde cerrahi uygulama pek kabul görmemektedir. Cerrahi yaklaşım vejetasyonların eksizyonu, valvulektomi, valvüloplasti ya da triküspit kapak replasmanıdır.

36 yaşındaki erkek hasta yüksek ateş, çabuk yorulma, halsizlik ve eklem ağrısı yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Kan ve kemik iliği örneklerinde Staphylococcus Aureus (Methicilline duyarlı) izole edildi. Ekokardiyografide triküspit kapak üzerinde 14*13 mm boyutlarında vejetasyon görüldü. 2 hafta süre ile uygun antibiyotik tedavisine rağmen sepsis ve tekrarlayan pulmoner embolilerinin olması üzerine açık kalp ameliyatı tekniği uygulanarak triküspit kapak üzerindeki



vejetasyon eksize edildi. Anterior leaflet valvuloplasti ile kapak fonksiyonel hale getirildi. Ameliyat sonrası 1. ve 6. ayındaki takibinde ekokardiografik olarak triküspit kapak kaçığının minimum düzeyde olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Ekokardiografi; Triküspit kapak endokarditi; Vegetektomi; Valvuloplasti



triküspit endokarditi

SS-3 Evaluation of the Transcatheter Aortic Valve Replacement Results in Patients with Borderline Aortic Annulus and the Impact of Under- or Oversizing the Valve

Erkan Yıldırım, Serkan Yener

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Background:

Optimal valve sizing provides improved results in transcatheter aortic valve replacement. Operators hesitate about the valve size when the annulus measurements fall into borderline area. Our purpose was to compare the results of borderline versus non- borderline annulus and to understand the impact of valve type and under or oversizing.

Methods:

Data from 338 consecutive transcatheter aortic valve replacement procedures were analyzed. The study population was divided into 2 groups as “borderline annulus” and “non-borderline annulus.” Balloon expandable valves already have a grey zone definition. Similar to balloon expandable valves, annulus sizes that are within 15% above or below the upper or lower limit of a particular self-expandable valve size are defined as the “borderline annulus” for self-expandable valves. The borderline annulus group was also divided into 2 subgroups according to the smaller or larger valve selection as “under- sizing” and “oversizing.” Comparisons were made regarding the paravalvular leakage and residual transvalvular gradient.

Results:

Of these 338 patients, 102 (30.1%) had a borderline and 226 (69.9%) had a non-borderline annulus. Both the transvalvular gradient (17.81 ± 7.15 vs. 14.44 ± 6.27) and the frequency of paravalvular leakage (for mild, mild to moderate, and moderate, 40.2%, 11.8%, and 2.9% vs., 18.8%, 6.7%, and 0.4%, respectively) were significantly higher in the borderline annulus than the non-borderline annulus group ($P < .001$). There were no significant differences between the groups balloon expandable versus self-expandable valves and oversizing versus undersizing regarding the transvalvular gradient and paravalvular leakage in patients with borderline annulus ($P > .05$).

**Conclusion:**

Regardless of the valve type and oversizing or undersizing, borderline annulus is related to significantly higher transvalvular gradient and paravalvular leakage when compared to the non-borderline annulus in transcatheter aortic valve replacement.

Anahtar Kelimeler: Borderline aortic annulus, grey zone annulus, transcatheter aortic valve replacement

SS-4 Koroner Sinüse Açılan Pulmoner Venler Nedeniyle Gelişen Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon

Hilal Erken, Gürkan İş

Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

49 yaşında kadın hasta efor dispnesi şikayetiyle başvurdu. Fonksiyonel sınıfı 2 idi. Özgeçmişinde 29 yaşındayken ASD cerrahisi olduğu öğrenildi. Eşlik eden komorbiditesi yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sinüs taşikardisi kardiyak oskültasyonda mezokardiyumda 2.derece pansistolik üfürüm mevcuttu.EKG’de normal sinüs ritmi ve sağ dal bloğu mevcuttu. PA Akciğer grafiğe pulmoner konusta düzleşme izlendi. Nt-pro BNP 900pg/ml idi.6 dk koridor testinde 340 metre yürüdü.Transtorasik Ekokardiyografide sağ kalp boşluk boyutları geniş, IVS’de düzleşme izlendi, interatriyal septum intakttı, triküspit regurjitasyon velositesi 3.2 m/sn idi SPAB 45 mmHg olarak ölçüldü. Hasta pulmoner hipertansiyon açısından göğüs hastalıklarına konsülte edildi grup 3-4 PH dışlandı.Hastaya kalp kateterizasyonu yapıldı, mPAB 30 mmHg,PCWP 9 mmHg,PVR:5 wood ünite saptandı.Hasta kapatılmış şanslı hastada gelişmiş rezidü PAH olarak düşünülüp macitentan ardından üç ay sonra tadalafil başlandı.Takipte hastanın risk sınıfı orta olarak devam ettiği için tedaviye seleksipag eklendi.Hastanın kliniğinde istenen iyileşme sağlanamadı,hastaya kardiyak MR çekildi,MR da sol pulmoner venlerin koroner sinüse açıldığı görüldü.Hastaya kalp kateterizasyonu tekrar edildi. Koroner sinüse verilen opakla pulmoner venler görüntülendi koroner sinüs kanında çalışılan oksimetrik çalışmada SaO2 %90 saptandı.MPAB:27,PVR 4WU saptandı.Hastaya Kardiyoloji-KVC konseyinde cerrahi kararı verildi

Anahtar Kelimeler: koroner sinüs, pulmoner arteriyel hipertansiyon,atriyal septal defekt

SS-5 Acile dirençli ateşle başvuran Romatoid Artrit vakası

Manolya Gökrem

Samsun Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Giriş:

Romatoid artrit tanısı 1987 yılında ki Amerikan Romatizma Derneği kriterleri ile konmaktadır.Bu kriterler eklemlerde ve çevresinde en az bir saat süren sabah tutukluğu 3 veya daha fazla eklemden artrit PİF eklemlerde artrit,MKF veya el bilek eklemlerinde artrit,simetrik artrit deri altı nodülleri,Rf pozitifliği radyoloji de periartiküler osteopeni veya erozyonlar saptanması RA'nın tanı kriterleridir.Dört ve üzerinde kriter varlığı tanı koydururken ilk 5 kriterin 6 haftadan fazla devam etmesi gerekmektedir.Mevcut kriterler erken RA tanısı koymakta yetersiz kalmakla beraber ANTİ-CCP romatoid artrit için oldukça spesifiktir ve erken dönemde saptanabilir.

Olgu:

74 yaşında kadın hasta acile ateş ve genel durum bozukluğu ile başvurdu,başvuru anında ateş 39,4,CRP 220:Hastanın acilde çekilen toraks tomografisinde pnömonik infiltrasyon saptandı.Hasta Pnömoni tansiyolu yatırıldı. Hastanın takiplerinde 3'lü antibiyotik tedavisine rağmen genel durumunda iyileşme olmadı ve ateşi düşmedi.Bunun üzerine hastadan RF ve ANTİ-CCP gönderildi bunun üzerine RF1550 IU/ml ANTI-CCP:200 IU/ml olarak geldi.Hastaya RA tedavisi



başlandı. Hastanın kliniği anlamlı olarak düzeldi.

Sonuç:

Ateş Romatoid Artrit bulguları arasında çok sık rastlanmamaktadır fakat ateşle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda Romatoid Artrit de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ateş, halsizlik

SS-6 Major Yanığın İndüklediği Elektriksel Fırtına

Emre Kasım Yılmaz, Berkant Öztürk, Mustafa Yenerçay
Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilimdalı

Giriş:

ELEKTRİKSEL FIRTINA 24 SAAT İÇERİSİNDE 3 VEYA DAHA FAZLA VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ(VT) VE/VEYA VENTRİKÜLER FİBRİLASYON(VF) EPİZOTLARININ OLMASI VEYA 5 DK ARA İLE VT VE/ VEYA VF ATAKLARININ OLMASIDIR. ELEKTRİKSEL FIRTINA, ÖZELLİKLE CİDDİ SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYONU OLAN HASTALARDA KÖTÜ PROGNOZLA İLİŞKİLİDİR.

OLGU:

69 YAŞINDA DÜŞÜK EJEKSİYON FRAKSİYONLU KALP YETERSİZLİĞİ NEDENİYE TAKİPLİ, KRT-D İMPLANTASYONU ÖYKÜSÜ OLAN KADIN HASTA PEKTORAL BÖLGEDE YAYGIN 2. DERECE MAJOR YANIK SEBEBİYLE YANIK ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLİRKEN BİRDEN FAZLA ICD ŞOKLAMASI SEBEBİYLE KLİNİĞİMİZE KONSÜLTE EDİLDİ. HASTANIN ICD KAYITLARINDA 24 SAAT İÇERİSİNDE 11 KERE UYGUN (6 KERE VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ 5 KERE VENTRİKÜLER FİBRİLASYON) ŞOKLAMA KAYDI İZLENDİ. HASTANIN KALP PİLİ ELEKTROD VE VOLTAJ AYARLARINDA HERHANGİ BİR PROBLEM İZLENMEDİ. ELEKTROKARDİYOGRAFİDE(EKG) PACEMAKER RİTMİ VE QTc:470 msn HESAPLANDI. HASTANIN BİYOKİMYASAL SONUÇLARINDA K:2.9 mg/dL, Mg:1.4 mg/dL, Ca:10.7 mg/dL CRP: 97 mg/dL ÖLÇÜLDÜ. HASTA KORONER YOĞUN BAKIMA DEVİR ALINDI. POTASYUM VE MAGNEZYUM REPLASMANI YAPILDI. 2 KERE DAHA ICD ŞOKLAMASI İZLENDİ. İNTRAVENÖZ BETABLOKER SONRASI ORAL KARVEDILOL 2X25 MG BAŞLANDI. 100 MG LİDOKAİN İNTRAVENÖZ YAPILDI. SPIRONOLAKTONE DOZU 100 MG ÇIKARILDI. FUROSEMİD DOZU AZALTILDI. KONTROL K:5.1 mg/dL Mg:1.7 mg/dL ÖLÇÜLDÜ. KONTROL EKG'DE QTc:430 msn HESAPLANDI. 72 SAAT YOĞUN BAKIM TAKİBİMİZDE HERHANGİ BİR ARİTMİ ATAĞI SAPTANMADI.

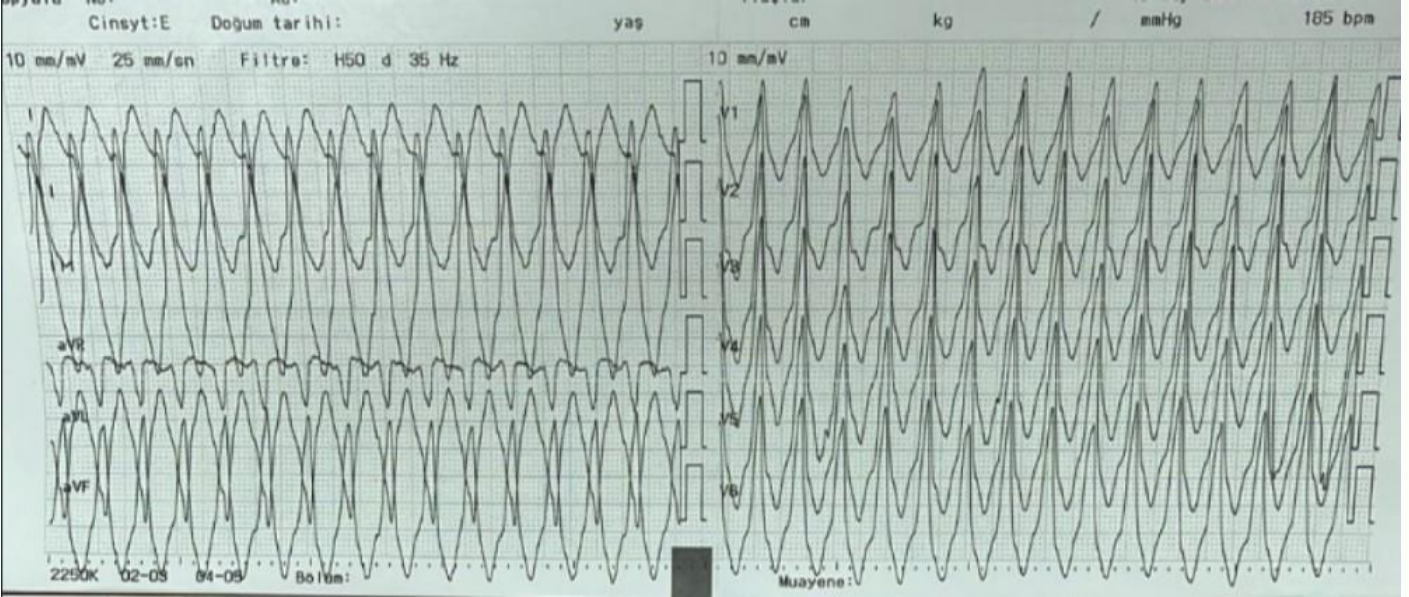
SONUÇ:

KKY HASTALARINDA MALİGN ARİTMİ ÖNEMLİ MORTALİTE SEBEBİDİR. MAJOR YANIKLARDA ELEKTROLİT İMBALANSINA VE İNFLAMASYONA BAĞLI MALİGN ARİTMİLER TETİKLENEBİLİR. MAJOR YANIK HASTALARINDA ELEKTROLİT, İMBALANSINA BAĞLI MALİGN ARİTMİLER GELİŞEBİLECEĞİ VE ELEKTRİKSEL FIRTINA İLE KARŞIMIZA ÇIKABİLECEĞİ AKILDA TUTULMALIDIR.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, Yanık, Ventriküler Taşikardi



Resim 1



GENİŞ QRS'Lİ TAŞİKARDİ EKG

SS-7 İntrakardiyak Trombüs ve Pulmoner Arter Anevrizma İle Prezente Hughes Stovin Sendrom Vakası

BAVER ORDU¹, Muhammed Şamil Aslan²

¹Baver Ordu, Necmi Kadioğlu Esenyurt Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²Muhammed Şamil Aslan, Kaynarca Şehit Gökhan Ayder Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Sakarya

Hughes-Stovin sendromu ile Behçet hastalığına bağlı pulmoner arter tutulumunun aynı hastalıklar olduğu düşünülmektedir. 3 aydır geçmeyen öksürük, ateş, göğüs ağrısı ile acile başvuran 21 yaş kadın hastanın ileri tetkiklerinde saptanan intrakardiyak trombüs ve pulmoner anevrizma saptanması sonucu tedavi edilmesini sunduk. Hughes Stovin sendromu (HSS) derin ven trombozu ve pulmoner arter anevrizma klinik prezentasyonla giden ve radyolojik tanı konulabilen nadir bir durumdur. Değişken tipte vaskülit olan Behçet sendromu, HughesStovin sendromu ile benzerlik gösterir ancak Hughes Stovin sendromu, oral aft veya genital ülser olmayışı ile Behçet sendromundan (BS) ayrılır.

HSS'de sistemik tromboz ve pulmoner tutulum olması BS'den ayırt edilemeyebilir, ayrıca HSS ve BS eritem, artralji, uzun süreli ateş gibi ortak klinik belirtiler mevcuttur, bu iki hastalık arasındaki benzerlikler ve her ikisinin etiyolojisinin de belli olmaması sebebiyle HSS için "inkomplet Behçet Sendromu" terimi kullanılmıştır.

Pulmoner arter anevrizma (PAA) rüptürüne sekonder masif hemoptizi ve mortalite nedeniyle PAA varlığı kötü prognoz göstergesidir, bu yüzden HSS vakalarında erken tanı ve tedavi remisyona ve sağkalım açısından çok önemlidir.

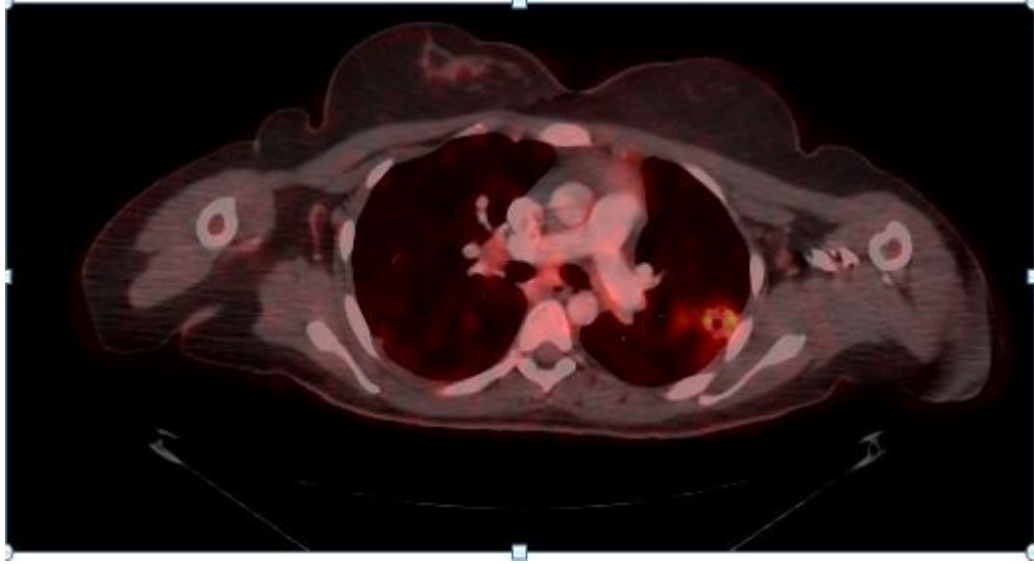
Tedavi kılavuzunun olmaması sebebiyle hastalar BS'de olduğu şekilde tedavi edilir. Tedavide immunsupresifler ajanlar, steroidler ve siklofosfamid kullanılır.

HSS'de kardiyak tutulum nadir olup kötü prognoza ve yüksek mortaliteye sahiptir, kardiyovasküler komplikasyonlara dikkat etmek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner arter anevrizması, Behçet sendromu, Hughes Stovin Sendromu



TEDAVİ ÖNCESİ



TEDAVİ SONRASI



SS-8 Daha önce kasık girişi yapılmış hastalarda Torasik EndoVasküler Aort Onarımında femoral giriş yeri kapatma amaçlı kullanılan ProGlide'in etkinliği ve güvenliğine ilişkin Tek Merkezli Bir Çalışma

Recep Gülmez¹, Mehmet Altunova¹, Ahmet Anıl SAHİN², Ömer ÇELİK¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar cerrahisi eğitim araştırma hastanesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Liv Bahçeşehir Hastanesi, İstanbul

Amaç:

Bu çalışmanın amacı daha önce kasık girişi yapılmış hastalarda torasik endovasküler aort onarımı sırasında bir suture aracılığıyla vasküler kapatma cihazı olan ProGlide cihazının etkinliğini ve güvenliğini teknik başarı ve komplikasyonlar açısından değerlendirmektir.



Metod:

Femoral arter yoluyla perkütan torasik endovasküler aort onarımı yapılan ve Pro-Glide cihazı ile kapatılan 135 hasta retrospektif olarak incelendi. Önceki kasık girişi (PGI), femoral artere açık cerrahi erişim öyküsü ve endovasküler veya kapak girişi nedeniyle geniş kılıf (>18 F) yerleştirme öyküsü olarak tanımlandı. Hastalar 38 PGI(+) ve 97 PGI(-) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Bulgular:

Femoral arterin Pro-Glide ile kapatılmasındaki genel başarı oranı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı değildi. (%93,8'e karşı %92,1, p=0,711). Gruplar arasında kılıf boyutları karşılaştırıldığında PGI (+) grup, PGI (-) gruba kıyasla anlamlı derecede daha yüksek kılıf boyutlarına sahipti ($24,3 \pm 1,1$ F vs. $23,8 \pm 1,0$ F, p=0,011). PGI (+) grubundaki üç hastada ve PGI (-) grubundaki altı hastada perkütan femoral yaklaşımda teknik başarısızlık yaşandı. PGI (+) grubundaki dört hastada, PGI (-) grubundaki dört hastada işlem sonrası femoral komplikasyon görüldü. PGI (+) grupta PGI (-) gruba göre komplikasyon oranı daha yüksekti ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,181).

Sonuç:

Bu çalışma, önceki çalışmalara kıyasla çok daha büyük bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir ve bulgular, Pro-glide vasküler kapatma cihazının daha önce kasık girişi öyküsü olan hastalar için güvenli bir seçenek olduğunu ve kontrendikasyon olarak kabul edilmeyebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler:

Vasküler kapatma cihazları, femoral skar, torasik endovasküler aort onarımı, Pro-glide, perclose

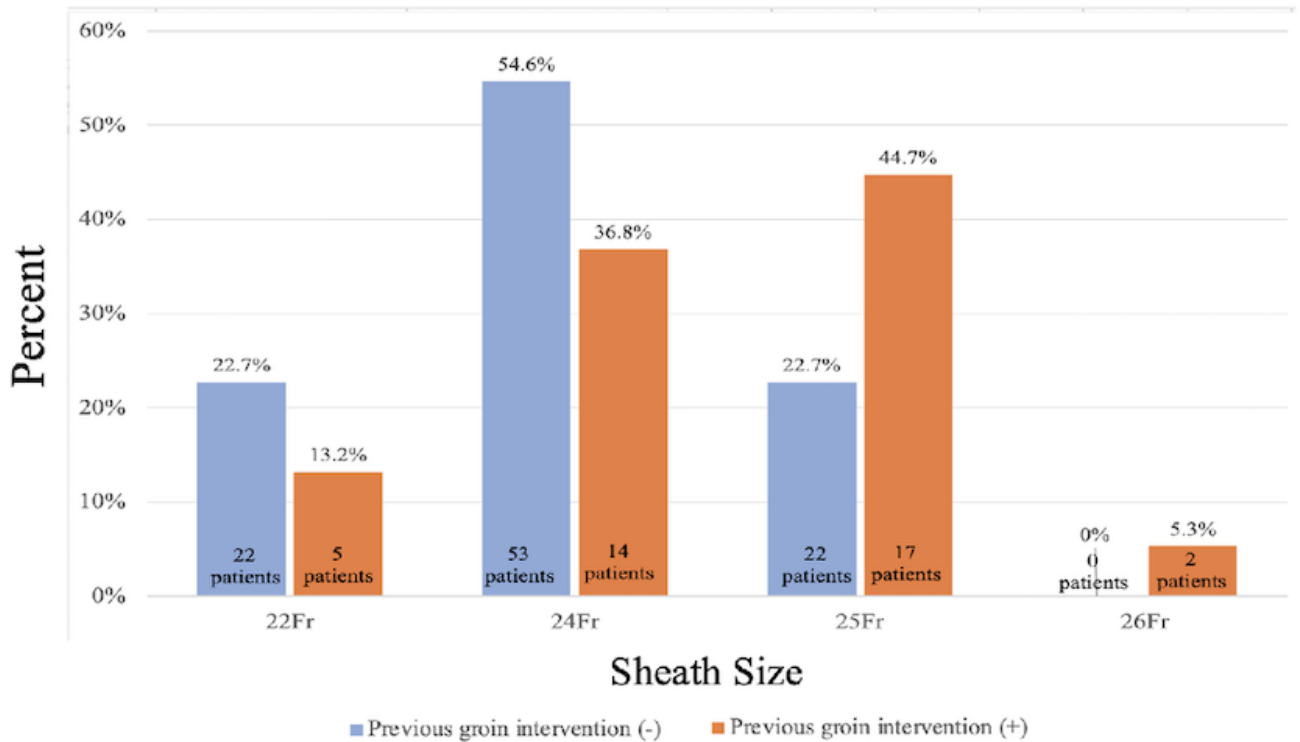


Figure 1. Distribution of sheath sizes in groin intervention.



Önceden Kasık Girişimi Olan Hastalarda Kılıf Boyutuna Göre Teknik Başarı

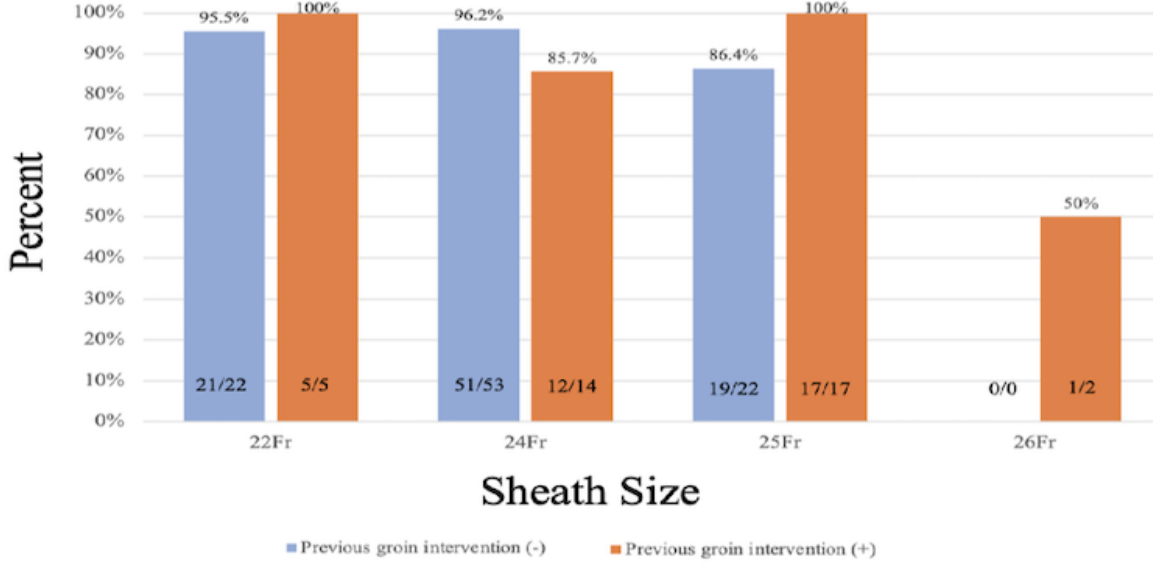


Figure 2. Percentage of technical success based on sheath sizes compared to previous groin intervention.

Bilgisayarlı tomografide tespit edilen CFA'nın anatomik özellikleri ve hastalarda kullanılan kılıf ve cihazların özellikleri.

	PGI (-) (n=97)	PGI (+) (n=38)	P value
CFA diameter, mm	10.2 ± 1.7	10.5 ± 1.6	0.425
Sheath size diameter, F	23.8 ± 1.0	24.3 ± 1.1	0.011
22, n (%)	22 (22.7)	5 (7.6)	0.214
24, n (%)	53 (54.6)	14 (36.8)	0.063
25, n (%)	22 (22.7)	17 (44.7)	0.011
26, n (%)	0 (0.0)	2 (5.3)	0.078
Skin to CFA distance, mm	31.8 ± 13.0	34.9 ± 11.3	0.190
Calcification grade of femoral artery	0 (0-1)	0 (0-1)	0.662
Device size used for EVR	37.6 ± 4.5	40.7 ± 4.4	<0.001

CFA: common femoral arter, EVR: Endovasküler onarım

Hastaların Demografik ve Klinik Verileri

	PGI (-) (n=97)	PGI (+) (n=38)	P value
Age, years	60.2 ± 11.4	61.8 ± 10.3	0.460
Male, n (%)	81 (83.5)	34 (89.5)	0.380
Diabetes mellitus, n (%)	20 (20.6)	8 (21.1)	0.955



Hypertension, n (%)	90 (92.8)	36 (94.7)	1.0
Smoking, n (%)	35 (36.1)	13 (34.2)	0.838
Coronary artery disease, n (%)	26 (26.8)	15 (39.5)	0.150
Peripheral artery disease, n (%)	8 (8.2)	3 (7.9)	1.0
Glomerular filtration rate, (ml / min)	84.4 (52.8-98.8)	77.9 (61.0-98.6)	0.649

PGI: Previous Groin Intervention

Prosedür Verileri, Klinik Sonuçlar ve Prosedür Komplikasyonları

	PGI (-) (n=97)	PGI (+) (n=38)	P value
Procedural time, min	93.5 ± 30.9	101.1 ± 43.9	0.262
Manual compression time, min	8.0 ± 1.1	8.5 ± 1.6	0.043
Number of Pro-Glides used, 2 devices, n (%) 3 devices n (%)	92 (94.8) 5 (5.2)	35 (92.1) 3 (7.9)	0.686
Technical success rate, n (%)	91 (93.8)	35 (92.1)	0.711
Complications Groin infection, n (%) Pseudoaneurysm, n (%) Hematoma - Seroma, n (%)	0 (0.0) 0 (0.0) 4 (4.1)	0 (0.0) 1 (2.6) 3 (7.9)	0.181

SS-9 Toluene solunum bağımlılığı olan genç yetişkinlerde elektrokardiyografik ve ekokardiyografik kalp fonksiyonlarının değerlendirilmesi

Gürkan Karaca

Kurum 1: Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul;

Kurum 2: VM Medical Park Maltepe Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

Giriş-Amaç:

Uçucu madde (Toluene) bağımlılığı, birçok vaka çalışmasında belirtildiği üzere kötü huylu ventriküler aritmilere, akut koroner sendromlara, ani ölüm sendromuna ve dilate kardiyomiyopati gibi ciddi kalp olaylarına yol açabilir. Ancak, genç yetişkinlerde Toluene madde kötüye kullanımının elektrokardiyografik ve ekokardiyografik parametreler üzerindeki spesifik etkisinin anlaşılmasında önemli bir boşluk bulunmaktadır. Bu nedenle, klinik ortamda olumsuz sonuçları öngörebilecek ekokardiyografik ve elektrokardiyografik parametreleri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem:

En az bir yıl süreyle Toluene bağımlılığı olan ve kardiyak semptomları olmayan 32 sağlıklı genç erişkin hasta bu çalışmaya dahil edildi. Ayrıca, herhangi bir tıbbi sorunu olmayan 30 sağlıklı bireyden oluşan bir kontrol grubu da seçildi. Her iki grup da standart ekokardiyografi ve EKG testlerine tabi tutuldu. Ekokardiyografik parametreler arasında sol ventrikül end-diastolik çap (LVEDd), sol ventrikül end-sistolik çap (LVESd), mitral kapak EF eğimi, E/A oranı ile aort ve pulmoner kapak hız zaman integralleri (VTI) analiz edildi. Ayrıca, EKG'de düzeltilmiş QT aralıkları (QTc), düzeltilmemiş QT aralıkları ve en geniş P dalga değerleri ölçüldü. İstatistiksel analizler için SPSS 13 yazılımı kullanıldı.

**Bulgular:**

Kontrol grubu, yaş ortalaması 21,10 yıl (SD = 4,58) olan 28 erkek (%93,3) ve 2 kadın (%6,7) bireyden oluşmaktadır. Hasta grubunda ise 32 kişi bulunmakta olup, yaş ortalaması 20,38 yıl (SD = 4,50) ve bunların 30'u erkek (%93,8) ve 2'si kadın (%6,3) cinsiyete sahiptir. İki grup arasında yaş veya cinsiyet dağılımında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Mann-Whitney U, $p>0,05$). EKG değerlendirmesi, kontrol ve hasta grupları arasında düzeltilmemiş en uzun QT aralıklarında anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Kontrol grubunun ortalama en uzun QT süresi 360,00 ms (SD = 30,91) iken, hastalarda bu değer daha yüksek olup 388,44 ms (SD = 29,19) olarak belirlenmiştir (Student's t-testi, $p=0,01$). Hasta ve kontrol grupları arasında kalp atım hızında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Student's t-testi, $p>0,05$). Ayrıca, Bazett formülüne göre düzeltilen QTc değerleri hasta grubunda anlamlı şekilde uzamıştır (ortalama, 425,42; SD=43,21; Mann-Whitney U, $p=0,003$). Ek olarak, en geniş P dalga değerleri hasta grubunda anlamlı derecede daha geniştir ve 110 ms'yi aşmıştır (ortalama, 118,28; SD=10,89; Mann-Whitney U, $p<0,001$). Ekokardiyografik ölçümler, LVEDd, LVESd, MK EF Eğimi, mitral kapak E/A oranı, aort kapak VTI ve pulmoner kapak VTI dahil olmak üzere hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney U, Student's t-testi, $p>0,05$). Genç erişkinlerde sol ventrikülün sistolik ve diyastolik fonksiyonları, madde bağımlılığından bağımsız olarak iyi korunmuştur.

Sonuç:

QTc ve P-dalga süreleri, Toluene bağımlılığı olan bireylerde artmıştır. Bu bulgular, gelecekte ani kardiyak ölüm ve atriyal ile ventriküler disritmilerin daha yüksek riskini öne sürmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Ekokardiyografi, Elektrokardiyografi, P dalgası, QT aralığı, Aritmiler, Toluene madde bağımlılığı

SS-10 Kalp Yetmezliğinde Akılda Bulunması Gereken Bir Bulgu; Chilaiditi

CANSU OZTURK, Onder Ozturk

SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Chilaiditi bulgusu; kolon ya da ince bağırsağın, sağ hemidiyaframın alt yüzeyi ile karaciğerin üst yüzeyi arasına girmesi anlamına gelir. Akciğer grafisi veya batin grafisinde genellikle rastlantısal olarak bulunur. Görüntü olarak pnömoperitoneum ile karışabilir ve bu nedenle psödopnömooperitoneum olarak da adlandırılmaktadır. Chilaiditi sendromu ise bu bulguya ek olarak karın ağrısı, bulantı, kusma gibi gastrointestinal bulguların yanı sıra daha nadir olarak dispne semptomlarının eşlik ettiği durum olarak tanımlanmıştır. Olguların çoğu asemptomatik olmakla birlikte gastrointestinal ve solunumsal semptomların eşlik edebildiği bilinmektedir. Kalp yetmezliği ile Chilaiditi belirtisi birlikteliği ise iyi anlaşılmamış bir konudur. Kalp yetmezliği ile Chilaiditi bulgusu birlikteliği ile ilgili bir vaka sunmaktayız.

Olgu:

90 yaş erkek hasta, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezinden öğrenildiği üzere son bir haftadır diüretik kullanımını azaltmış ve sonrasında şikayetleri artmış. Hastanın bilinen hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği öyküsü mevcut. Fizik muayenesinde S1, S2 disritmik, pulsus defisit, apexte 2/6 sistolik üfürüm, akciğer sağ bazalde solunum sesi azalmış ve bilateral alt-orta zonlarda krepitan ral mevcut, PTÖ+/+. Batın distandü olup defans ve rebound izlenmedi. Laboratuvarında üre ve kreatinin yüksekliği ile hemoglobin düşüklüğü mevcut. EKG AF ritminde olup bakılan ekokardiyografide EF:%40, orta MY, orta-ileri TY mevcut. Hastanın acilde çekilen AC grafisinde kostofrenik sinüsler künt olmakla birlikte sağ hemidiyagrafmatic alan altında belirgin bağırsak ansı dikkati çekmektedir. Toraks BT de ise karaciğer anteriorunda bağırsak ansı varlığı mevcut olup Chilaiditi bulgusu ile uyumlu izlenmiştir. Diüretik tedavisi revize edilen hastada klinik rahatlatma sağlandı. Saturasyonları düzelen ve nefes darlığı azalan hastada dispne etyolojisi



ön planda optimal olmayan diüretik kullanımı sonrası gelişen dekompanse kalp yetmezliğini düşündürmüştür. Hastanın belirgin bir gastroistesitinal bulgusu bulunmamakta olup yalnızca batın distandü izlenmiştir. Her ne kadar bu bulgu hastanın bu başvurusunda insidental olarak görüldüyse de hastanın geriye yönelik bakılan tetkiklerinde kalp yetmezliği gelişmeden önceki görüntülemelerinde bu bulgunun olmadığı dikkati çekmiştir. Hastanın tedavisi optimize edildi ve yaşam tarzı önerileri ile diyeti düzenlendi.

Sonuç:

Chilaiditi sendromu persistan dispnenin nadir görülen bir sebebidir. Chilaiditi sendromu, kalp yetmezliği öyküsü olan ve göğüs radyografisinde tesadüfi Chilaiditi bulgusu saptanan, maksimal medikal tedavi ve optimal diüretik tedaviye rağmen persiste eden nefes darlığı şikayeti olan hastalarda olası bir tanı olarak akılda bulundurulmalıdır. Tedavisinde bazı vakalarda konservatif yaklaşım, beslenme ve yaşam şekli önerileri yeterli olmakta iken bazı vakalara cerrahi müdahale yapılması gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler:

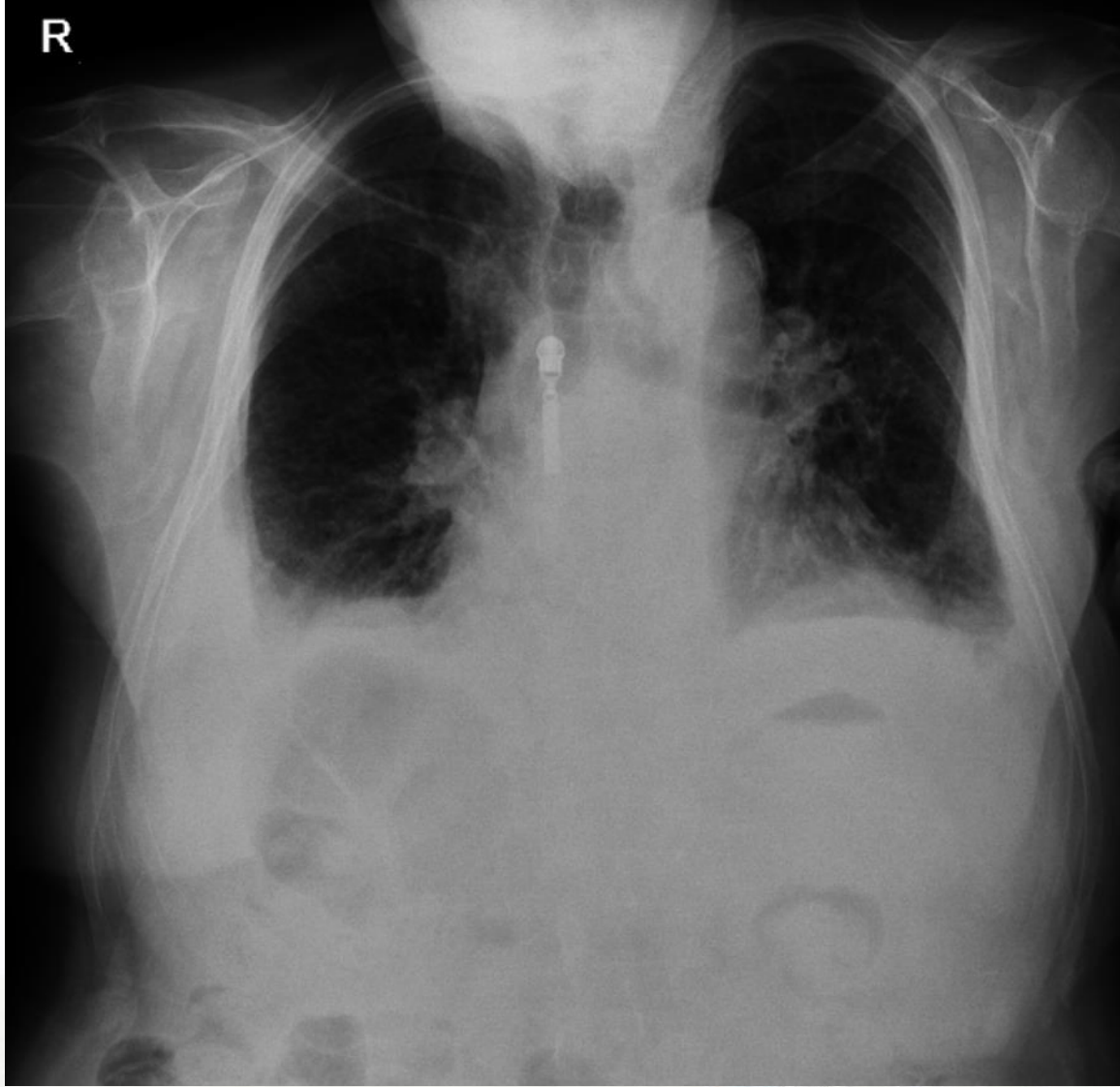
Chilaiditi bulgusu, kalp yetmezliği, dispne

BT





Paac



SS-11 CRP/albümin Oranı ile Mitral Annüler Kalsifikasyon Arasındaki İlişki

NEZAKET MERVE YAMAN AKKUS¹, Çağrı Yayla²

¹Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Hedefler; Mitral anüler kalsifikasyon (MAK) ve ateroskleroz, risk faktörleri ve patogenezi açısından benzerdir. Artmış CRP albümin oranının (CAR) aterosklerotik hastalıklarla ilişkili olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Ancak MAK ile CAR arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir veri yoktur. Bu kesitsel çalışmada, çeşitli kardiyovasküler risk faktörlerine sahip hastalarda MAK ve CAR arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Çalışma tasarımı; Haziran 2020 ile Haziran 2021 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğimize başvuran toplam 297 hasta [n=197 MAK grubu ve n=200 kontrol grubu] alındı. Tüm katılımcıların demografik, klinik ve laboratuvar parametreleri kaydedildi. CAR, tüm çalışma katılımcılarında tam kan örneklerinden ölçülmüştür.



Sonuçlar; MAK grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastalar benzer özelliklere sahipti. Ortalama CAR değeri, kontrol grubuna kıyasla MAK grubunda önemli ölçüde daha yüksekti [(0.95 (0.50-2.13) vs 0.67 (0.49-1.04), $p<0.001$)]. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde CAR değeri bağımsız olarak MAK ile ilişkiliydi.

Tartışma; Sonuçlarımız, MAK'lı hastalarda CAR'ın anlamlı olarak arttığını ve MAK varlığının bağımsız öngördürücüsü olarak bulunduğunu gösterdi. Bu nedenle, artan CAR, MAK'lı hastalarda devam eden inflamatuvar sürecin bir belirteci olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler:

CRP/albümin oranı, Mitral Annüler Kalsifikasyon, ateroskleroz

Tablo 1. Bazal karakteristik özellikler

Değişkenler	Kontrol (n=200)	MAK (n=197)	p değeri
Yaş, yıl	71.5 ± 8.5	70.8 ± 8.7	0.390
Erkek cinsiyet, n	69 (34.5)	53 (26.9)	0.104
Hipertansiyon, n (%)	129 (64.5)	113 (57.3)	0.151
Diabetes mellitus, n (%)	57 (28.5)	58 (29.4)	0.741
Sigara, n (%)	32 (16.0)	40 (20.3)	0.242
EF, %	56.2 ± 7.0	56.9 ± 5.5	0.295
Hemoglobin, g/dl	12.5 ± 1.7	12.8 ± 1.6	0.122
Glukoz, mg/dl	122.4 ± 52.2	119.7 ± 50.9	0.601
Trombosit, 10 ³ /mm ³	293 ± 101	290 ± 91	0.783
Beyaz kan hücresi, 10 ³ /mm ³	7.7 ± 2.4	7.4 ± 1.6	0.284
Albümin, mg/dl	4.4 ± 0.3	4.3 ± 3.7	0.004
Kreatinin, mg/dl	0.83 ± 0.19	0.85 ± 0.18	0.141
Total kolesterol, mg/dl	200.4 ± 40.1	208.4 ± 34.6	0.474
HDL- kolesterol, mg/dl	42.2 ± 11.5	43.2 ± 11.1	0.200
LDL- kolesterol, mg/dl	120.7 ± 25.2	123.6 ± 24.7	0.177
Trigliserit, mg/dl*	135 (95-185)	125 (91-184)	0.196
CRP	3.0 (2.1-4.8)	4.2 (2.2-9.4)	<0.001
CAR	0.67 (0.49-1.04)	0.95 (0.50-2.13)	<0.001

Tablo 2. Mitral anüler kalsifikasyon için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Odds oranı (95% CI)	P değeri
Yaş	0.990 (0.968-1.013)	0.390
Cinsiyet	0.699 (0.455-1.073)	0.102
Hipertansiyon	0.740 (0.494-1.110)	0.145
Hemoglobin	1.094 (0.976-1.227)	0.123
CAR	52.37 (7.37-372.06)	<0.001

CAR, C-reactive protein to albümin ratio.

SS-12 TG/HDL oranı ile SYNTAX Skoru Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Kadriye Gayretli Yayla¹, Çağrı Yayla²

¹Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Ankara

Hedefler; Yüksek serum trigliserit seviyeleri (TG) ve düşük seviyelerde yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-C), Metabolik Sendromun (MetS) karakteristiğidir. Ayrıca bu oranı aterosklerotik hastalık olan karotis aterosklerozunun şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. Kolayca bulunabilen bir inflamatuvar ve oksidatif stres belirteci olan bazal trigliserit/HDL (TG/HDL-C) oranının SYNTAX skoru ile ilişkili olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Çalışma tasarımı; Bu kesitsel çalışmada, koroner arter hastalığı olan n = 340 ardışık hasta, düşük SYNTAX skoru (≤ 22) ve yüksek SYNTAX skoru (≥ 23) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Sonuçlar; SYNTAX skoru yüksek olan hastalarda TG/HDL-C oranı anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Çok değişkenli regresyon analizinde sigara ve TG/HDL-C yüksek SYNTAX puanının bağımsız öngörücüsü olarak kaldı ($p < 0.05$). Tartışma. Bu çalışma, TG/HDL-C bağımsız olarak koroner ateroskleroz yükü ile ilişkili olduğunu öne sürüyor. Bu nedenle, koroner arter hastalarında devam eden inflamatuvar sürecin bir belirteci olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler:

trigliserit; hdl, syntax, crp

3. ENDOKRİN KARDİOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LIMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.

Tablo 1. Bazal karakteristik özellikler

Değişkenler	Düşük SYNTAX (n=260)	Yüksek SYNTAX (n=80)	p değeri
Yaş, yıl	66.7 ± 10.3	64.9 ± 9.6	0.187
Erkek cinsiyet, n	56 (21.5)	22 (27.5)	0.104
Hipertansiyon, n (%)	157 (60.3)	46 (57.5)	0.894
Diabetes mellitus, n (%)	93 (35.7)	29 (36.2)	0.892
Sigara, n (%)	42 (16.1)	20 (25.0)	0.065
EF, %	53.6 ± 6.0	55.1 ± 5.7	0.177
Hemoglobin, g/dl	14.3 ± 1.4	14.1 ± 1.4	0.163
Glukoz, mg/dl	128.4 ± 71.2	124.7 ± 56.9	0.666
Trombosit, 10 ³ /mm ³	232 ± 61	237 ± 48	0.383
Beyaz kan hücresi, 10 ³ /mm ³	8.2 ± 2.0	8.6 ± 1.4	0.080
Kreatinin, mg/dl	0.93 ± 0.27	0.88 ± 0.23	0.141
Total kolesterol, mg/dl	154.4 ± 74.1	178.4 ± 55.6	0.010
HDL- kolesterol, mg/dl	35.2 ± 6.5	36.2 ± 7.1	0.805
LDL- kolesterol, mg/dl	94.5 ± 25.2	101.6 ± 24.7	0.177
Trigliserit, mg/dl	126 (89-184)	147 (119-216)	<0.001
TG/HDL	3.4 (2.3-5.4)	4.5 (3.3-5.9)	0.039
SYNTAX Skoru	10.4 ± 4.3	25.1 ± 2.5	<0.001

Tablo 2. SYNTAX skoru ciddiyeti için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Univariate OR (95% CI)	p	Multivariate OR (95% CI)	p
Cinsiyet	1.400 (0.794-2.468)	0.245	-	-
Sigara	0.690 (0.528-0.901)	0.006	1.820 (1.190-3.344)	0.044
Beyaz kan hücresi	1.002 (1.000-1.005)	0.047	1.066 (0.989-1.149)	0.093
TG/HDL	1.063 (1.013-1.162)	0.022	1.070 (1.021-1.155)	0.045

**SS-13 Acilden Ciddi Hiponatremi ile Yatan Hastada Saptanan Akciğer Kanseri Olgusu**

Sevilay Sureyya Ermis, Zeynep Irmak Kaya
Eskişehir Şehir Hastanesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş:

Hiponatremi, klinikte veya acil serviste en sık gördüğümüz elektrolit bozukluğudur. Olguların çoğunluğu asemptomatiktir. Bulantı, kusma, baş ağrısı yapabileceği gibi beyin ödemi gibi ciddi sorunlara da yol açabilir. Santral sinir sistemi hastalıkları, tümörler, akciğer patolojileri ve çeşitli ilaçlar uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (SIADH)'na neden olarak hiponatremi yapabilirler. Biz de bulantı, kusma şikayeti ile acil servise gelen, ciddi hiponatremisi incelenirken akciğer kanseri tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu:

63 yaşında erkek hasta bulantı, kusma ile acile geldiğinde sodyum (Na) değeri 103 mmol/L değeri ile acil dahiliye servisine yatırıldı. Özgeçmişinde hepatit B taşıyıcılığı öyküsü vardı. Fizik muayenede TA:110/70 mmHg, Nabız: 78/dk, ateş: 36,5°C idi. Sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde Glukoz 103 mg/dL, BUN 7.4 mg/dL, kreatinin 0,64 mg/dL, ALT 29 U/L, AST 43 U/L, Na 103 mmol/L, K 4,8 mmol/L, Ca 8,9 mg/dL, idrar Na 98 mmol/L, idrar osmolalitesi 278 mmol/L, ve serum osmolaritesi 238 mosm/lt idi. Muayenede övolemik olan hastaya SIADH tanısı konuldu. Ciddi hiponatremisi nedeniyle hipertonic serum fizyolojik başlandı. Tam cevap alınamayınca tolvaptan tablet başlandı. Diğer tetkiklerinden Ca¹⁹⁻⁹ yüksek saptandı. HBV-DNA 17 IU/mL (referans 4.5) pozitif idi. Alfa-feto protein (AFP) normal geldi. Hepatobilier USG'de Karaciğer sağ lob orta kesimde 24 mm çaplı düzgün sınırlı heterojen hipoekoik sayılamayacak kadar çok sayıda nodüler lezyon izlendi (met?). Hastaya çekilen kontrastlı akciğer tomografisinde sol akciğer üst lob bronş komşuluğunda lobüle konturlu 49x36 mm nodüler solid lezyon izlendi. PET-CT'de sol akciğer santralinde lezyon, yakın komşulukta invaziv lenf nodu ve satellit nodüler yapılanmaları temsil edebileceği düşünülen gross hipermetabolik alan saptandı. Hastaya Endobronşial Ultrasonografi ile alınan biyopsi sonucunda akciğerin küçük hücreli kanseri tanısı konuldu. Takiplerinde serum sodyum değeri 132 mmol/L düzeylerine yükseldi. Kemoterapi tedavisi başlanması için Tıbbi Onkoloji servisine devir edildi.

Tartışma:

Hiponatremi acil servise başvurularda giderek artan sıklıkta görülen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ciddi klinik bir durumdur. Övolemik hiponatreminin en önemli nedeni ise uygunsuz ADH sendromudur. Kanser hastalarında SIADH hiponatreminin sık sebebidir. Kanser kendisi yanında tedavisine bağlı olarak da hiponatremi gelişebileceği unutulmamalıdır. Ciddi derecede hiponatremi ile gelen hastada gelişinde kanser belirtisi olmasa bile ayırıcı tanıda akciğer kanserleri aklımıza gelmelidir.

Anahtar Kelimeler:

Akciğer Küçük Hücreli Kanseri, Ciddi Hiponatremi, Uygunsuz ADH Sendromu

SS-14 The Relationship Between the MAGGIC Score and Cardiorenal Syndrome in Patients with Acute Decompensated Heart Failure with Reduced Ejection Fraction

Ömer Doğan¹, Hasan Ali Barman²

¹T.C Sağlık Bakanlığı İstinye Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Background and Aim:

The Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) is a scoring system that is easy to use in outpatient clinics or at the bedside and was developed to predict the survival of heart-failure patients after



hospitalization. This study aims to evaluate the relationship between the MAGGIC score and cardiorenal syndrome (CRS) in patients with acute decompensated heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF).

Methods:

For this retrospective, single-center study, 706 patients included with New York Heart Association (NYHA) II–IV who were hospitalized and discharged due to acute decompensated heart failure between 2016 and 2021. CRS type 1 is defined as an acute worsening of cardiac function leading to renal dysfunction. Patients were divided into two groups: those with CRS and those without. The MAGGIC score of all patients was determined. The primary outcome of this study was the occurrence of CRS.

Results:

CRS developed in 132 patients. MAGGIC scores were observed to be higher in CRS (+) patients compared to CRS (-) patients (30.70 ± 8.09 vs. 23.96 ± 5.59 , $p < 0.001$). After a multivariable analysis, MAGGIC score (OR:3.92, $p < 0.001$), sodium (OR:0.92, $p=0.003$), NT pro-BNP (OR:1.78, $p=0.009$), hs troponin (OR:1.28, $p=0.044$), MRA (OR:0.61, $p=0.019$) and furosemide dose (OR:1.03, $p=0.001$) were found to be independent predictors of CRS development. The MAGGIC score was associated with CRS development (AUC = 0.778).

Conclusions:

The MAGGIC score can be associated with CRS in HFrEF patients.

Anahtar Kelimeler:

MAGGIC risk score, heart failure, cardiorenal syndrome

Figure 1;

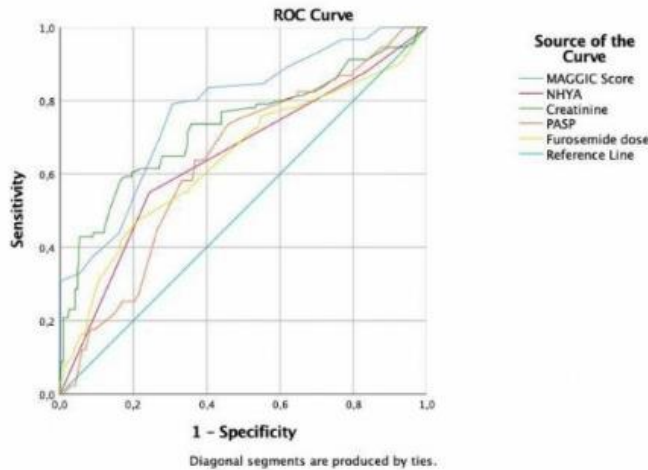


Figure 1. The ROC curves for MAGGIC scores, NYHA Class, Creatinine, PASP and furosemide dose.



Figure 2;

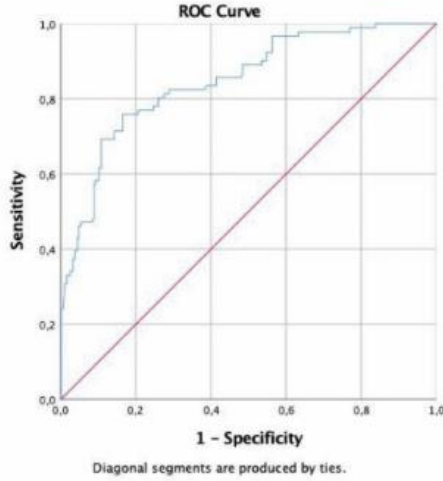


Figure 2. ROC analysis with a single model created with all of the combine data (MAGGIC score, NYHA, creatinine, PASP, furosemide dose)

Table 1

Table 2. Univariate and multivariate logistic regression analyzes to identify independent predictors of CRS development in HFrEF patients.

Variable	Univariate			Multivariate		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
MAGGIC score	2.23	1.68-3.79	<0.001	2.75	1.73-4.04	<0.001
NYHA Class	2.45	1.82-3.29	<0.001	1.76	1.02-3.03	0.040
LVEF	0.36	0.21-0.52	<0.001	0.03	0.01-3.10	0.140
SBP (mmHg)	0.98	0.97-0.98	0.001	0.99	0.97-1.01	0.270
Hemoglobin	0.80	0.73-0.88	<0.001	0.97	0.83-1.12	0.680
HT	0.72	0.49-1.05	0.090			
DM	1.67	1.14-2.44	0.008	0.55	0.28-1.08	0.080
Creatinine	1.66	1.19-2.56	<0.001	1.75	1.15-3.31	<0.001
Sodium	0.87	0.84-0.90	<0.001	0.86	0.81-0.91	<0.001
CRP	1.03	1.01-1.05	0.010	1.00	0.99-1.02	0.960
Albumin	0.66	0.49-0.89	0.008	0.68	0.39-1.21	0.192
PASB (mmHg)	1.02	1.01-1.04	0.001	1.04	1.01-1.06	0.002
Furosemide dose	1.03	1.02-1.05	<0.001	1.03	1.01-1.05	0.005
ACEi /ARB	0.34	0.23-0.50	<0.001	0.46	0.29-0.58	0.020
Statin	0.61	0.41-0.89	0.012	0.75	0.36-1.58	0.450

Abbreviations: CRS, Cardiorenal syndrome; NYHA, New York Heart Association; LVEF, Left ventricular ejection fraction; SBP, Systolic blood pressure; HT, Hypertension; DM, Diabetes mellitus; CRP, C-reactive protein; PASP, Pulmonary artery systolic pressure; ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin-receptor blockers.

**SS-15 Yatırılarak tedavi edilen kalp yetersizliği hastalarında depresyon sıklığı ve depresyon ile ilişkili parametreler**Onur Argan

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

Amaç:

Kalp yetersizliği (KY) olan hastalarda depresyon bozukluğu yaygındır. Depresyon ve KY benzer risk faktörlerini paylaşmasına rağmen aralarındaki ilişki halen tam olarak anlaşılamamıştır. Depresyon, kalp yetersizliği hastalarında tedaviye uyumun azalması, hastaneye yatışların artması ve mortalitede artış ile ilişkilidir. Ancak KY hastalarında depresyon yeterince teşhis ve tedavi edilmemektedir. Çalışmamızda hastaneye yatırılarak tedavi edilen kalp yetersizliği hastalarında depresyon oranlarına dikkat çekmek ve depresyon ile kalp yetersizliği parametreleri arasındaki ilişkiyi saptamayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Hastaneye yatırılarak tedavi edilen 143 kalp yetersizliği hastası çalışmaya dahil edildi. PHQ-9 (Hasta Sağlık Anketi-9) ölçeği depresyon taraması için kullanıldı. 5 ve üzerinde puan alan hastalar depresyon yönünden anlamlı kabul edildi. BULGULAR: 143 kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatırılarak tedavi edilen hastanın 78'inde (55%) depresyon saptandı. Diyabeti olan hastalarda (51.3%'e karşı 29.2%, $p=0.006$), NYHA sınıfı yüksek olan hastalarda (3.1 ± 0.73 ' e karşı 2.7 ± 0.83 , $p=0.003$), B-bloker kullanan hastalarda (89.7%'e karşı 73.8%, $p=0.011$), eGFR değeri daha düşük saptanan hastalarda (64 ± 40 ml/min'a karşı 81 ± 44 ml/min) ve BNP değerleri daha yüksek olan hastalarda [$6635(2018-15000)$ 'e karşı $3340(1568-10350)$] depresyon oranları daha yüksek saptandı.

Sonuç:

Çalışmamızda hastaneye yatırılarak tedavi edilen kalp yetersizliği hastalarında depresyon oranları 55% olarak saptandı. Diyabeti ve böbrek fonksiyonları bozukluğu olan hastalarda, NYHA sınıfı ve BNP değerleri daha yüksek saptanan hastalarda ve B-Bloker kullanan hastalarda depresyon oranları daha yüksek saptandı. Bu hasta grubunda depresyonla sık karşılaşıldığının akılda tutulması tanı ve tedaviye katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler:

Depresyon, Kalp yetersizliği, Prevalans

Grupların Karakteristik ve Ekokardiyografik Parametreleri:

	Depresyonu Olan Kalp Yetersizliği Hastaları (n=78)	Depresyonu Olmayan Kalp Yetersizliği Hastaları (n=65)	P
Yaş (yıl)	69.5±12.6	69.7±11.1	0.924
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	48/30 (61.5%-38.5%)	41/24(63.1%-36.9%)	0.494
Vücut Kitle İndeksi (kg/m2)	28.3±5.8	30.3±7	0.087
Hipertansiyon	74 (94.9%)	56 (86.2%)	0.065
Diabetes mellitus	40 (51.3%)	19 (29.2%)	0.006
Koroner arter hastalığı	39 (50%)	29 (44.6%)	0.318
Atrial Fibrilasyon	22 (28.2%)	20 (31.3%)	0.493
NYHA sınıfı	3.1±0.73	2.7±0.83	0.003

**3. ENDOKRİN KARDİYOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ****30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024**
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.

Kalp Hızı (vuru/dk)	79±9	81±9	0.671
PHQ-9 (Hasta sağlık anketi) puanı	9.1±5.7	2.4±1.4	<0.001
Depresyon Derecesi Normal (0-4 puan)	0 (0%)	65 (100%)	<0.001
Depresyon Derecesi Hafif (5-9 puan)	57 (39.8%)	0 (0%)	<0.001
Depresyon Derecesi Orta (10-14 puan)	7 (4.9%)	0 (0%)	<0.001
Depresyon Derecesi Orta-ileri (15-19 puan)	9 (6.3%)	0 (0%)	<0.001
Depresyon Derecesi İleri (20-27 puan)	5 (3.5%)	0 (0%)	<0.001
Ejeksiyon Fraksiyonu (%)	32 ±19.2	29.2± 16.4	0.472
Sol ventrikül diastol sonu çapı (cm)	5.4 ±1.8	5.6±1.3	0.503
Sol ventrikül sistol sonu çapı (cm)	3.8 ± 1.6	4.1±1.1	0.328
Pulmoner arter basıncı (mmHg)	57 ±14	54 ± 16	0.521
Asendan aorta çapı (cm)	3.45 ± 0.5	3.48 ± 0.6	0.836

Grupların ilaç kullanımları ve hematolojik/biyokimyasal parametreleri:

	Depresyonu Olan Kalp Yetersizliği Hastaları (n=78)	Depresyonu Olmayan Kalp Yetersizliği Hastaları (n=65)	P
ACE-I/ARB	19(62.8%)	45(69.2%)	0.266
Beta-bloker	70(89.7%)	48(73.8%)	0.011
Tiazid diüretik	22(28.2%)	14(21.5%)	0.236
Asetilsalisilik asit	41(52.6%)	39 (60%)	0.235
Antikoagülan	21(28.8%)	22(33.8%)	0.163
Statin	38(48.7%)	24(36.9%)	0.106
Kalsiyum Kanal Blokeri	8(10.3%)	5(7.7%)	0.409
Spironolakton	25(32.1%)	28(43.1%)	0.118
Klopidogrel	19(24.4%)	12 (18.5%)	0.259
CRP (mg/dl)	4.4 ±18.8	3±5.3	0.466
Glukoz (mg/dl)	134±57	119±44	0.017



HbA1c	6.9±1.3	6.2±1.5	0.02
Hemoglobin (g/dl)	11.9±2.2	11.9±2	0.848
Hematokrit (%)	36±6	36.2±6.3	0.835
Platelet (x1000/uL)	232±110	244±84	0.480
WBC (x1000/mm3)	9.4±9	10.2±8.9	0.580
eGFR (ml/min)	64±40	81±44	0.038
Kreatinin (mg/dl)	1.96±1.82	1.32±0.97	0.017
Üre (mg/dl)	76±41	68±37	0.234
AST (U/L)	21(15-33)	22(15-33)	0.703
ALT (U/L)	33±47	32±45	0.932
Total Kolesterol (mg/dL)	139±29	157±44	0.128
Trigliserid (mg/dL)	108±40	120±51	0.236
LDL (mg/dL)	91±26	95±30	0.594
HDL (mg/dL)	38±15	41±13	0.449
TSH (mIU/L)	2.4±2.3	2.3±2.2	0.849
BNP (ng/L)	6635(2018-15000)	3340(1568-10350)	0.006
Albumin (g/dL)	3.2±0.9	3.4±0.6	0.124
Ürik asit (mg/dL)	7.1±3	6.4±2.4	0.154

SS-16 Galectin-3 as a Biomarker to Predict Cardiorenal Syndrome in Patients with Acute Heart Failure

Ömer Doğan¹, Serhan Ozyildirim²

¹T.C Sağlık Bakanlığı İstinye Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Background:

Galectin-3 is involved in cardiac tissue inflammation as an inflammatory mediator. The development of cardiorenal syndrome (CRS) in heart failure (HF) patients is associated with a poor prognosis. This study aims to investigate whether serum galectin-3 levels can be used as a biomarker to predict the CRS in HF patients with reduced left ventricular ejection fraction (LVEF).

Methods:

166 symptomatic HF patients (NYHA class II-III) with reduced LVEF ($\leq 40\%$) were recruited prospectively between February 2018 and December 2019. CRS type 1 is defined as an acute worsening of cardiac function leading to renal dysfunction. Patients were divided into two groups with and without CRS. Galectin-3 levels of all patients were determined. The primary outcome of this study was the occurrence of CRS.

Results:

CRS developed in 41 patients. The galectin-3 levels were higher in CRS (+) patients compared to CRS (-) patients (20.7 ± 2.9 ng/mL vs. 17.8 ± 3.1 ng/mL, $p < 0.001$). After a multivariable analysis, galectin-3 level (OR:2.91, $p = 0.003$), NYHA



class (OR:2.05, $p = 0.006$), creatinine (OR:3.00, $p = 0.012$), furosemide dose (OR:1.00, $p = 0.045$), ACEI /ARB use (OR:0.46, $p = 0.022$) were determined as the independent predictors of CRS development. The galectin-3 levels was shown to predict CRS development (AUC=0.761, $p < 0.001$).

Conclusion:

Increasing serum Galectin-3 levels were associated with CRS development in patients with HF, suggesting that these levels can be useful prognostic biomarkers.

Anahtar Kelimeler:

cardiorenal syndrome, galectin-3, heart failure

Figure 1 ;

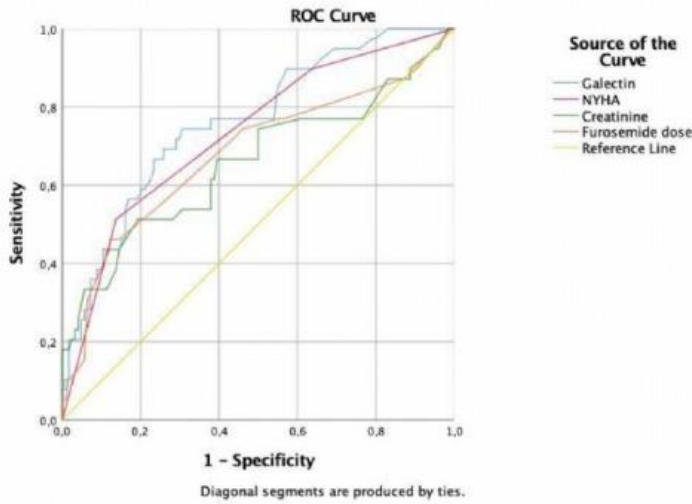


Figure 1. The ROC curves for Galectin-3 levels, NYHA Class, Creatinine and furosemide dose.

3. ENDOKRİN KARDİOVASKÜLER RENAL HASTALIKLAR VE AÇİLLER KONGRESİ

30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.

Table 1;
Tablo 1. Baseline characteristics and outcomes of the CRS (+) and CRS (-) patients in study group.

	CRS (+) (n=41)	CRS (-) (n=125)	P
Age (years)	62.7 ± 11.0	64.2 ± 12.5	0.479
Female, n(%)	8 (19.5)	41 (32.8)	0.106
Systolic blood pressure (mmHg)	108 ± 20.1	124.6 ± 21.3	<0.001
BMI (kg/m ²)	29.9 ± 7.9	28.3 ± 4.5	0.111
NYHA Class	3.4 ± 0.6	2.8 ± 0.6	< 0.001
Smoker	17 (41.5)	57(45.6)	0.644
Medical History, n (%)			
Hypertension	20 (48.8)	79 (63.2)	0.102
Diabetes mellitus	24 (58.5)	46 (36.8)	0.014
Hyperlipidemia	2 (4.9)	8 (6.4)	0.722
Ischaemic heart disease	23 (56.1)	77 (61.6)	0.532
COPD	4 (9.8)	14 (11.2)	0.796
Cerebrovascular disease	4 (9.8)	11 (8.8)	0.853
Laboratory Findings			
Galectin-3 (ng/mL)	20.7 ± 2.9	17.8 ± 3.1	< 0.001
Creatinine (mg/dl)	1.50 (1.11-2.13)	1.15 (0.94-1.37)	0.001
Haemoglobin (g/dl)	11.4 ± 1.6	12.6 ± 2.6	0.009
Sodium (mmol/l)	135.1 ± 4.8	136.4 ± 4.9	0.171
Potassium (mmol/l)	4.4 ± 0.8	4.3 ± 0.7	0.494
Glucose (mg/dl)	139.7 ± 57.4	140.2 ± 74.9	0.972
Albumin (g/dl)	3.5 ± 0.56	3.6 ± 0.6	0.528
CRP (mg/l)	19 (4.65-49.50)	12 (4.77-27.45)	0.077
hsTroponine (ng/L)	62 (18.5-105)	12 (6.2-27.6)	<0.001
proBNP (pg/dl)	3865 (1834-10045)	826 (521-933)	<0.001
Echocardiographic findings			
Ejection fraction (%)	23.3 ± 6.1	27.4 ± 6.0	< 0.001
Left atrial diameter (mm)	47.4 ± 8.2	44.7 ± 7.9	0.010
PASP (mmHg)	49.7 ± 14.7	44.2 ± 13.9	0.077
Mitral regurgitation degree	2.3 ± 1	1.86 ± 1	0.025
Treatment			
Beta-blocker, n(%)	31 (75.6)	95 (76)	0.960
ACE-i/ARB, n(%)	22 (57.3)	98 (78.4)	0.002
Anti-arrhythmic drug, n(%)	20(4.8)	44(35.2)	0.121
Digoxin, n(%)	5 (12.2)	29 (23.2)	0.130
Statin, n(%)	12 (29.3)	53 (42.4)	0.135
Acetylsalicylic acid, n(%)	31(75.6)	80(64)	0.171
Oral anticoagulant, n(%)	16 (39)	43 (34.4)	0.591
Furosemide dose (mg/day)	300 (180-400)	180 (120-300)	0.001

Abbreviations: CRS, Cardiorenal syndrome; BMI, Body mass index; NYHA, New York Heart Association; COPD: Chronic obstructive pulmonary disease; CRP, C-reactive protein; proBNP, pro-brain natural peptide; PASP, Pulmonary artery systolic pressure; ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin-receptor blockers

Table 2;
Tablo 2. Univariate and multivariate logistic regression analyzes to identify independent predictors of CRS development in HFREF patients.

Variable	Univariate			Multivariate		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Galectin-3 levels	3.31	2.01-5.82	<0.001	2.91	1.70-5.02	0.003
NYHA Class	3.81	2.11-6.87	<0.001	2.05	1.36-3.74	0.006
Gender (Female)	2.01	0.85-4.75	0.110			
LVEF	0.90	0.84-0.96	0.001	0.92	0.85-1.00	0.052
Hemoglobin	0.79	0.66-0.94	0.008	0.83	0.62-1.09	0.182
HT	1.80	0.89-3.68	0.105			
Hs Troponine	1.00	0.99-1.00	0.700			
proBNP	1.05	0.45-4.07	0.970			
DM	0.41	0.20-0.85	0.016	0.78	0.25-2.40	0.663
Creatinine	3.60	1.90-6.83	<0.001	3.00	1.35-7.04	0.012
CRP	1.01	1.00-1.02	0.010	1.00	0.99-1.01	0.662
Furosemide dose	1.01	1.00-1.01	<0.001	1.00	1.00-1.01	0.045
ACEI /ARB	0.32	0.15-0.67	0.003	0.46	0.22-0.71	0.022

Abbreviations: CRS, Cardiorenal syndrome; NYHA, New York Heart Association; LVEF, Left ventricular ejection fraction; HT, Hypertension; DM, Diabetes mellitus; CRP, C-reactive protein; proBNP, pro-brain natural peptide; ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin-receptor blockers.



SS-17 Thermal camera in exercise stress testing

Şahbender Koç

Ankara Atatürk Sanatoryum EAH

Background:

Sympathetic nerve dysfunction is involved in the development of different cardiovascular diseases. Sympathetic stimulation takes place during exercise. The cardiac stellate ganglion's visceral cardiac plexus is linked to the somatic sympathetic fibers of the arm, forearm, and hand (C7, C8, and T1). Monitoring sympathetic nerve activity can be accomplished with a thermal camera, which detects changes in skin temperature.

Material and Methods:

Two hundred and four patients without known cardiac risk factors were included in the study. The participants' core body temperature was within the normal range. Patients were divided into two groups: group 1 (n=102, 43 (40–47) years, M/F: 48/54 with a forearm or/and hand thermal temperature difference of more than 1°C and group 2 (n=102, 43 (40–47) years, M/F: 51/51) with less than 1°C different. Exercise stress test parameters were compared.

Results:

In the group with a temperature difference of 1.6 (1.3–2.4)Δ°C more, compared to the group with a temperature difference of 0.5 (0.3–0.6)Δ°C less; initial heart rate, maximum heart rate reached, blood pressure values and change, Rate Pressure Product (mmHg/min/1000), ST change amount were found to be statistically significantly higher. Exercise capacity (METs), distance walked (m), heart rate reduction (beat/min), Duke score, and maximal oxygen consumption (VO₂max) (ml/kg/min) were found to be statistically significantly lower. No change was detected in exercise time (min).

Conclusions:

Especially in women, those with a temperature difference of more than 1 °C on the forearm and/or hand were found to be people whose sympathetic activities were more activated and who got tired easily. Since sympathetic nervous system dysfunction is a risk factor for vascular disease, close follow-up of this group is recommended.

Anahtar Kelimeler:

Thermal camera, Exercise stress testing, Duke score

Figure 1. Example Of Thermal Camera Imaging

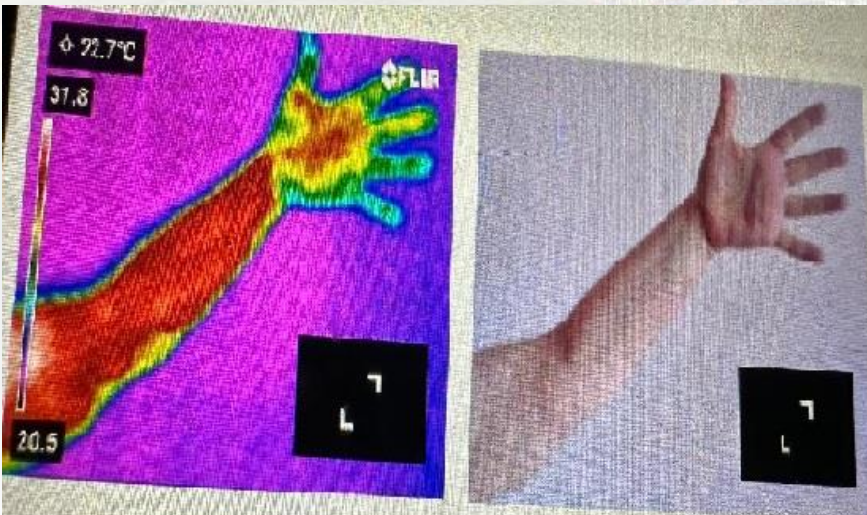




Table2.Comparison of heart rate, blood pressure, and exercise stress testing parameters of the thermal and control groups according to gender.

Heart rate-blood pressure parameters	Thermal group (n:102)	Control group (n:102)	P
HR1 (beat/min)	90(80-98)	83(76-92)	0.003*
SBP1 (mmHg)	125(119-130)	120(115-129)	0.01
SBPmax	157(145-165)	148(142-157)	0.000
Δ SBP	32±11	27±14	0.012†
DBP1(mmHg)	80(74-82)	75(70-82)	0.000
DBP max	81(76-88)	76(68-79)	0,000
Δ DBP	2(-1-6)	-1(-3-4)	0.001
EST parameters			
Exercise capacity(METs)	11.2(11.2-14.5)	14.5(11.2-14.5)	0.007
Exercise time(min)	9.4(8.4-10.2)	9.6(8-10.2)	0.535
Mr.Heart rate(beat/min)	140(130-148)	133(126-142)	0.003
Distance walked(m)	688(548-766)	757(639-884)	0.001
VO2max (ml/kg/min)	23(23-24)	24(23-25)	0.001
RPP (mmHg/min/1000)	21942(20015-23692)	20010(18641-21450)	0.000
HRR (beat/min)	23(19.7-27)	31(26-34)	0.000
ST change(mm)	0,6(0.4-0.8)	0,3(0.2-0.4)	0.000
Duke score	5.9(4.9-7.4)	8.1(6.5-8.8)	0.000
Temp.change	1.6(1.3-2.4)	0.5(0.3-0.6)	0.000

Table1.Comparison of baseline characteristics in thermal and control groups.

Variables	Thermal group (n:102)*	Control group (n:102)	p
Age(years) median(IQR)	43(40-47)	43(40-47)	1*
Female /Male (n,%)	54/48(%52-47)	51/51(%50-50)	0.77‡
BMI(kg/m2)	28(26-30)	27.5(25.8-29.6)	0.822*
Glucose (mg/dl)	92(77-98)	88(86-96)	0,109
Creatinine (gm/dl)	0.9(0.8-1.1)	0.9(0.8-1)	0.332
Hemoglobin(gm/dl)	14(13-15)	14(13-15)	0,139
Crp (mg/L)	3(2-4)	3(2-3.5)	0.174
Ferritin (ng/ml)	63(58-68)	62(57-65)	0,323



Leukocytes(μ L)	6.6(5-7.3)	6.1(5.7-6.7)	0.089
BMI:Body mass index	IOR:Interquartile range	*Mann Whitney U test,	‡Chi-square test

SS-18 Perkutan Koroner Girişim Yapılan Akut Koroner Sendrom'lu Hastalarda Kontrasta Bağlı Nefropati ile Zwolle Risk Skoru İlişkisi

Onur Akgün, Murat Akdoğan
Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş:

Akut koroner sendromda (AKS) altın standart tedavi, perkütan koroner girişimdir (PKG). Kontrasta bağlı akut böbrek hasarı (CIN) iyotlu kontrast maddelere maruz kalındıktan sonra ortaya çıkar. Genellikle geri dönüşümlüdür ancak bazen kalıcı böbrek yetmezliğine neden olabilir. CIN, kısa ve uzun vadeli morbidite/mortalitenin yanı sıra daha uzun hastane yatışları ve yüksek hastane maliyetleri ile ilişkili olması nedeniyle invaziv kardiyak prosedürler için önemli bir sorundur. Zwolle primer PKG indeksi, primer PKG uygulanan düşük riskli hastaları belirlemek için kullanılan bir risk skorudur. Biz çalışmamızda AKS'lu hastalarda, Zwolle risk skorunun CIN ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Metod:

Kasım 2022 ile Haziran 2023 tarihleri arasında hastanemize AKS tanısıyla başvuran ve acil kardiyak kateterizasyon uygulanan toplam 550 hasta retroprospektif olarak bu çalışmaya dâhil edildi. Hastalar, CIN gelişen ve gelişmeyen olarak 2 gruba ayrıldı. Hastalardan Zwolle risk skoru online calculator kullanılarak hesaplandı. Ayrıca, kronik böbrek hastalığı [glomerüler filtra- tiyon hızı (GFR) <30 ml/dak/1,73 m²] olanlar ve/veya diyaliz hastaları, daha önce KABG ameliyatı geçirenler, hastaneye yatıştan sonraki 48 saat içinde ölenler ve ilk PKG'den önceki 7 gün içinde kontrast maddeye maruz kalanlar analizden çıkarılmıştır.

Sonuçlar:

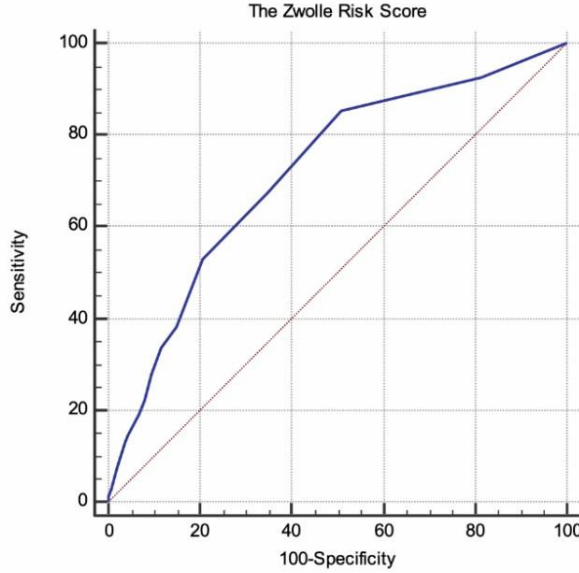
Çalışmaya başlangıçta 550 hasta alındı, dışlama kriterleri sonrası çalışmada 503 hasta kaldı. Toplam 435 (86.5%) hastada CIN gelişmemişken, 68 (13.5%) hastada CIN gelişmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı 56.3 ($\pm$ 12.3)'tü. CIN gelişenlerde 63.1 ($\pm$ 13.9), gelişmeyenlerde ise 55.3 ($\pm$ 11.7)'tü p<.001. Kadınların ortalama yaşı 64.6 ($\pm$ 12.7), erkeklerin ortalama yaşı 54.6 ($\pm$ 11.5) idi p<.001. ROC eğrisi analizinde, CIN gelişiminde, Zwolle skorları için yüksek eğri altı alanlar (AUC 0.717) belirlendi, p<.001 idi. Zwolle skoru >2, CIN'i %85.3 duyarlılık ve %49 özgüllük ile öngörmüştür.

Tartışma:

Zwolle skoru, primer PKG uygulanan AKS'lu hastalarda CIN öngörmektedir. Bu basit skor, kateterizasyon laboratuvarında CIN gelişimi açısından risk sınıflandırması için kullanılabilir. Bu, hastalara PKG öncesi ve sonrası CIN önlemede uygun tedavi ve yönetiminin seçiminde yol gösterebilir.

Anahtar Kelimeler:

Akut koroner sendrom, CIN, Zwolle



Roc Analysis of The Zwolle Test Score for Contrast Induced Nephropathy Outcome

The Zwolle Test Score	Area Under Curve	CI of Area Under Curve	p value	Sensitivity (%)	CI of Sensitivity (%)	Specificity (%)	CI of Specificity (%)
>1	0.717	0.676-0.756	<.001	92.7	83.7-97.6	18.62	15.1-22.6
>2				85.3	74.6-92.7	49.2	44.4-54.0
>3				67.7	55.2-78.5	65.1	60.4-69.5

CI: Confidence Interval

SS-19 Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanlarının Nöbet Öncesi ve Sonrası Frontal QRS-T Açılarının Karşılaştırılması

Sabri Abuş

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Adıyaman

Amaç:

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) çalışanlarının nöbet usulü çalışmaları uyku düzenlerini ve uyku hijyenlerini bozarak iş dışında da uykuya dalma veya sürdürme güçlüğü gibi sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Uyku eksikliğinin kardiyovasküler ve metabolik hastalık hastalık riskini artırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (1). Frontal QRS-T açısı (fQRS-T) elektrokardiyogramda (EKG) QRS ve T aksları arasındaki açısal farkın hesaplanmasıyla ölçülür ve bu değer artmasının kardiyovasküler hastalık riskindeki artışı gösterdiği bildirilmektedir (2). Bu çalışmada YBÜ çalışanlarının nöbet öncesi ve uykusuz geçen bir nöbet sonrası EKG verileri karşılaştırılarak EKG değişikliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem-Gereçler:

20 kadın ve 14 erkek YBÜ personeli çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların metabolik veya kardiyak hastalığı olmamasına dikkat edildi. EKG’de kalp hızı, QRS, QT, düzeltilmiş QT (QTd), fQRS-T ölçüldü.

Bulgular:

Katılımcıların yaş ortalaması 30,12±5,41’di. Nöbet öncesi ve sonrası EKG karşılaştırılmasında QRS, QT, QTd arasında anlamlı fark yoktu. Nöbet öncesi kalp hızı 74,94±14,33 iken nöbet sonrası 82,44±13.16 olarak bulundu. Nöbet öncesi



fQRS-T açısı $31,71 \pm 15,40$ iken nöbet sonrası $34,50 \pm 15,48$ bulundu. Nöbet sonrası kalp hızı ($p=0,038$) ve fQRS-T ($p=0,001$) öncesine göre anlamlı olarak artmıştı.

Sonuçlar:

Uyku düzensizliği, vücutta artan inflamasyona neden olabilir. Kronik inflamasyon, damar duvarlarında hasara neden olarak aterosklerozis gelişimine neden olabilir (3). Uykusuzluk, stres düzeylerini artırabilir ve ruhsal sağlığı olumsuz etkileyebilir (4). Bu faktörler de kardiyovasküler sağlığı etkileyen önemli unsurlardır. Ayrıca uyku eksikliği otonomik instabiliteye neden olarak kalp hızı değişkenliğini bozarak kardiyovasküler hastalık riskini artırabilir (5). YBÜ çalışanları genellikle uzun ve düzensiz çalışma saatlerine maruz kalabilir. Bu durum, uyku düzenini bozabilir ve uzun vadede kardiyovasküler sağlık üzerinde etkili olabilir. YBÜ çalışanları, sık sık hayati tehlike içeren durumlarla karşılaşabilir. Bu durumlar, duygusal yükü artırabilir ve sürekli stres altında çalışmak, kardiyovasküler sağlığı olumsuz etkileyebilir.

Kaynaklar:

1. Wolk R, Gami AS, Garcia-Touchard A, Somers VK. Sleep and cardiovascular disease. Curr Probl Cardiol 2005;30:625–62.
2. Oehler A, Feldman T, Henrikson CA, Tereshchenko LG. QRS-T angle: a review. Ann Noninvasive Electrocardiol 2014;19:534-42.
3. Wang L, Zhang S, Yu M, Yuan J. Association between insomnia and subclinical atherosclerosis among Chinese steelworkers: a cross-sectional survey. Arch Pub Health 2022;80:1-8.
4. Palagini L, Moretto U, Dell'Ossio L, Carney C. Sleep-related cognitive processes, arousal, and emotion dysregulation in insomnia disorder: the role of insomnia-specific rumination. Sleep Med 2017;30:97-104.
5. Grimaldi D, Goldstein MR, Carter JR. Insomnia and cardiovascular autonomic control. Auton Neurosci 2019;220:102551.

Anahtar Kelimeler:

Yoğun bakım ünitesi, uykusuzluk, kardiyovasküler hastalık, elektrokardiyogram

SS-20 Şizofreni Hastalarında Yeni Ventriküler Aritmi Belirteçlerinin Değerlendirilmesi

Yaşar Kapıcı¹, Sabri Abuş²

¹Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Adıyaman

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

Amaç:

Şizofreni; halüsinasyonlar, sanrılar, dezorganize konuşma ve davranışlar ile bozulmuş sosyal işlevsellik gibi bir dizi semptomla karakterize edilen bir ruhsal hastalıktır. Şizofreninin genetik, çevresel ve nörobiyolojik faktörlerin birleşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofreninin etkisi öncelikle beyin ve ruhsal sağlık üzerindedir. Öte yandan ventriküler aritmiler, özellikle ventrikülleri içeren, kalbin ritmindeki anormalliklerdir. Bu aritmiler hayatı tehdit edici olabilir ve ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon gibi durumlara yol açabilir. Ventriküler aritmilerin nedenleri çeşitlidir ve kalp hastalığını, elektrolit dengesizliklerini, yapısal kalp anormalliklerini ve genetik faktörleri içerebilir. Kardiyo-elektrofizyolojik denge indeksi (ICEB) ve düzeltilmiş KEDİ (ICEBc) ventriküler aritmi riskini tahmin etmek için kullanılır.

Yöntem-Gereçler:

Çalışmaya 58 şizofreni hastası (25 K, 33 E) ve 65 sağlıklı kontrol (35 K, 30 E) dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri ve elektrokardiyogram verileri kaydedildi. ICEB, QT aralığının QRS kompleksi süresine oranı alınarak QT/QRS şeklinde hesaplanır. ICEBc, QTc/QRS şeklinde hesaplanır ve kardiyo-elektrofizyolojik dengenin düzeltilmiş indeksini analiz etmek için kullanılır.

**Bulgular:**

Şizofreni hastalarının ortalama yaşı $36,74 \pm 10,76$, sağlıklı kontrollerin yaş ortalaması ise $33,55 \pm 7,32$ idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,186$ ve $p=0,234$). ICEB şizofreni hastalarında $4,43 \pm 0,54$, sağlıklı kontrollerde ise $4,15 \pm 0,42$ idi. ICEBc şizofreni hastalarında $5,28 \pm 0,55$, sağlıklı kontrollerde ise $4,66 \pm 0,50$ idi. Studentin t testine göre şizofreni hastalarında sağlıklı kontrollere göre ICEB ve ICEBc anlamlı olarak yüksekti ($p=0,002$ ve $p<0,001$).

Sonuçlar:

Şizofreni de dahil olmak üzere zihinsel sağlık sorunları ile artan kardiyovasküler hastalık riski arasında potansiyel bir bağlantı olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır. Şizofreni hastalarında sigara içme, kötü beslenme, hareketsiz yaşam tarzı ve ilaçların yan etkileri gibi kalp hastalığı risk faktörlerinin prevalansı daha yüksek olabilir. Ek olarak, zihinsel sağlık bozukluklarıyla ilişkili stres, kardiyovasküler sistemi dolaylı olarak etkileyebilir. Ancak şizofreninin kendisinin doğrudan ventriküler aritmilere neden olmadığını unutmamak önemlidir. Şiddetli zihinsel bozukluklar ile kardiyovasküler bozukluklar arasındaki ilişki karmaşıktır ve çeşitli faktörlerden etkilenir.

Anahtar Kelimeler:

Şizofreni, Ventriküler Aritmi, Elektrokardiyogram

SS-21 Hipertansiyon Hastalarında Tiroid Fonksiyonları ve Tiroid Ultrasonografi Sonuçlarının Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması

SABRİ ABUŞ¹, Meral KARAAĞAÇ², Mehmet Şirik³, OLGA BAYAR KAPICI⁴

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

²Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adıyaman

³Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

⁴Adana Seyhan Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Adana

Amaç:

Hipertansiyon (HT) populasyonun %25'ini etkileyen bir hastalıktır. Mortalite ve morbidite riskini azaltmada önlebilir risk faktörlerinin başında gelmektedir. Primer HT vakaların çoğunluğunu oluşturmakla beraber, çoğu endokrin nedenli olmak üzere vakaların yaklaşık %10'u sekonder HT'dir. Bu endokrin nedenlerin bir kısmını oluşturan tiroid fonksiyon bozukluklarından hem hipotiroidi hem hipertiroidi HT'ye neden olabilir. Tiroid ultrasonografi (USG) hem tiroid parenkimini ve hem de nodül varlığını değerlendirmesi açısından değerlidir. Bu çalışmada HT hastalarında tiroid fonksiyonlarının ve tiroid USG özelliklerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak HT hastalarında tiroid bezi anormalliklerinin sıklığı araştırıldı.

Yöntem-Gereçler:

Çarpıntı, aşırı terleme, halsizlik, kabızlık, huzursuzluk, aşırı uyuma, kilo alımı gibi nedenlerle tiroid fonksiyon testleri ve tiroid USG tetkikleri istenebilmektedir. Hasta grubu 10 erkek (%40) ve 15 kadın (%60) hastadan oluşmaktaydı. Kontrol grubu ise herhangi bir hastalığı olmadığı bilinen ancak çeşitli yakınmalarla dahiliye polikliniğine başvurmuş kişilerden oluşmaktaydı. Kontrol grubu ise 13 erkek (%48,1) ve 14 kadından (%51,9) oluşmaktaydı.

Bulgular:

Hasta grubunun yaş ortalaması $44,56 \pm 8,14$ ve kontrol grubunun yaş ortalaması $42,34 \pm 7,68$ idi. Grupların yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı açısından aralarında anlamlı fark yoktu ($p=0,326$ ve $p=0,554$). HT hastalarının 4'ünde (%16) Hashimoto tiroiditi varken kontrol grubunun 1'inde (%3,7) Hashimoto tiroiditi vardı. Fisher's exact teste göre gruplar arasında Hashimoto tiroiditi açısından anlamlı fark yoktu. HT hastalarından 2'sinde (%8) subklinik hipotiroidi, 2'sinde (%8) subklinik hipertiroidi, 2'sinde (%8) hipotiroidi, 1'inde (%4) hipertiroidi varken, kontrol grubunun 2'sinde (%7,4)



subklinik hipotiroidi, 1'inde (%3,7) subklinik hipertiroidi mevcuttu. Buna göre HT grubunda 7 kişide (%28) anormal tiroid fonksiyonları varken kontrol grubunda 3 kişide (%11,1) tiroid fonksiyonları bozuktu. Her ne kadar HT hastalarında tiroid fonksiyon anormalliği daha fazla olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,167$). HT grubunda 6 hastada (%24) tiroid nodülü (TN) varken, kontrol grubunda 1 hastada (%3,7) TN mevcuttu. Buna göre HT hastalarında TN anlamlı olarak daha sıkı ($p=0,046$). HT hastalarının 3'ünde (%12) ve sağlıklı kontrollerin 1'inde (%3,7) tiroid parankim heterojenitesi mevcuttu. Buna göre gruplar arasında tiroid parankim heterojenitesi görülme sıklığı açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,341$).

Sonuçlar:

TN oldukça sık görülen bir tiroid hastalığı olup, popülasyonda palpasyonla %4-7 oranında ve tiroid USG ile %13-67 oranında saptanabilmektedir. HT, diyabet ve obezite daha önce de artmış TN'ler ile ilişkilendirilmiştir. TN'lerin malign nodüle dönme riskinden dolayı takip edilmelidir. Bu nedenle çalışmamızda da görüldüğü gibi HT hastalarında tiroid USG çekilmesi olası patolojileri göstermek açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler:

Hipertansiyon, Tiroid bezi, Tiroid nodülü

SS-22 Akut Koroner Sendrom İle Prezente Olan Spontan Koroner Arter Diseksiyonu Olan Olguya Yaklaşım

Ayberk Görcan, İskender Kadife
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

Spontan koroner arter diseksiyonları (SKAD) akut koroner sendrom ve ani kardiyak ölümlerle sonuçlanabilen nadir görülen bir klinik durumdur.

(1).SKAD; travmatik, iatrojenik ve aterosklerotik bir neden olmadan koroner arter duvarının intima tabakasında bir yırtılma ve ayrışma olması olarak tanımlanır. Anjiyografik görüntülemelerde sıklığı %0.1-1.1 olarak bildirilmektedir (2).Hastalık genellikle ateroskleroz risk faktörleri olmayan genç-orta yaşta ve peripartum dönemdeki kadınlarda görülmektedir (3).Tedavi seçenekleri arasında medikal tedavi ve izlem, perkütan koroner girişim ve cerrahi tedavi bulunmaktadır. Tedavi hastanın klinik durumu ve diseksiyonun özelliklerine göre belirlenir.

Bu yazımızda akut koroner sendrom kliniği ile başvuran, anjiyografide SKAD'ı saptanan ve başarı ile tedavi ettiğimiz olgumuzusunduk.

Spontaneous coronary artery dissections (SCAD) are a rare clinical condition that can result in acute coronary syndrome and sudden cardiac death (1).SCAD is defined as the presence of a rupture and decomposition in the intima layer of the coronary artery wall without a traumatic, iatrogenic and atherosclerotic cause. Its frequency is reported as 0.1-1.1% in angiographic imaging (2).The disease is usually observed in young-middle-aged and peripartum women who do not have atherosclerosis risk factors (3).Treatment options include medical treatment and follow-up, percutaneous coronary intervention and surgical treatment. Treatment is determined according to the clinical condition of the patient and the characteristics of the dissection.

In this article, we presented our case who was admitted to the acute coronary syndrome clinic, SCAD was detected on angiography and we successfully treated it.

Anahtar Kelimeler:

Spontan koroner arter diseksiyonu, akut koroner sendrom, koroner arter hastalığı

**SS-23 ST-Yükselmesiz Miyokard Enfarktüsü Tanısı ile Perkütan Koroner Girişim Yapılan Hastalarda Kontrast Madde Aracılı Akut Böbrek Hasarını Öngörmede ALBİ Skorunun Rolü**

Abdullah Yıldırım, Mustafa Lütfullah Ardıç

SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Adana, Türkiye

Amaç:

Amacımız, ST-yükselmesiz miyokard enfarktüsü (STyME) tanısı ile başvuran hastalardan perkütan koroner girişim (PKG) yapılanlarda kontrast madde aracılı akut böbrek hasarı (KM-ABH) belirleyicilerini bulmak ve bu bağlamda karaciğer fonksiyon parametreleri olan albümin ve total bilirubin düzeyleri ile hesaplanan albümin-bilirubin (ALBİ) skorunun önemini incelemektir.

Yöntem:

Bu çalışmaya tek merkezden retrospektif olarak STyME tanısı ile PKG yapılan hastalar ardışık olarak dahil edildi. Laboratuvar parametrelili acil servis başvurusunda çalışıldı. Hastaların demografik, laboratuvar ve prosedürel verileri kaydedildi. KM-ABH tanısında PKG sonrası 48-72 saat içerisinde kreatinin bazal değerine 0.5 mg/dL artması olarak kabul edildi. Hastalar KM-ABH gelişen (+) ve gelişmeyen (-) olmak üzere iki gruba ayrıldı. KM-ABH belirleyicileri binary lojistik regresyon yöntemleri kullanılarak tespit edildi. ALBİ skoru: $[\log_{10} \text{bilirubin [mmol/L]} \times 0.66] + [\text{albumin [g/L]} \times 0.085]$ formülü ile hesaplandı. ALBİ skorunu sınır değerlerinin belirlemek için alıcı-işletim karakteristiği (ROC) analizi yapıldı.

Bulgular:

Toplam 443 hastanın KM-ABH (-) grupta (n=388) ortalama yaş 58.4 ± 11.8 , KM-ABH (+) grupta (n=58) ortalama yaş 62.5 ± 12.2 . Kadın cinsiyet, diyabet ve hipertansiyon öyküsü KM-ABH (+) grupta daha sıkı (hepsi için, $p < 0.05$). Laboratuvar parametrelerinde; GFH (72.3 ± 26.7 'e 84.3 ± 20.8 , $p < 0.001$) ve hemoglobin (12.9 ± 2.3 'e 14.0 ± 1.7 , $p < 0.001$) KM-ABH+ grupta daha düşüktü. ALBİ skoru ise KM-ABH (+) grupta daha yüksekti (-1.91 ± 0.51 'e -2.32 ± 0.35 , $p < 0.001$) (Tablo 1). Prosedürel özelliklerde ise KM-ABH (+) grupta akımsızlık fenomeni ve grade 4-5 intrakoronar trombus varlığı daha sıkı ($p < 0.05$). KM-ABH için ROC analizinde ALBİ skorunun maksimal Younden indeksi ile belirlenen değerinin > 2.14 olması KM-ABH için %63.8 sensitivite, %77.8 spesifite ile bağımsız belirleyici olmuştur (EAA:0.736, $p < 0.001$) (Figür 1 A-B-C). Tek değişkenli binary lojistik regresyon analizinde; yaş (RO:1.03, %95 GA:1.01-1.05, $p = 0.015$); kadın cinsiyet (RO:0.52, %95 GA:0.28-0.94, $p = 0.031$); diyabet (RO:4.56, %95 GA:2.57-8.09, $p < 0.001$); hemoglobin (RO:0.74, %95 GA:0.64-0.86, $p < 0.001$); Akımsızlık fenomeni (RO:3.33, %95 GA:1.84-6.00, $p < 0.001$); grade 4-5 intrakoronar trombus (RO:2.09, %95 GA:1.17-3.76, $p < 0.001$) KM-ABH için bağımsız belirleyici olarak bulundu (Tablo 3). Bu değişkenler ile oluşturulan *baseline model* (EAA:0.812, %95 GA:0.77-0.85, $p < 0.001$) ve *baseline modele* ALBİ skorunun eklenmesiyle *full model* (EAA:0.891, %95 GA:0.86-0.92, $p < 0.001$) oluşturuldu. Bu iki model karşılaştırıldığında ise *full model baseline model* istatistiksel olarak üstündü ($p = 0.002$)(Figür 2).

Sonuç:

Tek merkezin tecrübelerini içeren bu çalışmanın ana bulgularını sırayla şöyle özetleyebiliriz. Birinci olarak; yaş, diyabet öyküsü, renal fonksiyonlar, hemoglobin, prosedürel özellikler KM-ABH için önemli belirleyiciler olarak bulundu. İkinci olarak; STyME sonrası ALBİ skoru KM-ABH tahmin etmede iyi bir tanı aracı olabilir.

Anahtar Kelimeler:

ST-yükselmesiz miyokard enfarktüsü, kontrast madde, akut böbrek hasarı, ALBİ skoru



Tablo1. Hasta popülasyonun demografik özellikleri ve laboratuvar parametreleri

Değişkenler	KM-ABH + (n=58)	KM-ABH - (n=388)	p*
Yaş, yıl	62.5±12.2	58.4±11.8	0.014
Cinsiyet, kadın, n (%)	19 (32.8)	78 (20.1)	0.040
Diyabet, n (%)	31 (53.4)	78 (20.1)	<0.001
Hipertansiyon, n (%)	33 (56.9)	174 (44.8)	0.092
Sigara kullanımı, n (%)	26 (44.8)	183 (47.2)	0.779
Laboratuvar Parametreleri			
Glukoz, mg/dL	183±72	156±60	0.002
Üre, mg/dL	43±30	34±16	0.001
Kreatinin, mg/dL	1.18±0.73	0.96±0.59	0.012
GFH**, ml/dk/1,73m ²	72.3±26.7	84.3±20.8	<0.001
Sodyum, mEq/L	133±5	135±5	0.139
Potasyum, mEq/L	4.1±0.7	4.2±0.6	0.540
CRP, mg/dL	20 (10-33)	8 (2-19)	<0.001
HDL kolesterol, mg/dL	39.3±15.3	38.4±11.2	0.581
LDL kolesterol, mg/dL	113.7±53.7	128.6±41.8	0.015
Total Kolesterol, mg/dL	171.6±54.0	188.2±48.2	0.016
Albümin, g/L	31.2±5.4	35.2±3.6	<0.001
Total Bilirubin, mg/dL	16.4±11.9	12.6±8.2	0.002
BK, 103/μL	14.2±4.8	14.3±4.0	0.859
Hemoglobin, g/dL	12.9±2.3	14.0±1.7	<0.001
Platelet sayısı, 103/μL	240±74	240±63	0.975
Hastane-içi mortalite	8 (13.8)	29 (7.5)	0.123
ALBI skoru	-1.91±0.51	-2.32±0.35	<0.001

Veriler sayı (%) ve ortalama±standart sapma, medyan (çeyrek aralıklar, 25-75) olarak ifade edildi. *p<0.05 anlamlı kabul edildi. **MDRD formülüne göre hesaplandı. Kısaltmalar; BK: beyaz küre, CRP: c-reaktif protein, GFH: glomerüler filtrasyon hızı, KM-ABH:kontrast madde aracılı akut böbrek hasarını HDL: high-density lipoprotein, LDL: low-density lipoprotein.



Tablo 2. Perkütan koroner girişim ilişkili prosedürel özellikler

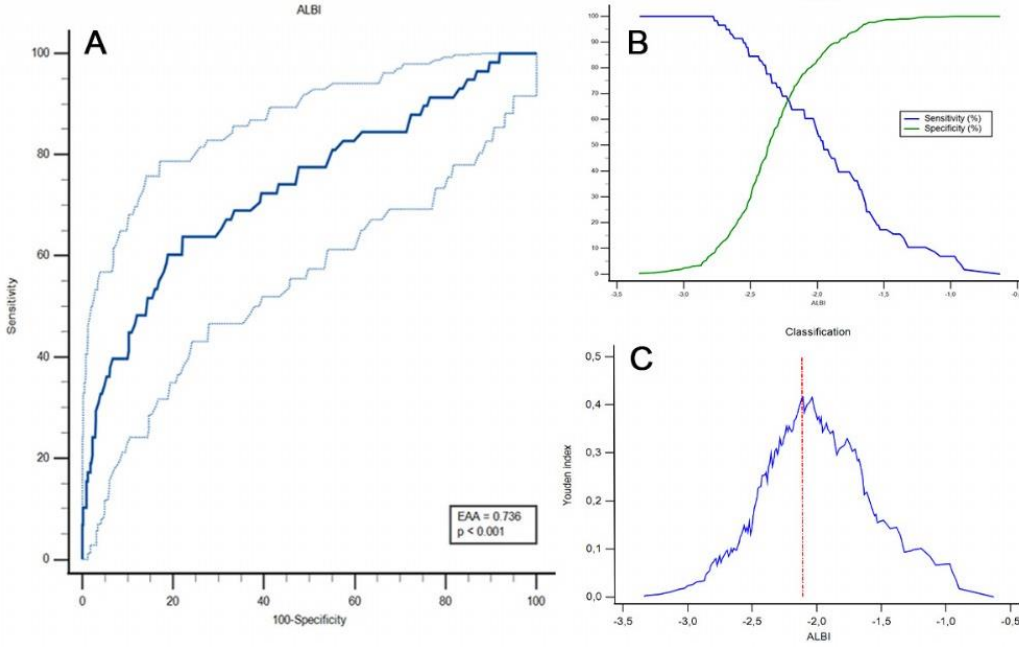
	KM-ABH + (n=58)	KM-ABH - (n=388)	p*
Sorumlu damar, n (%)			0.890
LAD	32 (55.2)	198 (51.0)	
CX	18 (31.0)	132 (34.0)	
RCA	8 (13.8)	58 (14.9)	
Opak miktarı, ml	237±64	224±53	0.087
GpIIb/IIIa inhibitörü, n (%)	16 (27.6)	139 (35.8)	0.240
Balon dilatasyon, n (%)	36 (62.1)	277 (71.4)	0.160
Akimsızlık fenomeni, n (%)	23 (39.7)	64 (16.5)	<0.001
Grade 4-5 intrakoronar trombus, n (%)	39 (67.2)	192 (49.5)	0.016
İmplant edilen stent sayısı	1.5±0.9	1.4±0.6	0.252
Stet çapı, mm	3.0±0.4	2.9±0.4	0.500
Syntax Skoru	15.1±7.4	16.6±7.7	0.185

Veriler sayı (%) ve ortalama±standart sapma olarak ifade edildi. *p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Tablo 3. Tek değişkenli ve çok değişkenli binary lojistik regresyon analizi sonucu oluşturulan modellerin alt parametreleri

	Tek Değişkenli Analiz		Baseline Model		Full Model	
	RO (%95 GA)	p*	RO (%95 GA)	p*	RO (%95 GA)	p*
Yaş	1.03 (1.01-1.05)	0.015	1.01 (0.98-1.04)	0.743	1.05 (0.97-1.03)	0.746
Cinsiyet, kadın	0.52 (0.28-0.94)	0.031	1.10 (0.50-2.41)	0.819	0.88 (0.37-2.14)	0.786
Diyabet	4.56 (2.57-8.09)	<0.001	4.80 (2.53-9.09)	<0.001	4.57 (2.22-9.42)	<0.001
GFH	0.98 (0.97-0.99)	<0.001	0.98 (0.97-0.99)	0.012	0.98 (0.97-0.99)	0.025
Hemoglobin	0.74 (0.64-0.86)	<0.001	0.76 (0.62-0.92)	0.005	0.73 (0.58-0.90)	0.004
Akimsızlık fenomeni	3.33 (1.84-6.00)	<0.001	3.82 (1.94-7.54)	<0.001	7.56 (3.40-16.82)	<0.001
Grade 4-5 intrakoronar trombus	2.09 (1.17-3.76)	<0.001	3.70 (1.82-7.53)	<0.001	2.17 (0.99-4.76)	0.055
ALBİ skoru	-	-	-	-	8.93 (4.34-14.84)	<0.001

*p<0.05 anlamlı kabul edildi. Kısaltmalar; GA: güven aralığı, GFH: glomerüler filtrasyon hızı, RO: Risk oranı

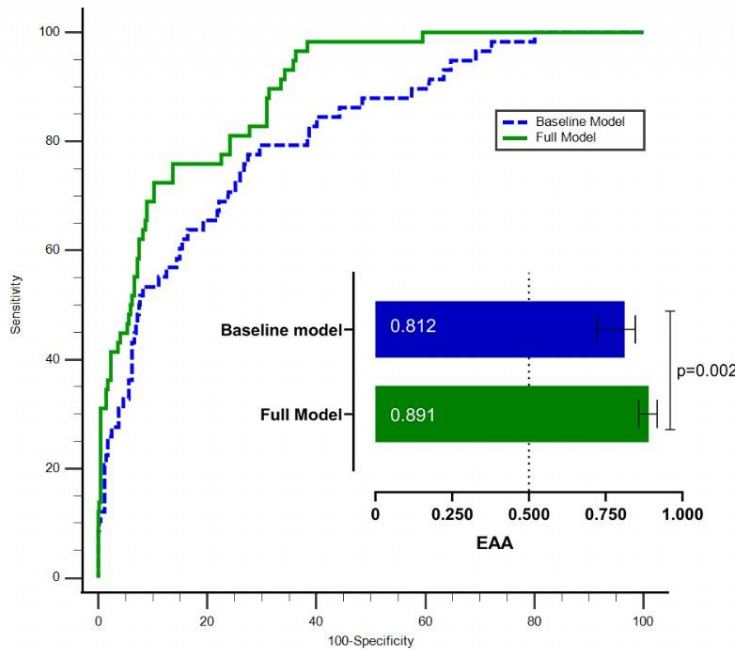


Figür 1:

A) Kontrast madde aracılı akut böbrek hasarını ve ALBİ skoru arasındaki ilişkinin alıcı işletim karakteristiği eğrisi (receiver operating characteristic -ROC) analizi;

B) Kontrast madde aracılı akut böbrek hasarını öngörmede ALBİ skorunun sensitivite ve spesifite analizi;

C) Kontrast madde aracılı akut böbrek hasarını öngörmede ALBİ skorunun sınır değerinin Youden İndex ile gösterilmesi



Figür 2:

Kontrast madde aracılı akut böbrek hasarını öngörmede baseline model ve full modelin performanslarının karşılaştırılması



SS-24 Karaciğer Ve Pankreas Yağlanması Değerlendirmede Antropometrik Ölçümler

Servet Emir¹, Sevde Nur Emir²

¹Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi; İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı; İstanbul

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi; Radyoloji Ana Bilim Dalı; İstanbul

Giriş:

Günümüzde, batılı beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite eksikliği nedeniyle obezite, yağlanma ve metabolik sendrom gibi sağlık sorunları giderek artmaktadır. Özellikle santral obezite, insülin direnci, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar ile yakından ilişkilidir. Obeziteyi tespit etmek için kullanılan yöntemler arasında bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi pahalı tekniklerin yanı sıra, vücut kitle indeksi (BMI), bel çevresi ve bel-boy oranı gibi daha basit antropometrik ölçümler de bulunmaktadır. Ancak, bu basit ölçümlerin de çeşitli sınırlamaları vardır ve farklı popülasyonlar arasında değişkenlik gösterebilir.

Materyal-Metot:

Şubat-Haziran 2023 tarihleri arasında hastanemizin obezite polikliniğine başvuran 66 çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların bel, boyun ve bilek çevreleri ölçülmüş ve bu ölçümlerden elde edilen veriler ile karaciğer ve pankreas yağlanması arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bulgular:

Bel ölçümü için yapılan ANOVA testi ile $p < 0.01$, bu sonuç bel ölçümünün karaciğer grade ile güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Boyun ölçümü için Kruskal-Wallis testi $p < 0.01$ olarak tespit edilmiş, bu da boyun ölçümünün karaciğer grade ile güçlü bir korelasyon içinde olduğunu ortaya koymaktadır. El bileği için ise $p < 0.01$ bulunmuş ve bu ölçümün de karaciğer grade ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda, bel/boyun oranı için Kruskal-Wallis testi sonucunda p -değeri 0.757 olarak elde edilmiş, bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Pankreas yağlanması ile ilişkili olarak bel ve boyun ölçümleri $p < 0.01$ ve < 0.01 olarak tespit edilmiş, bel/boyun oranı ise < 0.01 p -değeri ile güçlü bir ilişkiye işaret etmiştir.

Sonuç:

Özellikle bel/boyun oranının karaciğer grade ile olan ilişkisini anlamlyken, pankreas yağlanması ile olan ilişkisinde de benzer sonuçlar gözlemlenmiştir. Bu ölçümler, karaciğer ve pankreas yağlanma düzeylerinin artması ile beraber artış göstermiş olup, özellikle bel ve boyun ölçümleri, bu anatomik bölgelerdeki yağlanma miktarı ile güçlü bir korelasyon sergilemiştir. Ayrıca, bel/el oranı gibi diğer ölçümler, özellikle karaciğer grade ile ilişkili olarak incelendiğinde anlamlı bir farklılık göstermemiş, ancak el bileği ölçümü, hem karaciğer hem de pankreas yağlanması ile önemli bir ilişki göstermiştir. El bileği ölçümlerinin, karaciğer ve pankreas grade düzeyleri ile güçlü bir bağlantıya sahip olması, bu ölçümün klinik pratikte daha geniş bir kullanımını destekleyebilir.

Bu bulgular, antropometrik ölçümlerin, obezite ve ilişkili metabolik bozuklukların değerlendirilmesinde pratik ve maliyet-etkin yöntemler olarak kullanılmasının potansiyelini pekiştirmekte ve aynı zamanda bu ölçümlerin standartlaştırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler:

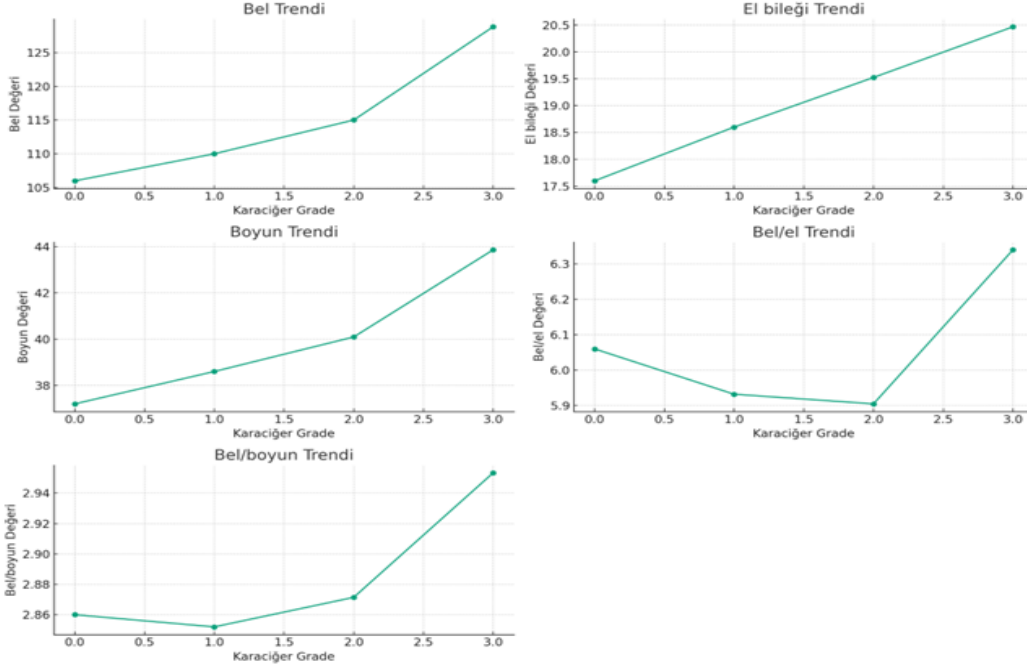
karaciğer, pankreas, yağlanma, antropometrik ölçümler

**3. ENDOKRİN KARDİOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ**

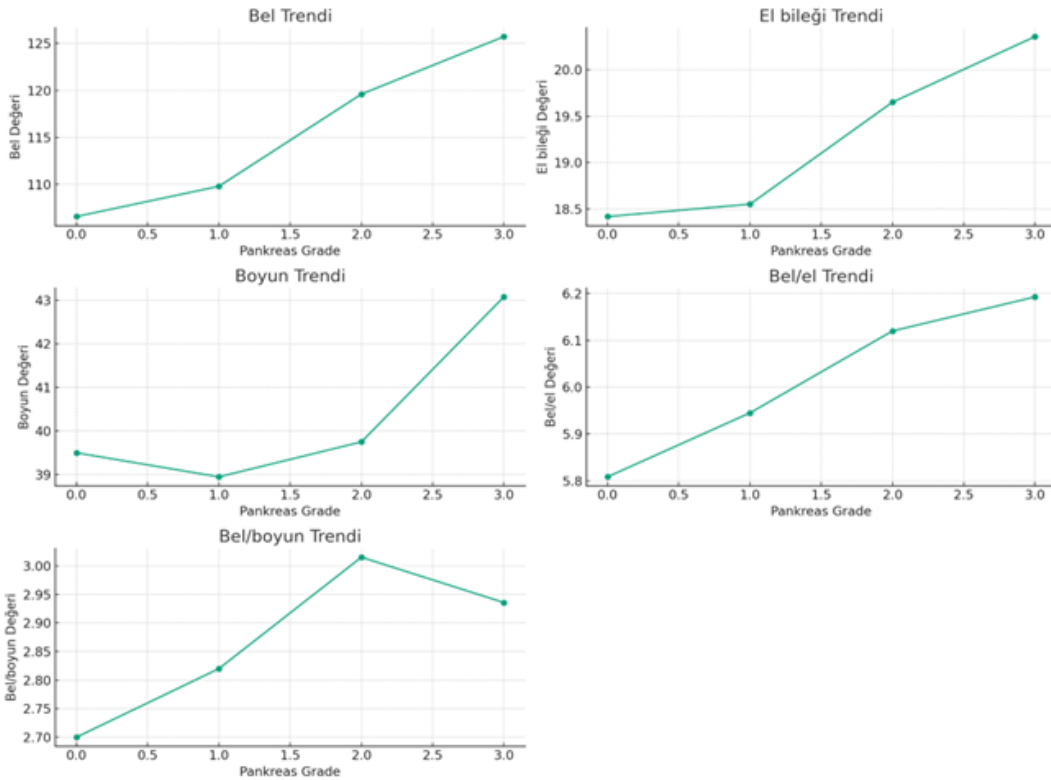
30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LIMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.



Karaciğer Grade Gruplarına Göre Ölçümlerin Ortalamaları



Pankreas Grade Gruplarına Göre Ölçümlerin Ortalamaları



**SS-25 Association of triglyceride-glucose index with morning blood pressure surge in prediabetic patients**Seda Elçim Yıldırım

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Background:

The triglyceride-glucose index (TyG) is an accepted marker of insulin resistance and is easy to measure. The TyG index is associated with the development of diabetes mellitus and cardiovascular events. Morning blood pressure surge (MBPS) is predictive of stroke and cardiovascular events. We investigated the relationship of the TyG index with MBPS in prediabetics.

Method:

80 patients aged 18-65 years were included in the study. After 12 hours of fasting, complete blood count, fasting plasma glucose and lipid parameters were measured. The TyG index was calculated with the formula $\ln(\text{fasting triglyceride (mg/dl)} \times \text{fasting glucose (mg/dl)} / 2)$. Prediabetes was defined as fasting plasma glucose between 101-125 mg/dl and normal group was defined as plasma glucose <101 mg/dl. 24-hour ambulatory blood pressure monitoring was performed in all patients. MBPS was calculated as the difference between the mean systolic blood pressure in the first 2 hours after waking up and the lowest systolic blood pressure at night. Dipping pattern was determined in all patients.

Results:

28 prediabetic and 52 normal patients were included in the study. There were no differences in age, sex, TG, LDL and Hb levels between the groups. The dipping pattern was similar between the groups (Table 1). MBPS was 32.9 ± 11.1 in the prediabetic group and was significantly higher than in the normal group ($p=0.007$). The cut-off value for MBPS was 33.375 and the AUC was 0.75 in the ROC analysis for the relationship between MBPS and prediabetes ($p<0.01$). TyG index was higher in prediabetics (4.9 ± 0.2 , $p<0.001$) and positively correlated with MBPS (correlation coefficient 0.312, $p=0.005$).

Conclusion:

An increased TyG index is associated with MBPS and we found it to be particularly high in the prediabetic group. MBPS is associated with increased sympathetic activity and we found it to be significantly correlated with prediabetes in the ROC analysis. Both TyG index is increased and MBPS is higher in prediabetic patients compared to the normal group. The correction of metabolic parameters in these patients is important for the reduction of blood pressure variability and the prevention of cardiovascular events.

Anahtar Kelimeler:

Triglyceride-glucose index, Morning blood pressure surge, Prediabet

Table 1

	Normal (n=52)	Prediabet (n=28)	p
Women n,(%)	26, (50)	9, (32.1)	0,125
Age mean $\pm$ SD	41,3 $\pm$ 9,1	43 $\pm$ 5,8	0,321
BMI (kg/m ²)	28,9 $\pm$ 4,2	31,2 $\pm$ 4,6	0,028
Dipping	12,7 $\pm$ 3,6	11,3 $\pm$ 3,3	0,095
TG	148,9 $\pm$ 69,4	174,0 $\pm$ 61,7	0,113



LDL	129,0±36,1	135,8±34,6	0,414
Hb	14,0±2,0	14,1±1,7	0,876
TyGindex	4,7±0,2	4,9±0,2	<0,001
MBPS	26,3±6,9	32,9±11,1	0,007
Glucose	90,5±6,9	107±4,4	<0,001

SS-26 Koroner Arter Hastalarında COVID-19 Pandemisinin Vitamin ve Mineral Kullanımına Etkisi

Feyza Nur Topçu Yenerçağ¹, Mustafa Yenerçağ²

¹Samsun İl Sağlık Müdürlüğü

²Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç:

COVID-19 (Corona Virüs Hastalığı) tedavisinde ve sağlığın iyileştirilmesinde vitaminlerin (özellikle C ve D vitamini gibi) önemli rol alması nedeniyle COVID-19 pandemisinde koroner arter hastalığı (KAH) olan hastaların vitamin ve mineral kullanım durumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya 1 Mart 2021-1 Aralık 2021 tarihleri arasında Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğine başvuran 18 yaş üstü ve hamile olmayan 350 koroner arter hastası çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Bu bireylere 22 sorudan oluşan yüz yüze anket yapılması düşünüldü. Ankette yaş, cinsiyet, eğitim durumu, COVID geçirme durumu, COVID döneminde vitamin ve mineral kullanımı, COVID öncesi dönemde vitamin ve mineral kullanımı, şu an vitamin ve mineral kullanım soruldu. Ayrıca son altı soruda ise bireylerin vitamin ve mineraller hakkında bilgi ve tutumlarını ölçmek için 6 adet soru da soruldu. Sonuçlar SPSS programı ile analiz edildi.

Bulgular:

Katılımcıların 181'i kadın, 169'sı erkekti. Yaş ortalaması 44.8 idi. Eğitim düzeylerine bakıldığında 141 kişinin ortaokul, 149 kişinin lise ve 60 kişinin üniversite mezunu olduğu görüldü. "COVID pandemisi öncesi dönemde hastalıklardan korunmak için ya da hasta iken vitamin ve mineral kullanıyor muydunuz?" sorusuna katılımcıların %25,8 'i "evet" derken %74,2'si "hayır" yanıtını verdi. Katılımcıların 148'i COVID geçirdiğini söylerken 202'si geçirmediğini belirtti. COVID geçiren hastaların %33'ü COVID geçirdiği dönemde vitamin ve mineral kullandığını ifade etti. "Sizce COVID pandemisi vitamin ve mineral kullanımını nasıl etkiledi?" sorusuna katılımcıların %62,8'i "arttırdı" diye yanıt verdi. "Şu an hala düzenli olarak vitamin ve mineral kullanıyor musunuz?" sorusuna %27,6'sı evet yanıtını verdi. "Şu an hasta olduğunuz zaman vitamin ve mineral kullanıyor musunuz?" sorusuna ise katılımcıların %26'sı "evet" yanıtını belirtti. En çok kullanılan vitamin ve mineraller sorulduğunda ise D vitamini, C vitamini, B12 vitamini, demir ve diğer (folik asit, çinko, vb) yanıtı alındı. Katılımcılardan %31,2'si vitamin ve mineralleri doktora danışmadan kullanabileceğini belirtti.

Sonuç:

COVID döneminde koroner arter hastalarında vitamin ve mineral kullanımında artış olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler:

Covid, Mineral, Vitamin, Koroner arter hastalığı

**SS-27 Ağır Dilate Kardiyomiopati Sebebi Olarak Tiroid Fırtınası**Zeynep Ece Demirbas

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş:

Tiroid fırtınası, hipertiroidinin nadir gözlenen ve yüksek mortalite oranına sahip bir formudur. Mortalite sebebi olarak kardiyovasküler kollaps ilk sırada yer almaktadır. Dilate kardiyomiopati (DKMP) %6 oranında görülürken, ciddi sol ventrikül disfonksiyonu %1'in de altında saptanmaktadır. Bu olgu ile, ağır kardiyovasküler komplikasyonların klinik prezantasyonu, acil tanı ve tedavi yaklaşımlarının sunulması planlandı.

Olgu:

49 yaşında bilinen Graves Hastalığı olan ve metimazol 5 mg kullanmakta olan ve başka sistemik hastalığı olmayan kadın hastanın 1.5 ay önce ilaçlarını kendi isteğiyle bırakması sonrasında yaklaşık 10 gündür süren ishal, nefes darlığı, çarpıntı, ödem şikayetleri olması nedeniyle acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede nabız:132/dk tansiyon:135/65 ateş:38.2 solunum sayısı:30/dk sPO2: 88/dk (oda havasında) saptandı. Cilt terliydi, dispne nedeniyle konuşmada kesilmeler ve yardımcı solunum kasları kullanımı mevcuttu. Akciğer seslerinde bilateral yaygın raller, pretibial +++ gode bırakan ödem ve tiroid lojunda tiroid bezi ileri seviyede hiperplazik gözlemlendi. EKG'de sinüs taşikardisi ve nonspesifik t değişiklikleri mevcuttu. Telede pulmoner ödem ile uyumlu bulgura ilaveten EKO'da EF:%10 ölçüldü. Ağır global hipokinezi ve ve DKMP bulguları gözlemlendi. Acilen monitorize edilip, oksijen desteği sağlanarak kan gazı ve biyokimyasal parametrelerinin sonuçlanana kadar diüretik infüzyonu ve intravenöz metoprolol başlandı. Ardışık uygulamalara rağmen taşikardi yanıtı alınamadı ve intravenöz diltiazem uygulandı. Kan gazında laktat yüksekliği ile birlikte metabolik asidoz saptanan hastanın hafif üremisi ve transaminaz değerlerinde yaklaşık 2 kata varan yükseklikler mevcuttu. Tiroid fonksiyon testleri istenen hastanın TSH:<0.005 uIU/ml T3:>22.0 pg/mL T4:>7.7 ng/dL olarak ölçüldü. Burch Wartofsky skoru 65 olarak hesaplandı. Hastaya "tiroid fırtınası" tanısı konularak acilen hidrokortizon 300 mg iv ve propiltiourasil 3x200mg başlandı. 8 saatte bir 100 mg hidrokortizon uygulaması planlandı. Taşikardi bu tabloda kardiyak outputu korumak amacıyla gerekli olduğundan hız kontrolü amacıyla propranolole geçilerek kontrollü olarak doz ayarı yapıldı. Non- selektif bir beta bloker olması nedeniyle T4'ün periferik T3 dönüşümünü baskılaması hedeflendi. Hastanın başlangıç tedavisine rağmen plazmaferez ihtiyacı olabileceğinden 24 saat içerisinde Endokrinoloji birimine sevki gerçekleştirildi. Bu süre içerisinde nabız kontrolü sağlanmaya ve vital bulgularında düzelme gözlenmeye başlandı.

Sonuç:

Ağır dekompanze kalp yetmezliği tablosu ile başvuran özellikle hipertermik, kontrol altında alınamayan taşikardisi olan ve özgeçmişinde tiroid hastalığı bulunan hastalarda dekompanzasyon sebebi olarak tiroid fırtınası akılda bulundurulmalı, klasik hipertiroidi tablosundan farklı olarak, bu nadir görülen formda kardiyovasküler kaynaklı yüksek mortalite nedeniyle hızlı tedavi uygulamaları ve ilgili branş gözetimi gerekliliği olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler:

Tiroid fırtınası, dilate kardiyomiopati, graves

**SS-28 Tek Merkezde Geriye Dönük Covid-19 İlişkili Akut Miyokardit Vakalarının İncelenmesi**

Özgen Şafak

Balıkesir Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Balıkesir

Background:

SARS-CoV-2 outbreak was a real public health problem. More than 7 million people died from Covid-19 and 102.174 cases were from Türkiye, declared by Health Ministry. SARS-CoV-2 can cause cardiovascular complications such as acute myocardial injury and myocarditis. Symptoms of myocarditis vary from chest pain, tachycardia, chest tightness and so on. The pathophysiology of this is still unknown. Various studies indicate that patients infected with COVID-19 have high concentrations of interleukin (IL)-1 beta, interferon (IFN) gamma, IFN-inducible protein (IP)-10, and monocyte chemoattractant protein (MCP)-1. Patients infected by COVID-19 with cardiac injury have noticeably higher plasma concentrations of IL-6, 3, 4 N-terminal fraction of pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP), and cardiac troponins (cTnI/T). Because cytokine storm is also the main pathophysiologic mechanism in fulminant myocarditis, it is reasonable to consider heart damage due to COVID-19. Previous studies have shown that high troponin levels are associated with increased mortality in patients with COVID-19. The aim of this review was to critically summarise current evidence on COVID-19-related myocarditis in a center.

Methods:

We searched our database for diagnoses of myocarditis in patients from March 2016 to March 2024. We divided this period to equal half zones as March 2020 is the center, which is the time that Covid-19 began in our country. We abstracted the presentation, clinical course, and outcome from the patient's electronic health record. Inclusion criteria were hospitalization for COVID-19 and a diagnosis of acute myocarditis (AM) on the basis of increased troponin level plus typical signs of AM on echocardiography or cardiac magnetic resonance imaging in some patients (6 in number), coronary artery disease and related patterns that cause these symptoms or ECG/troponin level changes were excluded.

Results:

We evaluate 31 from 10564 hospitalized-patients in our clinic between March 2016-March 2024. AM prevalence among hospitalized patients with COVID-19 was 2.9 per 1000 hospitalizations. 13 patients (41.9%) were female and median age of all patients was 44. Males were younger (42 ± 21 years) and need more circulatory support in their hospitalized period. The composite of in-hospital mortality or temporary mechanical circulatory support occurred in 22.5% (7 patients). Corticosteroid administration was performed most of the AM patients (n:21, 67.7%). During hospitalization and at discharge, left ventricular ejection fraction, assessed by echocardiography, improved from a median of 35% on admission to 55% at discharge ($p < 0.05$).

Conclusion:

As Acute Myocarditis is a rare complication of SARS-CoV-2, its mortality rates are not so ignorable. AM affects mostly younger males and needs corticosteroid administration.

Anahtar Kelimeler:

Covid-19, SARS-CoV-2, Acute Myocarditis



SS-29 Pace Lead Migrasyonu Olan Farklı Bir Vaka Örneği

Mustafa Çetin¹, Halil Fedai², Murat Ziya Bağış³

¹Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Kalıcı kalp pillerinin rutin kullanımı hayatımıza 1957’de başladı. Kalp pilleri deneyimli operatör ve merkezler sayesinde düşük komplikasyon değerleri ile yapılmaktadır(3). Kalp pili komplikasyonları arasında oversensing(0.7%), undersensing(3.8%), elektrot kırıkları(3.8%), damar perforasyonları(<1%) ve enfeksiyon (<1%-12%) yer alır. Kalp pili elektrodunun neden olduğu geç miyokard perforasyonu (>1 ay), yalnızca birkaç vaka raporunda tanımlanan çok nadir birkomplikasyondur.

47 yaşında kadın hasta polikliniğe iki defa olan tanıklı senkop ataklarının olması üzerine başvurmuştu. Hastanın ilk değerlendirilmesinde elektrokardiyografisinde 2.1 AV blok olduğu görüldü. Hasta servise yatırılarak takip edildi. Servise yatışında presenkop ataklarının olması üzerine hastaya pacemaker implantasyonu kararı alındı. Hastaya yapılan ilk implantasyonda pace cebi açılıp pace implantasyonu yapıldı. Yapılan kontrollerde atrium ve ventrikül empedanslarının normal aralıkta olduğu kontrole eşik değerlerinin yeterli olduğu görüldü. Hasta pace implantasyonu sonrası şikayeti olmaması üzerine 24 saat sonra komplikasyonsuz taburcu edildi. Komplikasyonsuz taburcu edilmesine rağmen hastamız 35 gün sonra göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Ağrının plörotik olması nedeniyle pace dislokasyonu şüphesiyle hastaya öncelikle EKG ve posterior anterior akciğer filmi(PAAC) çekildi(şekil 1-2). EKG’de uygunsuz spikelerin görülmesi ve PAAC’de ventrikül leadnin uygun yerde olmadığı görülmesi üzerine hasta skopiye alındı. Bu arada yapılan ekokardiyografisinde perikardiyal effüzyon görülmedi. Skopi görüntülerde de pace leadnin uygunsuz yerde olduğu görüldü (şekil 3). Bunun üzerine hastaya BT çekildi. Sonrasında yapılan multidisipliner konseyde pace leadinin doğru yerde olmadığı ve göğüs ön duvarına migrate olduğu kararı alındı(şekil 4).

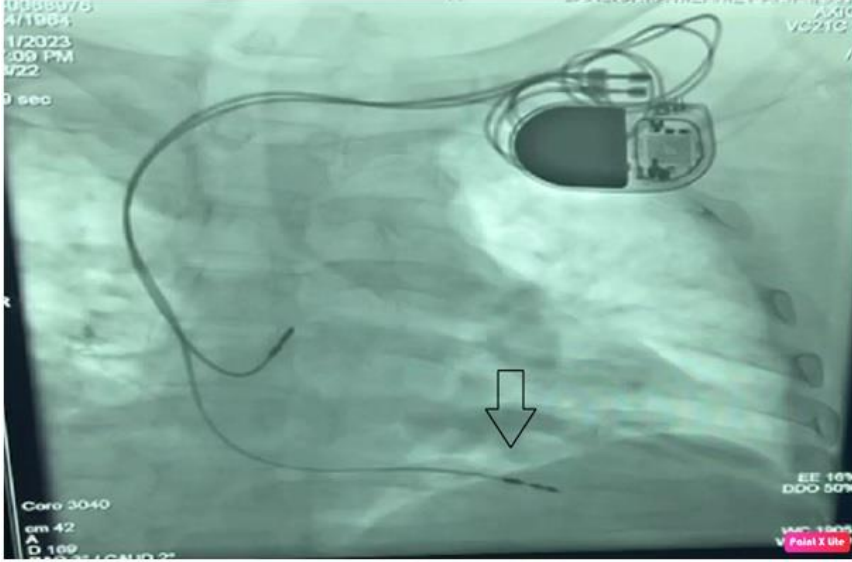
Hastanın katater laboratuvarına alınarak leadnin çekilmesinin hasta açısından tamponad riskinin olması üzerine hastaya cerrahi operasyon kararı alındı. Gerekli cerrahi hazırlıklar yapılarak hasta elektif şartlarda 24 saat sonra kardiyoloji ve kalp damar cerrahisinin eşlik ettiği bir operasyonla cerrahi işleme alındı. Operasyonda göğüs ön duvarı açılarak perikard açıldı. Perikard içerisinde hafif bir hematoma olduğu görüldü. Kalp durdurulmadan ve kalp akciğer cihazına bağlanmadan lead göğüs ön duvarından serbestleştirildi(şekil 5). Daha sonra pace cebi açıldı. Açılan pace cebinden lead serbestleştirilerek geri çekildi. Daha sonra aynı lead operasyon sırasında mobil sikopi cihazı yardımı ile septuma implante edildi(şekil 6). Sonrasında göğüs kapatıldı. Hastamız 48 saat sonra komplikasyonsuz taburcu edildi. Pace implantasyonları sık yapılmasına rağmen komplikasyonlarına sık rastlanmamaktadır. Gerek hastanın anatomik yapısı gerek de hekimin yorgunluğu ve deneyimsizliği ile komplikasyonlar görülmektedir. Biz de bu vakamızda nadir görülen bir komplikasyonu ve komplikasyon sonrası multidisipliner bir yaklaşım ile yönetilmesini anlatmaya çalıştık.

Anahtar Kelimeler:

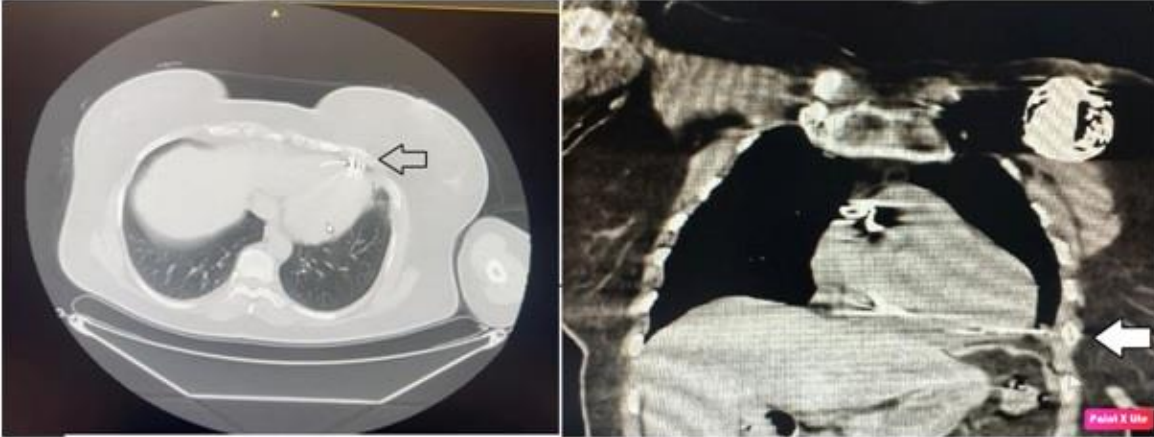
Pacemaker, pace migrasyonu, kardiyak perforasyon, senkop



Şekil 1: Hastanın Skopi Görüntüsü



Şekil 2: Hastanın Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleri



Şekil 3: Hastanın Operasyon Görüntüsü



**SS-30 Periferik Arteriyel Girişim Sonrası Gelişen Kontrast ile İlişkili Nefropatinin Prediktörü Olarak Fibrinojen Albümin Oranı**

Berkant Öztürk, Mustafa Yenerçay
Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilimdalı

Giriş:

Kontrast madde ilişkili nefropati (CIN), hastane kaynaklı akut böbrek hasarının yaklaşık %10'unu oluşturur. Periferik arter hastalığı (PAH) olan hastalarda endovasküler girişim sonrası CIN gelişiminde fibrinojen/albumin oranının (FAR) rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem:

Endovasküler girişimle tedavi edilen PAH hastaları (n=186) CIN gelişimine göre sınıflandırıldı. Her iki grup, FAR dahil klinik, laboratuvar ve demografik özelliklere göre karşılaştırıldı. Kontrast madde ilişkili nefropati, bir radyo-kontrast maddeye maruz kalmanın ardından 48 ila 72 saat sonra serum kreatinin seviyelerinde başlangıç değerine kıyasla 0,5 mg/dL veya %25'lik bir artış olarak tanımlandı.

Bulgular:

Hastaların %16,6'sında kontrast maddeye bağlı nefropati gözlemlendi. FAR ve kontrast hacmi CIN (+) grupta; CIN (-) grubuna göre anlamlı daha yüksek bulundu. FAR için eğri altında kalan alan (AUC) değeri 0,778 idi. CIN'i tahmin etmek için FAR için optimal kesim değeri %79,8 duyarlılık ve %72,2 özgüllük ile > 49,6 idi. Multivariate lojistik regresyon analizi, FAR'ın CIN gelişimi üzerindeki etkisini gösterdi (odds ratio: 1,109, %95 güven aralığı: 1,095-1,436, P < 0,01).

Sonuç:

FAR'ın, bir inflamatuvar biyobelirteç olarak, PAH olan hastalarda endovasküler girişim sonrası CIN gelişiminin bir göstergesi olabileceği sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler:

Nefropati, Fibrinojen albumin oranı, Periferik arter hastalığı

**3. ENDOKRİN KARDİOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ**
30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.

Resim 1;
Tablo 1. Demografik ve laboratuvar bulguları

Değişkenler	CIN(-) (n=155)	CIN(+) (n=31)	p değeri
Yaş	68.6 ± 12.3	70.6 ± 12.8	0.118
Erkek Cinsiyet, n (%)	65	67	0.062
HTN, %	45	49	0.098
DM, %	31	28	0.078
Hiperlipidemi, n	14	15	0.511
Sigara, n	62	66	0.412
WBC, 10 ³ uL	7.5 ± 4.2	7.3 ± 2.6	0.082
Nötrofil, 10 ³ uL	5.1 ± 2.5	4.9 ± 2.3	0.108
Platelet, 10 ³ uL	346 ± 84	333 ± 79	0.226
Hemoglobin, g/dl	11.0 ± 2.7	11.7 ± 2.6	0.131
Glukoz, mg/dl	100 ± 19.5	98.5 ± 22.1	0.067
Aspartat aminotransferaz, IU/l	25.9 ± 9.5	27.6 ± 9.8	0.135
Alanin aminotransferaz, IU/l	27.5 ± 8.4	28.3 ± 11.6	0.079
Kreatinin mg/dl	0.95 ± 0.35	1.1 ± 0.42	0.055
Kreatinin mg/dl 72. Saat	1.1 ± 0.45	1.6 ± 0.55	<0.001
LDL kolesterol, mg/dL	102.8 ± 16.1	99.5 ± 21.7	0.085
LVEF, %	56 ± 8.4	55 ± 7.4	0.201
Kontrast Miktarı, mL	176 ± 28	195 ± 37	0.046
Fibrinojen, mg/dL	205 ± 21	244 ± 26	<0.001
Albumin, mg/dL	3.9 ± 1.1	3.7 ± 0.8	0.035
CRP, mg/L	7.4 ± 4.3	7.9 ± 3.8	0.071
FAR(Fibrinojen/ Albümin oranı)	52.5 ± 20.4	65.9 ± 30.8	<0.001

DM: Diabetes Mellitus; HTN: Hipertansiyon; LDL, Low density lipoprotein; CRP: C-reactive protein; FAR: Fibrinojen/ Albümin oranı

LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon, CIN(-):Kontrast ilişkili nefropati olmayan grup, CIN(+): Kontrast ilişkili nefropati olan grup

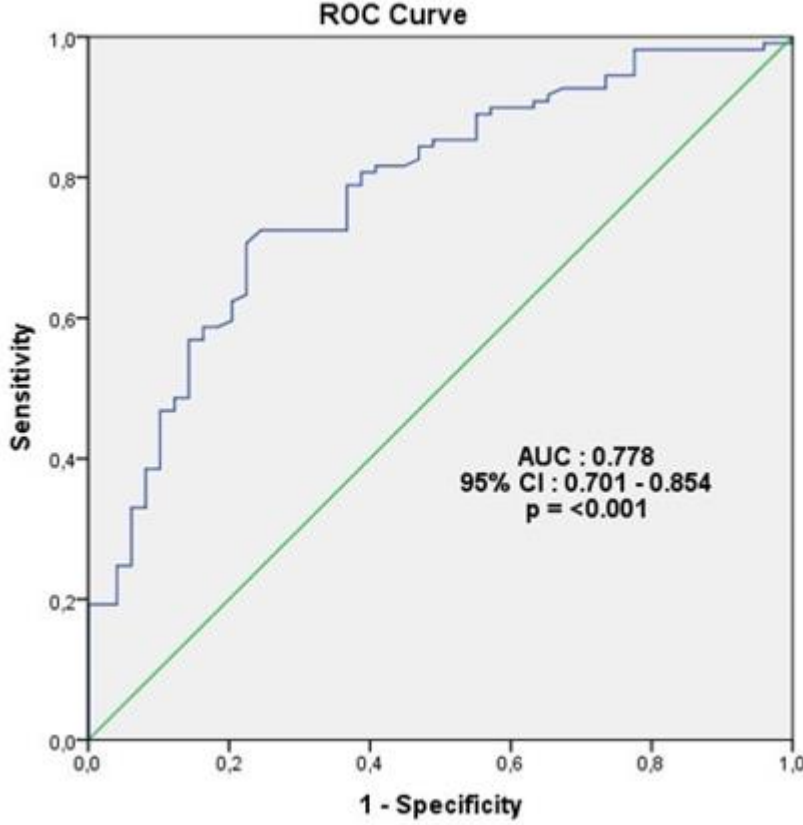
Analiz Değişkenler	Univariate			Multivariate		
	Odds ratio	95% CI	p değeri	Odds ratio	95% CI	p değeri
Age	1.174	1.148-1.814	0.184			
FAR	1.199	1.061-1.003	<0.001	1.109	1.095-1.436	<0.001
DM	1.051	0.971-1.139	0.216			
HT	1.284	0.638-2.585	0.483			
LDL	1.534	1.377-1.073	0.059			
CRP	1.105	1.005-1.204	0.061			
Kontrast Miktarı	1.236	1.100-1.689	0.002	1.102	1.005-1.362	0.005
LVEF	1.051	0.971-1.139	0.216			

DM: Diabetes Mellitus; HTN: Hipertansiyon; LDL, Low density lipoprotein; CRP: C-reactive protein; FAR: Fibrinojen/ Albümin oranı

LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon



Resim 2;



SS-31 Obezite Hastalarında Pulmoner Arteriyel Sertliğin Değerlendirilmesi

Berkant Öztürk, Okan Oğuzhan Ovacı
Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Giriş:

Obezite, pulmoner hipertansiyon (PHT) ile bağımsız olarak ilişkilidir. Obez hastalarda meydana gelen erken mikrosirkülasyon değişiklikler, pulmoner vasküler yatağın yüksek kapasitansı nedeniyle pulmoner arter basıncında (PAB) bir değişim göstermeyebilir. Bu durum obez hastalarda PHT'nun erken dönemde saptanmasını gizleyebilir. Bu nedenle obezite hastalarında pulmoner arter sertliği (PAS) olarak adlandırılan yeni bir ekokardiyografik parametre ile pulmoner vasküler hastalığındaki erken değişiklikler değerlendirilebilir. Bu çalışmada obez erişkin hastalarda PAS değerlendirmeyi amaçladık.

Metod:

Çalışmaya 18 yaşından büyük, 90 obezite hastası (VKİ ≥ 30 kg / m²) ile yaş ve cinsiyet uyumlu 90 sağlıklı (VKİ 18.5 - 24,99 kg / m²) birey dahil edildi. PAS, pulmoner arter akım izinin maksimum frekans kayması ve hızlanma süresi kullanılarak ekokardiyografik olarak hesaplandı.

Bulgular:

PAS obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı (16.5 ± 3.4 'e karşı 12.6 ± 2.3 , $p = 0.001$). Obez hasta grubunda PAS ile VKİ arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı ($r = 0.568$, $p < 0.001$).

**3. ENDOKRİN KARDİYOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ****30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024**
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.**Sonuç:**

Sonuçlarımız, obezite hastalarda pulmoner vasküler yatağın erken dönemde etkilendiğini ve bu değişimin erken dönemde PAS ölçümü ile gösterilebileceğini saptamıştır.

Anahtar Kelimeler:

Obezite, Pulmoner Hipertansiyon, Pulmoner Arteriyel Sertlik

TABLO**Tablo 1. Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri**

Variables	Obezite grubu (n=90)	Kontrol grubu (n=90)	p-value
Yaş, yıl	49.1 ± 10.9	51.7 ± 11.1	0.080
Cinsiyet Erkek n,(%)	57	58	0.372
Hipertansiyon n,(%)	42	45	0.112
Diabetes Mellitus n,(%)	24	26	0.143
Hiperlipidemi n,(%)	16	14	0.180
Koroner Arter Hastalığı n,(%)	10	9	0.189
Sigara n,(%)	29	31	0.142
Hemoglobin, g/dL	13.3 ± 1.2	13.9 ± 1.0	0.232
Hematocrit, %	40.0 ± 3.6	42.3 ± 3.5	0.121
WBC, 10 ³ /µl	7.2 ± 2.8	7.3 ± 2.9	0.690
Platelet, 10 ³ /µl	241 ± 73	244 ± 71	0.570
Total Protein, g/L	6.8 ± 2.5	7.0 ± 2.7	0.185
Kreatinin, mg/dL	1.0 ± 0.3	0.9 ± 0.4	0.171
Glukoz, mg/dl	105 ± 17	107 ± 14	0.120
LDL kolesterol, mg/dL	111.8 ± 16.1	105.4 ± 15.7	0.055
Alanine aminotransferase, IU/l	28.5 ± 9.4	25.2 ± 15.5	0.278
Aspartate aminotransferase, IU/l	28.9 ± 7.6	24.7 ± 8.7	0.135

Tablo 2. Çalışma grubunun ekokardiyografik verileri

Variables	Obezite grubu (n=90)	Kontrol grubu (n=90)	p-value
SVEF, (%)	58.8 ± 2.8	58.3 ± 2.6	0.226
TAPSE, mm	18.8 ± 3.5	20.8 ± 2.8	0.055
sPAB, mmHg	30.2 ± 3.9	25.5 ± 4.3	0.001
PAS, KhZ/ms	16.5 ± 3.4	12.6 ± 2.3	0.001

SVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; TAPSE: Tricuspid annular plane systolic excursion;
sPAB: sistolik Pulmoner arteriyel basınç; PAS: Pulmoner arteriyel sertlik

Tablo 3. Korelasyon analizi

	Obezite grubu VKİ	Tüm hasta grubu VKİ
PAS, KhZ/ms	r = 0.568, p < 0.001	r = 0.408, p = 0.001

**SS-32 İntraoperatif Karaciğer Fonksiyonu Değerlendirmesinde İndosiyanın Green (ICG) Kullanımı: Olgu Sunumu**

Yusuf Ziya Çolak¹, Duygu Demiröz¹, Cemalettin Koç²

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya

Amaç:

Tek lobda sınırlı, metastatik olmayan karaciğer (KC) kitleleri rezekte edilip kür sağlanabilir. Fakat postoperatif dönemde yeterli remnant KC dokusunun kalması çok önemlidir. Bu amaçla preoperatif birçok test ve değerlendirme yapılır. Bunlardan biride KC dinamik fonksiyonunu ölçebilen ICG testidir. Bu olguda yeterli remnant KC dokusu olduğu düşünülen bir hastada intraoperatif ICG testi sonuçları ve klinik karara etkileri sunulmaktadır.

Olgu:

Dış Merkezde HCC Tanısı Alan 46 Yaşında Erkek Hasta, İleri Tetkik Ve Tedavi Amaçlı Merkezimize Başvurdu. Preoperatif Yapılan Tetkiklerde; ALT:34 U/L, AST:48 U/L Normal, ALP:154 U/L, GGT:240 IU/L, LDH:410 U/L, ALB:3.2 3 G/DI, Total Bilirubin: 0.87 G/DI, Direkt Bilirubin:0.31 G/DI, HGB:13 G/DI, PLT:337.000 10⁹ /L, INR:1,2 Ve Elektrolitler Normal Olarak Ölçüldü. Görüntüleme Tetkikleri Sonucu %34 Remnant KC Dokusu Hesaplandı. Genel Anestezi Altında Sağ Hepatektomi Operasyonuna Alınan Hastaya; Rutin Anestezi Monitörizasyonuna, İnvaziv Arter Monitörizasyonu Eklenip, Sağ İnternal Juguler Vene Santral Kateter Yerleştirildi. İntraoperatif Süreçte, Kitlenin Büyüklüğü, Remnant KC Dokusuna Yakınlığı Ve Remnant KC Dokusunun Beklenenden Daha Düşük Bir Volüme Sahip Olması Nedeniyle İntraoperatif ICG Testi Planlandı. PICCO® Monitörizasyon Platformunda, Limon Modülü Hazırlandı. Sağ Hepatik Arter Ve Sağ Portal Ven Kapatılarak Kan Akımının Sadece Sol Loba Gitmesine İzin Verildi. Böylece Sadece Sol Lobun ICG Testi İle Dinamik Fonksiyon Testi Mümkün Hale Getirildi. 25mg Kuru Toz Halinde Bulunan ICG, 5cc SF İle Çözüldü. 173 Cm, 56 Kg Olan Hasta İçin 14mg ICG Dozu Hesaplandı. Hemodinamik Ve Solunumsal Parametreleri Stabil Olan Ve Vücut Sıcaklığı Normal Olan Hastanın Sağ Başparmağına ICG Probu Takıldı. Olası Etkileşimlerden Kaçınmak İçin Tüm Işık Kaynakları Uzaklaştırıldı. Ölçüm Öncesi 1 Dk Boyunca Bazal Renk Düzeyi Ölçüldü, Sonrasında 14mg (Yaklaşık 3 Cc) ICG Santral Venöz Yoldan Enjekte Edildi. Yaklaşık 30sn Sonra Cihaz ICG'nin Neden Olduğu Renk Değişikliğini Tespit Etti Ve Kandan Temizlenme Hızı Ölçülmeye Başlandı. Yaklaşık 7dk. Kadar Kısa Bir Süre İçerisinde Sonuçlar Alındı. ICG'nin Dakikada Plazmadan Temizlenme Hızını Gösteren PDR:%15.7 (Normal Değerler:%18-%25), 15. Dk'da Plazmada Kalan Rezidü Miktarını Göstere R15:%9.5 (Normal Değer:<%15) Ölçüldü. Bu Bilgiler Işığında Remnan KC Dokusunun Yeterli Olacağı Düşünüldü Sağ Hepatektomiye Devam Edildi. Postoperatif Takiplerinde Ciddi Sorunları Olmayan Hasta 1hf Sonra Önerilerle Taburcu Edildi.

Tartışma:

Metabolize edilmeden, sadece KC'den tarafından, kandan temizlenen ICG maddesi KC dinamik fonksiyonunu ölçmede etkili bir yöntemdir. Remnant KC dokusunun fonksiyonel yeterliliği hakkında intraoperatif olarak bu yöntemin başarı ile kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler:

ICG, Hepatektomi, KC Yetmezliği

**İntraoperatif ICG ölçümü****SS-33 Kalıcı diyaliz kateteri ilişkili infektif endokardite bağlı emboli**

Harun Özmen¹, Mahmut Yılmaz², Erdi Hüseyin Erdem¹, Serkan Dogru¹, Bahar Aydın¹, Mehmet Ballı², Özkan Karaca², Mevlüt Atilla¹

¹SBÜ Mersin Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı MERSİN

²SBÜ Mersin Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Kardiyoloji Ana Bilim Dalı MERSİN

Giriş:

Kardiyovasküler invaziv girişim ve cerrahiler infektif endokardit ile yakından ilişkilidir. Infektif endokarditin kalple ilgili komplikasyonları kapaklarda oluşan vejetasyonlar ile meydana gelir. Sistemik enfeksiyonlardan konjestif kalp yetmezliğine varan değişik ve geniş klinik görünümde patolojilere yol açabilir.

Olgu:

Kronik böbrek yetmezliği 66 yaşında, kalıcı diyaliz kateterli, erkek hastanın infektif endokardit ön tanısı ile yoğun bakıma yatırıldı. Yapılan ekokardiyografide aort kapak üzerinde 12*10mm boyutunda vejetasyon ile uyumlu kitle izlendi. Tedavi olarak Enoksaparin sodyum 0,6mg 2x1, Asetilsalisilikasit 100mg 1x1, Vankomisin 1x1 gr, Sulperazon+Sulbaktam 2x500mg, Diltiazem hidroklorür 30mg 2x1 ve Amiodaron tb 2x1 başlandı. Sağ subklavyen vende bulunan kalıcı diyaliz kateteri çıkartılıp kültür alındı. Takibinde geçici, femoral bölgedeki diyaliz kateterinden diyaliz yapılan hastaya, fistül açılması planlandı. Eş zamanlı olarak kapak cerrahisi için kalp damar cerrahi kliniğince konsulte edilen hastanın medikal tedavisinin devamı, acil kapak replasmanı endikasyonu olmadığı, antibiyoterapinin on güne tamamlanacak şekilde devamı şeklinde görüş bildirildi. Yoğun bakımda yatışının 7. gününde solunum arrestini takiben kardiyak arrest gelişti ve hasta kaybedildi.

Sonuç:

İnfektif endokardit gelişen hastaların üçte ikisinde dişle ilgili veya tonsillektomi gibi cerrahi girişim öyküsü bulunmaktadır. Kardiyovasküler kataterizasyonlar da etiyolojide rol almaktadır. Kronik böbrek yetmezliği bulunan, arteriovenöz fistül açılmayı bekleyen olgumuzda kalıcı subklavyen diyaliz kateteri mevcuttu. İnfektif endokarditin kalple ilgili komplikasyonları kapaklarda oluşan vejetasyonlar aracılığıyla meydana gelip bunun yanında sistemik enfeksiyonlara, emboliye, metastatik enfeksiyon odaklarına, konjestif kalp yetmezliğine, ve immun kompleks lezyonlarına yol açabilmektedir. Bu bağlamda, hastamızda aort kapak üzerinde tespit edilemeyen bir vejetasyonun emboliye neden olmuş olabileceği ve buna bağlı olarak exitus geliştiği düşünüldü. Sonuç olarak infektif endokardit, hızlı tanı konulmasını, etkili antibiyotik tedavisi ile beraber hızla cerrahi tedavinin uygulanmasını gerektiren bir klinik durumdur.

Anahtar Kelimeler: İnfektif endokardit, aort kapak vejetasyonu, diyaliz kateteri

**SS-34 Periaortic Adipose Tissue Index: A New Approach to the Relationship between Coronary Stenosis Severity/Lesion Complexity and Periaortic Adipose Tissue**Ümit Bulut¹, Ertan Akbay²¹İstanbul Mehmet Akif Ersoy G: K. D.C. Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Alanya Başkent Üniversitesi Hastanesi**Amaç:**

Periaortik yağ dokusu (PAT) ile ateroskleroz ile ilişkilidir. PAT ile koroner darlık ciddiyeti konvansiyonel koroner anjiyografi (KAG) ile değerlendirilmemiştir. Çalışmanın amacı, PAT ile koroner darlık ciddiyeti/yaygınlığı arasındaki ilişkiyi saptamak, ek olarak, PAT'dan türetilen yeni bir indeks olan periaortik yağ dokusu indeksi (PATI) ile değerlendirmektir.

Yöntemler:

Ocak 2017 ile Ocak 2022 tarihleri arasında KAG ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. PAT volümü BT görüntüleri değerlendirilerek, PATI ise, PAT volümünün desendan aort çevresine bölünmesiyle hesaplandı. KAG'de $\geq 50\%$ darlık varlığına göre hastalar iki gruba ayrıldı. PAT ve PATI'nin SYNTAX puanı ile korelasyonu değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmamızda 263 hasta [ortalama yaş 64.5(54/72), erkek 164 (%62.4)] değerlendirildi. 181 hastada (%68.8) ciddi KAH görüldü. Ciddi darlık bulunanlarda PAT hacmi ve PATI anlamlı olarak daha yüksekti (her ikisi için $p < 0.001$). PAT ve PATI, KAH risk faktörleri ile birlikte değerlendirildiğinde, PATI ile ciddi KAH arasında bağımsız bir ilişki bulundu ($\beta: 0.581$, $p: 0.097$, $\beta: 0.968$, $p: 0.006$, sırasıyla). SYNTAX skoru ile PAT ve PATI arasında korelasyon bulunmadı ($r: -0.026$, $p: 0.73$, $r: -0.019$, $p: 0.19$, sırasıyla).

Sonuç:

Çalışmamızda PAT ve PATI ciddi koroner darlığı bulunanlarda daha yüksekti, ayrıca PATI ile ciddi darlık arasında bağımsız bir ilişki mevcuttu. PAT ve PATI ile SYNTAX skoru arasında ilişki saptamadık.

Anahtar Kelimeler:

Koroner arter hastalığı, periaortik yağ dokusu, syntax skoru, koroner anjiyografi

SS-35 Tikagrelor kullanım sonrası gelişen trombositopeniYusuf Yılmaz¹, Merve Kapçık¹, Banu Yılmaz², Adem Atıcı¹, Mustafa Çalışkan¹¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, İstanbul**Introduction:**

Antitrombosit tedavinin akut koroner sendrom tedavisinde rolü önemlidir. Tikagrelor, P2Y12 reseptörünün selektif geri dönüşümlü antagonistidir Klopidoğrele göre daha hızlı etki etmektedir ve trombosit inhibisyonunu da daha güçlü bir şekilde sağlamaktadır. Yan etkileri ise tedavinin ilk haftasında asemptomatik ventriküler duraklamaların insidansında artış, dispne, serum kreatinin seviyesinde artış, ürik asit artışı, ve major kanama olarak sıralanabilir.(1) Biz, nadir görülen ancak ciddi seyredebilecek bir yan etki olan tikagrelora bağlı trombositopeni vakasını sunuyoruz.

Case Report:

56 yaşında erkek hasta acil servise göğüs ağrısı ile başvurdu. Elektrokardiyogramında (EKG) sinüs ritmi, inferior derivasyonlarda ST elevasyonu saptandı. Ekokardiyografide, inferior duvar hipokinetik, sol ventrikül ejeksiyon



fraksiyonu %45 idi. Başvuruda trombosit sayısı $230 \times 103/\mu\text{l}$ idi. Hastaya STEMI tanısı ile balon anjiyoplasti yapıldı ve sağ koroner artere ilaç salınlı stent yerleştirildi. Tek doz 5000 ünite unfraksiyone heparin, 300 mg asetilsalisik asit ve 180 mg tikagrelor yükleme dozu verildi. Bunu takiben 1×100 mg asetilsalisik asit ve 2×1 90 mg tikagrelor idame verildi. Takiplerimizde trombosit sayısında progresif bir düşüş fark ettik. Yaklaşık %50 oranında azalma görüldü. Peteşi, purpura, ekimoz veya kanama gözlemlenmedi, xgbcvkbateş görülmeydi. Biyokimyasal parametreler ve koagülasyon testleri normaldi. Mikroanjiyopatik hemolitik durumlar için periferik yayma yapıldı. Periferik yaymada şistosit görülmeydi ve trombosit sayısı $80 \times 103/\mu\text{l}$ olarak değerlendirildi. Tikagrelor tedavisini klopidoğrel ile değiştirdik. Trombosit sayısında hızlı bir artış gözlemlendi. Taburcu olduktan bir hafta sonra yapılan kontrolde klopidoğrel ile tedavisine devam ettiğimiz hastanın trombosit sayısı $285 \times 103/\mu\text{l}$ olarak bulundu.

Tartışma:

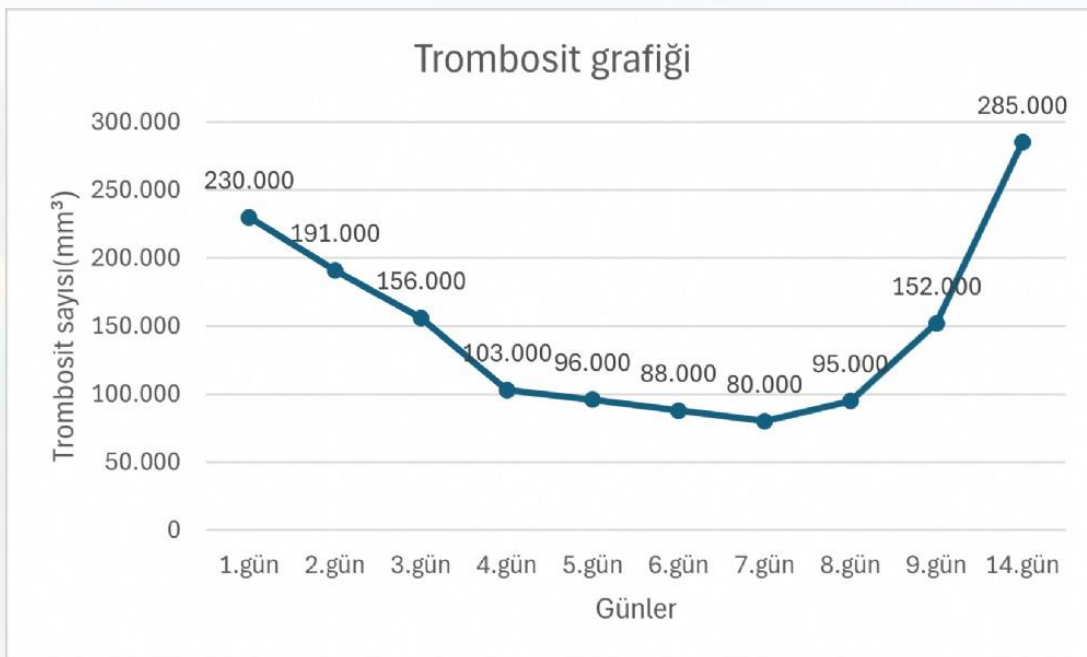
Trombositopeniler genel olarak yapım azlığı, yıkım artışı ve trombosit dağılımında bozukluk olarak sınıflandırılır. Megakaryositlerin hipoplazisi ya da baskılanması, İneffektif trombopoez, İmmün trombositopeni, ilaçlar, Yaygın damar içi pıhtılaşma, trombotik trombositopenik purpura, Hemolitik üremik sendrom başlıca sebepler arasında sıralanabilir. (2) Diğer bir neden olabilecek tikagrelor tedavisine maruziyetten hemen sonra trombositopeninin başlaması, tikagrelor tedavisinin kesilmesinin ardından trombositopeninin hızla düzelmesi bize trombositopeninin nedeninin tikagrelor olduğunu gösterdi.

Sonuç:

Tikagrelor tek doz kullanım ile bile trombositopeniye neden olabilmektedir. Perkutan girişimler sonrası trombositopenide tikagrelor gözden kaçmaması gereken bir ajandır. P2y12 inhibitörlerinden tiklopidin ve klopidoğrel ile ilişkili bazı trombotik trombositopenik purpura ve izole trombositopeni vakaları yayınlanmıştır ancak tikagrelor ile ilişkili trombositopeni henüz yeterince çözümlenememiştir ve etki mekanizması belirsizdir. (4)

Anahtar Kelimeler:

Trombositopeni, tikagrelor, antiagregan



Trombosit grafiği

**SS-36 Klinik olarak asemptomatik obstrüktif koroner arter hastalığının yapay zeka destekli vektör kardiyografi kullanılarak istirahat halinde tespiti- Klinik deneyimimiz**OĞUZHAN TOKLU

Uzm.Dr. Oğuzhan Toklu Kardiyoloji Muayenehanesi

Arka plan:

Koroner arter hastalığı (KAH), mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir. İstirahat halindeki stabil KAH'ın saptanmasına yönelik geleneksel invaziv olmayan tanı yöntemleri düşük hassasiyet ve kişisel uzmanlık gibi önemli sınırlamalara tabidir. Vektörkardiyogram (VCG), miyokard iskemisi ile ilgili zamansal-mekansal özellikleri analiz ederek ve sürekli kalp döngülerinde ST-T segmentindeki ince değişiklikleri yakalayarak, EKG bazlı miyokard iskemi tespitinin performansını artırabilir. Bulgular, yapay zeka tabanlı tekniklerin 2008'den bu yana KAH'ın tespitinde giderek daha fazla uygulandığını gösteriyor. VCG kullanılarak kalbin uyarılma süreci üç boyutlu bir sinyal olarak tanımlanabilir. İlk önce sinyalden belirli fiziksel parametrelerin hesaplanması ve ardından bunların nöronal ağlar içeren bir makine öğrenme algoritmasıyla analiz edilmesiyle tanı konulabilir düşüncesiyle makine öğrenimi yöntemi kullanılarak geliştirilmiş bir tarama aracı olan yapay zeka destekli vektör kardiyografi (Kardisyografi™, CSG®) kullanarak obstrüktif koroner arter hastalığı tespit etmeyi amaçladık.

Yöntemler:

Çalışmaya Framingham risk skorlamasına göre düşük ve orta risk grubuna giren, tipik veya atipik herhangi bir semptomu olmayan, sadece rutin kontrol için başvurmuş, tamamı kliniğimizde görülen 922 hasta dahil edildi. CSG tarafından koroner darlık tespit edilen 117 hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide obstrüktif KAH ≥ 50 çaplı darlık olarak tanımlandı. Bu analizde değerlendirilen birincil sonuç, altın standart olan anjiyografik bulgularla karşılaştırıldığında beş kat iç içe çapraz doğrulamayla doğrulanan CSG Tanı Sisteminin doğruluğuydu. BULGULAR: 117 hastanın %61,5 'inde (n = 72) koroner anjiyografi ile belirlenen 1, 2 veya 3 damar obstrüktif koroner arter hastalığı vardı. CSG, kadın hastalar için 91.1 ± 4.4 duyarlılıkla (erkek: 96.1 ± 3.3), 76.4 ± 9.4 özgüllükle (erkek: 77.6 ± 2.1) istirahat halindeki bir obstrüktif KAH tanımladı. ($\pm 8,5$ ve genel doğruluk oranı $87,5 \pm 6,6$ (erkek: $91,7 \pm 4,3$)). CSG'nin koroner anjiyografi önerdiği ve obstrüktif koroner arter hastalığı kriterini taşımayan 45 hastanın (%38,5) 36'sında nonobstrüktif (< 50) koroner arter hastalığı, 9'unda ise koroner yavaş akım saptandı. SONUÇ: Bu bulgular, denetimli yapay zeka destekli vektör kardiyografinin, istirahat halindeki obstrüktif koroner arter hastalığı tespitinde geleneksel noninvaziv tanı yöntemlerinin sınırlamalarını aşabileceğini ve ayakta tedavi ortamında daha ileri teşhis testlerine ihtiyaç duyan hastaları belirlemek için son derece geçerli bir tarama aracı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Kardisyografi, Koroner arter hastalığı, Makine öğrenme, Nöral ağlar, Vektörkardiyografi.

SS-37 RCA perkütan koroner girişim sırasında floppy guidewire distal ucunun koroner arter içinde kopması ve vakanın yönetimi ile ilgili olgu sunumuBerkant ÖZTÜRK, Ahmet Karagöz

Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

59 yaş erkek hasta, son 3 aydır olan efor anjinası şikayeti ile kardiyoloji polikliniğimize başvurdu. Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı olan hastanın EKG: sinüs ritmi, d2 d3 avf derivasyonlarında T negatifliği mevcuttu. Eko da EF: %50 inferior duvar hipokinetik, eser ay, eser my mevcuttu. Hastaya yapılan efor testinde d2 d3 avf derivasyonlarında anlamlı derece de ST depresyonları olması üzerine elektif koroner anjiyografi (KAG) planlandı.



Hasta KAG ile değerlendirilmek üzere katater laboratuvarına alındı. Yapılan KAG sonucu: LMCA normal, LAD stent açık, CX stent açık ve RCA proksimal stent içi %60, RCA distal stent sonrası %90 olarak değerlendirildi. Hastanın RCA distal %90 lezyona perkütan koroner girişim (PKG) kararı alındı.

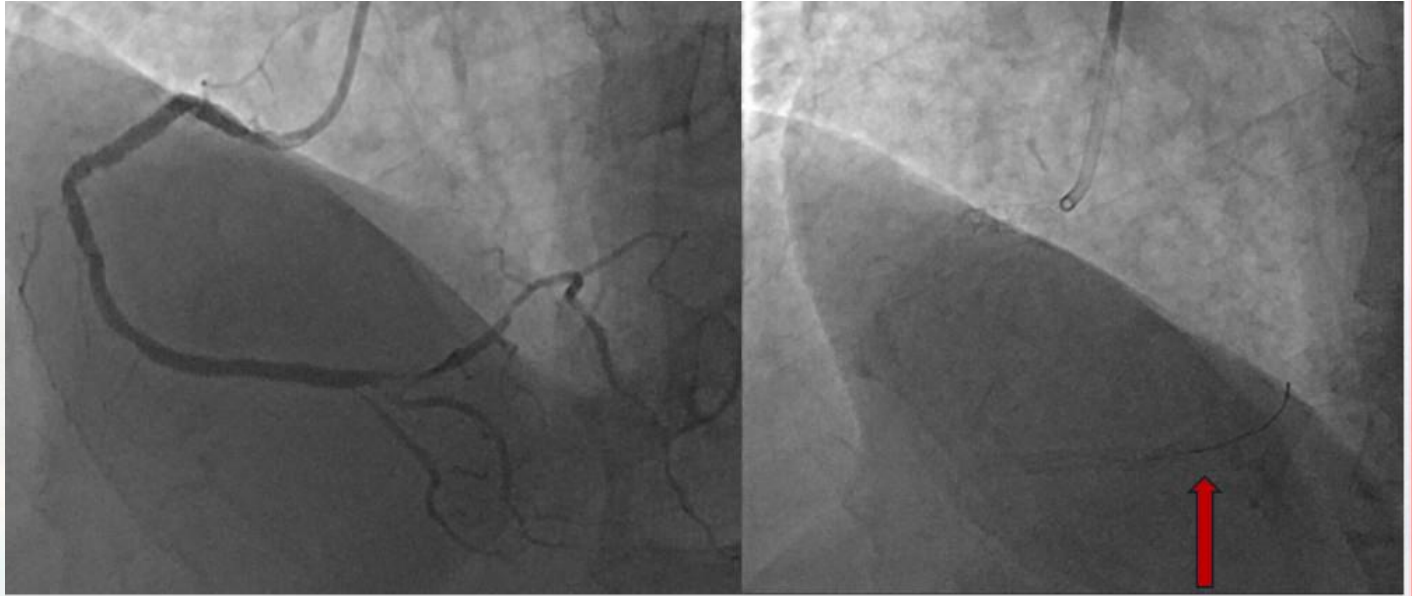
RCA'ya sağ guiding katater ile oturuldu. Floppy guidewire ile distal %90 lezyon geçildikten sonra floppy daha distale ilerletilemedi ve tork verilemedi. Klavuz telimizi distale atmaya çalışırken guiding katater sistemden attı. Tekrar floppy üzerinden guiding katater ile RCA ya oturuldu ancak opak verildiğinde yıkanmayınca (dumping) katater hemen çekildi. Tekrar RCA ya oturmak için skopi ile bakıldığında floppy guidewire uç kısmından koptuğu ve lezyon bölgesi hemen distalinden lezyon proksimaline kadar koroner arter içinde olduğu görüldü. (Resim 1) Kopan telin koroner içinde kalan kısmını micro snare yardımı ile almayı düşündük ancak katater laboratuvarımızda micro snare kalmamıştı. Elimizde micro snare olmadığından kopan floppy guidewire distal parçasını lezyon bölgesinde stent ile crush etmeye karar verildi.

RCA distal %90 darlık extra-support tel ile geçildi ancak lezyondan stent direkt geçemediğinden 2,0x15 mm balon ile predilasyon uygulandı. Ardından kopan floppy guidewire parçası lezyon bölgesinde stent ile damar duvarı arasında crush olacak şekilde 2,25x24 mm ve 2,25x16 mm DES implante edildi.

Sonuç olarak PKG'nin bir komplikasyonu olarak kopan floppy guidewire distal parçası stent ile crush edildi ve RCA distal darlıkta optimal açıklık sağlandı.

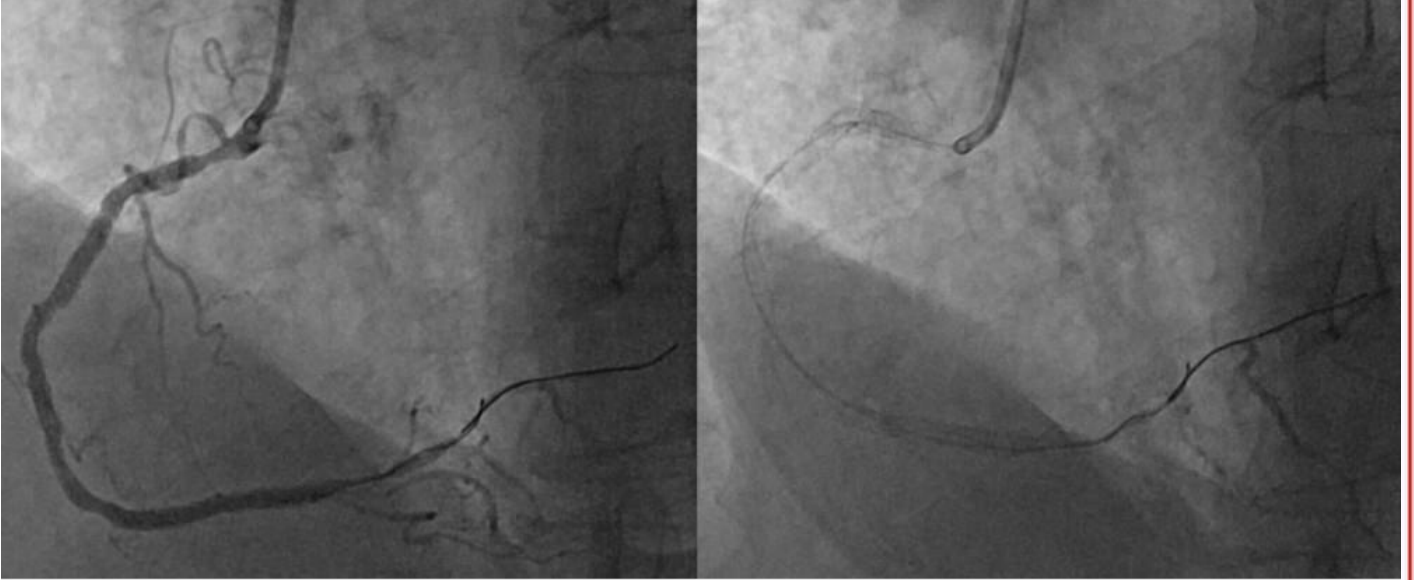
Anahtar Kelimeler:

floppy kopması, floppy, crush



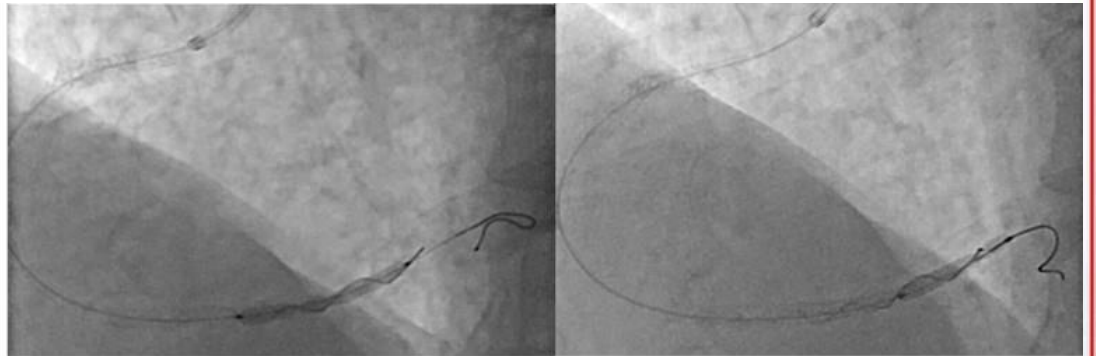
Resim 1: RCA koroner anjiyografi ve kopan floppy guidewire parçası

Resim 1: RCA koroner anjiyografi ve kopan floppy guidewire parçası



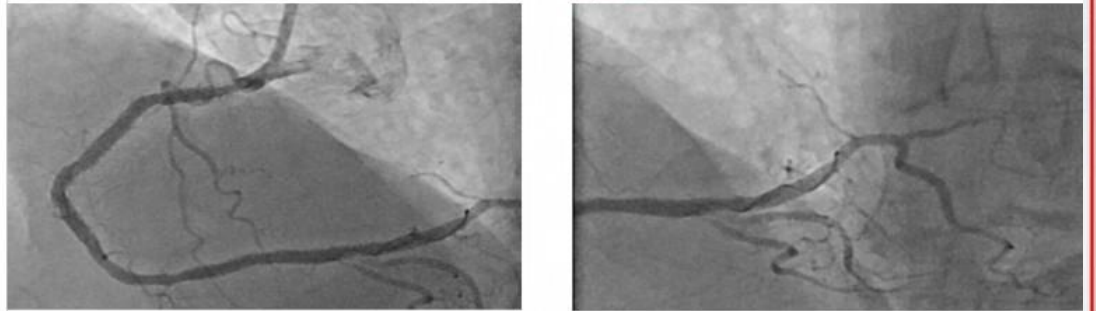
Resim 2: RCA distal %90 darlık extra-support tel ile geçilmesi ve kopan floppy guidewire görüntüsü

Resim 2: RCA distal %90 darlık extra-support tel ile geçilmesi ve kopan floppy guidewire görüntüsü



Kopan floppy guidewire parçası lezyon bölgesinde stent ile damar duvarı arasında crush olacak şekilde 2,25x24 mm ve 2,25x16 mm DES implante edildi.

Resim 3



Sonuç olarak PKG'nin bir komplikasyonu olarak kopan floppy guidewire distal parçası stent ile crush edildi ve RCA distal darlıkta optimal açıklık sağlandı.

Resim 3: Kopan floppy guidewire parçası lezyon bölgesinde stent ile damar duvarı arasında crush olacak şekilde 2,25x24 mm ve 2,25x16 mm DES implante edildi. Sonuç olarak PKG'nin bir komplikasyonu olarak kopan floppy guidewire distal parçası stent ile crush edildi ve RCA distal darlıkta optimal açıklık sağlandı.

**SS-38 Results of Balloon Valvuloplasty in Rheumatic Mitral Valve Stenosis: Experience in a Tertiary Center**

Mehmet Altunova, Samet Sevinç

MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Objective:

Rheumatic heart disease (RHD) is a common cause of mitral stenosis (MS) in developing countries. Percutaneous mitral balloon valvuloplasty (PMBV) is an acceptable alternative to mitral valve surgery in patients with mitral stenosis. The aim of this study is to share our 12-year experience of PMBV in patients treated at our tertiary center.

Materials-Methods:

We evaluated the in-hospital, early-term, and long-term outcomes of 390 patients who underwent percutaneous mitral balloon valvuloplasty due to severe mitral stenosis at our tertiary center between January 2009 and January 2021.

Results:

The mean age of the patients was 42.4 ± 11.3 years, with 342 (87.7%) being female. Successful procedures were performed in 343 patients (87.9%). Procedure failure occurred in 47 patients (12.1%), with reasons including advanced mitral regurgitation in 14 patients, unsuccessful septostomy in 11 patients, pericardial tamponade in 10 patients, left atrial thrombus in 8 patients, and aortic puncture in 4 patients. Emergency surgery was required in 16 patients (4.1%). Early intervention was necessary in 14 patients (3.6%) during the first 12 months of follow-up. The median follow-up duration was 48 months, during which late intervention was required in 56 patients (14.4%). Mitral valve replacement was performed in 33 patients, mitral commissurotomy in 4 patients, repeat balloon valvuloplasty in 17 patients, and a third balloon procedure in 2 patients.

Conclusion:

According to the results encountered in our tertiary center, PMBV is an effective and safe treatment alternative to mitral valve surgery in patients with mitral stenosis, despite potential complications and the need for repeated interventions.

Anahtar Kelimeler:

Mitral stenosis, Balloon mitral valvotomy, Outcomes

SS-39 Aorto-RCA açısının lezyon yerleşimine ve kritiklik düzeyine etkisi

Emre Melik Faideci¹, Mehmet Emin Alak², Gülden Guven³, Murat Ziyrek⁴, Ertuğrul Okuyan⁵

¹Dört Yol Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Hatay

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Özel Farabi Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü; Konya

⁵Medipol Acıbadem Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş:

Koroner arter hastalığı tüm dünyada yaygın mortalite ve morbidite nedenidir. Ortaya çıkışı ve ilerlemesinde etkili birçok faktör mevcuttur. Koroner arter anatomisinin etkisi çeşitli çalışmalar da incelenmiştir. Koroner arter endotel sürekli olarak shear strese maruz kalır. Endotel hücreleri ile hemodinamik shear stres arasındaki etkileşim ateroskleroz gelişiminde rol oynar. Shear stres ile aterokoruyucu faktörler doğru orantılıdır. Mekanik stres biyokimyasal yollara dönüşür ve bu mekanotransdüksiyon endotel ateroskleroza karşı korur. Farklı akış modelleri, sinyal iletimi ile gen ve protein ekspresyonu yoluyla endotel hücre morfolojisini, metabolizmasını ve inflamatuvar fenotipi doğrudan belirler. Bu



nedenle, yüksek shear stres, vasküler tonusun düzenlenmesi ve endotel hücrelerinin bütünlüğünün ve fonksiyonunun uzun süreli korunması yoluyla aterosklerozun önlenmesinde önemli bir rol oynar. Shear stresi etkileyen damar açısında ateroskleroza etki eder.

LMCA'nın LAD ve CX ile olan açısının bifurkasyon lezyonlarına etkisi önceden çalışmalar ile saptanmıştır. Aort ile RCA arasındaki açının ateroskleroz gelişimine etkisi ise koroner BT ile incelenmiştir. Aorto-RCA açısının kritik RCA darlığı olan hastalarda anjiyografik ölçümle değerlendirildiği bir literatür çalışması ise yoktur.

Bulgular:

Çalışmamızda 294 hasta değerlendirildi. Demografik veriler, laboratuvar değerleri ve risk faktörleri kaydedildi. Önceden RCA ya perkutan müdahale öyküsü olan, RCA da kulpirid lezyonu bulunan veya CTO olanlar hastalar çalışma dışı bırakıldı. AO-RCA açısı distal crux açısı, lezyon uzunluğu, ostealden lezyona uzaklık ve lezyonun cruxa uzaklığı lezyon başlangıcı, en dar yeri ve lezyon bitiminden ölçüldü. Lezyonun osteal, proksimal, mid ve distal yerleşimi tanımlandı. Kritiklik düzeyi ve lezyon uzunluğunun ostealden cruxa kadar olan mesafeye oranı saptandı. İstatistiksel değerlendirme sonucunda AO-RCA açısının artışı ile lezyonun daha distal yerleşimi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanırken bağımsız prediktör olmadığı saptandı.

Sonuç:

Aort ileri akımının RCA endotelinde oluşturduğu kuvvet/yüzey alanı Aort Akımı ile RCA arasında ki açının artışı ile artış göstermesi beklenir. Bu durum artan shear strese RCA proksimal kesimin daha yüksek maruz kalması ve lezyon yerleşimin distale kayması ile sonuçlanmıştır. Ancak ateroskleroz multifaktöriyel bir durum olup tek hemodinamik belirteç Ao-RCA açısı değildir ve RCA çapı, damarı segmentleri arasındaki açıları ve yan dalları gibi bir çok faktör etkili olması beklenir. Bağımsız prediktör saptanmamasının temel nedeninin bu olduğunu düşünüyoruz. Değerlendirmeye katılmayan farklı hemodinamik etkiye sahip faktörlerde sonuç üzerinde etkili olabilir. İntravasküler hemodinamik değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler:

Aorto-Rca açısı, ateroskleroz, koroner hemodinami

SS-40 Spontan Koroner Arter Diseksiyonuna Bağlı Akut Miyokard İnfarktüsünün Başarılı Medikal Tedavisi

Berkant Öztürk, Mustafa Yenerçağ

Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Spontan koroner arter diseksiyonu (SKAD) gençlerde miyokard enfarktüsünün önemli bir nedenidir. SKAD'lar akut miyokard enfarktüsünün (AMİ) kardiyojenik şok ve ani kardiyak ölüme sebep olabilir. Bu olgumuzda AMİ kliniğinde başvuran genç SKAD hastasının medikal tedavi ile yönetimi sunulacaktır.

35 yaşındaki kadın hasta, göğüs ağrısı şikayeti başvurduğu dış merkezde EKG'de V1-V6 derivasyonlarda ST segment elevasyonu (Resim.1) saptanmış ve koroner anjiyografi (KAG) işlemi sonucunda cerrahi operasyon kararı verilmiş. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize sevk edildi. Kliniğimizde KAG görüntüleri izlendi. LAD orta seviyede SKAD ve TIMI-2 akım izlendi (Resim.2). Serum Troponin I değeri 9 ng/DL idi(0-0,1). Kontrol EKG(Resim.1)'de anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonları izoelektirik hattına yaklaşmış, T dalgaları negatifti. Yapılan transtorasik ekokardiyografide (TTE) EF: %50, sol ventrikül çapları normal, apeks ve anterior duvar hipokinetik izlendi. Göğüs ağrısı olmayan hastaya ikili antiagregan, düşük molekül ağırlıklı heparin ve anti iskemik tedavi verildi. 48 saat sonra kontrol KAG yapıldı. İntrakoroner nitratlı görüntülerde LAD orta seviyede SKAD izlenmedi ve TIMI 3 akım izlendi (Resim.2). Anti-iskemik ve ikili anti-agregan tedavi ile taburcu edildi.

Genç yaşta AMİ ile başvuran hastalarda SKAD düşünülmelidir. Uzman konsensüsü olarak klinik olarak stabil durumda olan SKAD hastalarında acil revaskülarizasyon yerine tıbbi tedavi tercih edilebilir.

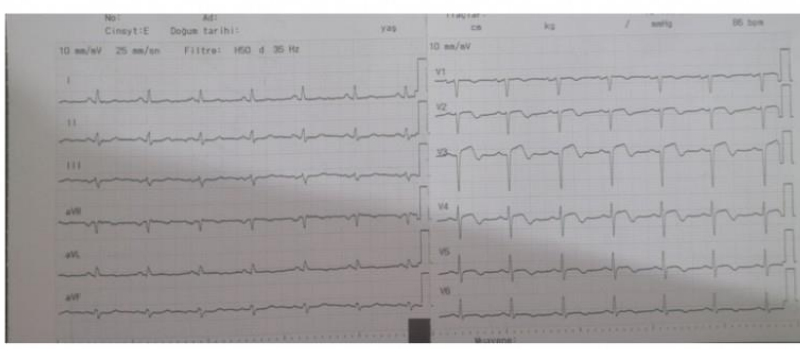


Anahtar Kelimeler:

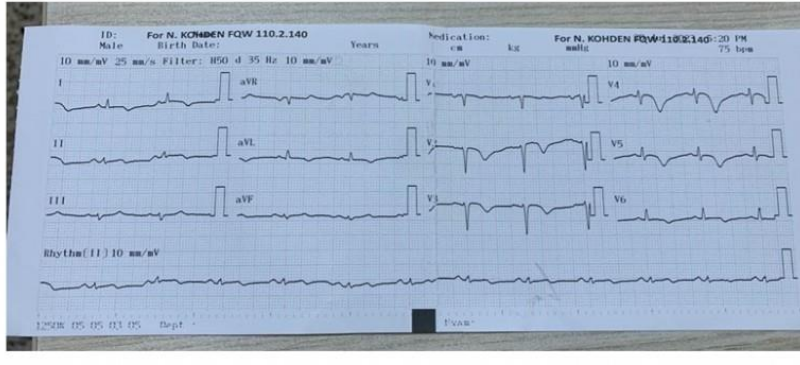
Scad, skad, amı, koroner diseksiyon

RESİM 1

GELİŞ EKG



KONTROL EKG

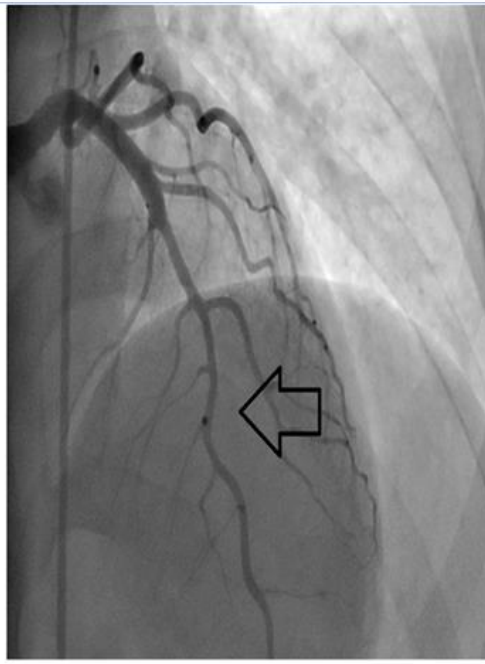


GELİŞ EKG VE KONTROL EKG

RESİM 2



DIŞ MERKEZ KAG



KONTROL KAG

DIŞ MERKEZDE YAPILAN KAG VE HASTANEMİZDE YAPILAN KONTROL KAG.

**SS-41 Orta Derece Böbrek Yetersizliği olan Kalp Yetersizliği Hastalarında Empagliflozin Kullanımının Sol Atriyal Mekanik Fonksiyonlar Üzerine Etkileri**Dogac Oksen¹, Muzaffer Aslan²¹Altınbas Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul²Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Siirt**Giriş:**

SGLT-2 inhibitörleri, kalp yetersizliğinde (KY) mortaliteyi ve hastane yatışları azaltan önemli bir tedavi olarak kabul edilmiştir. Bu ajanlar glomerüler basıncı azaltarak böbrek fonksiyonlarını korumaya katkı sağlar fakat evre 4 ve üzeri böbrek yetersizliğinde (BY) kullanımına yönelik yeterli kanıt yoktur. EMPA – KIDNEY çalışması ise etkinlik açısından yetersiz kalması sebebi ile erken sonlandırıldı. Atriyumların ejeksiyon fizyolojisine ciddi katkıları mevcuttur. SGLT-2 inhibitörlerinin sol atriyal (SA) remodellinge olumlu etkileri gösterilmiştir. Çalışmada KY ile SGLT-2 inhibitörü başlanan fakat orta derece BY ile takipli hasta grubunun SA fonksiyonları üzerine etkisi değerlendirildi.

Metod:

Çalışmaya sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) %35 ' altında olan ve glomerüler filtrasyon hızı 45 – 60 ml/dk/1.73 m² arasında 26 hasta dahil edildi. Hastaların çalışma öncesi ve sonrası ekokardiyografileri değerlendirildi. Hastaların SA volumu, aktif ve pasif boşalma volum ve fraksiyonları, mitral hızlar ölçüldü. Hastalara kılavuz önerilerine uygun olarak klasik KY tedavisine ilave olarak 6 ay boyunca empagliflozin 10 mg tablet verildi ve 6. ay sonunda kontrol ekokardiyografi yapıldı.

Sonuç:

Hastaların ortalama yaşı 54 ± 16.6' dır. Çalışma başlangıcında ortalama LVEF %30.7 olup 6. ay sonunda %32 olarak izlendi fakat istatistiksel anlamlı artış görülmedi. Sol ventrikül sistol sonu çapında anlamlı azalış görüldü (p= 0.034). SA çaplarında istatistiksel olarak anlamlı azalış görüldü (Tablo 1). SA total boşalma volumünde artış ve aktif boşalma volumünde azalış istatistiksel olarak anlamlılık sınırda izlendi (p= 0.042, p= 0.040).

Tartışma:

SGLT-2 inhibitörlerinin hasarlı miyokard dokusunda remodelinge olan katkıları sebebi ile KY' de kuvvetli kanıtlar ile kullanımı önerilmektedir. KY' de SA' un total kardiyak atım hacmine olan katkısı yadsınamaz. SGLT-2 inhibitörlerinin SA elektro-mekanik fonksiyonları üzerine olumlu etkileri orta ölçekli çalışmalar ile gösterilmiştir fakat BY alt gruplarında henüz yeterli kanıt düzeyleri yoktur. SGLT-2 inhibitörlerinin tamamının ileri evre (GFR % 45 altında) güvenilirlikleri gösterilememiş olup kullanımları kısıtlıdır. Fakat çalışmalarda GFR 45 – 60 arasında, orta derece BY olan hastalarda güvenle kullanılabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda bu spesifik grup dahilindeki hastalarda SGLT-2 inhibitörlerinden empagliflozinin SA fonksiyonları üzerine olumlu etkileri gösterildi. Bu çalışma daha geniş kapsamlı sol ventrikül ve sol atriyum fonksiyonlarının strain deformasyon gibi ileri ekokardiyografik teknikler ile değerlendirilmesine yol gösterici nitelik taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler:

Empagliflozin, Sol atriyum fonksiyonları, Kalp yetersizliği, SGLT-2 inhibitörleri

3. ENDOKRİN KARDİYOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.

Tablo 1:

	0. Ay	6. Ay	p değeri
Sol ventrikül diyastol sonu çap, mm	53.8 ± 2.9	52.5 ± 2.4	0.250
Sol ventrikül sistol sonu çap, mm	34.9 (19.6 – 35)	33.5 (19.5 – 34.4)	0.034
LVEF, %	30.7 (16 – 35)	32.0 (20 – 39)	0.128
Sol atriyum çapları, mm			
Antero-posterior	38.5 ± 3.2	36.2 ± 3.1	0.038
Medio-lateral	43.4 ± 3.7	40.9 ± 3.4	0.010
Apiko-bazal	43.0 ± 3.6	40.3 ± 3.1	< 0.001
Sağ atriyum çapları, mm			
Medio-lateral	43.4 ± 4.3	42.9 ± 4.1	0.213
Apiko-bazal	46.6 ± 4.6	43.3 ± 3.9	0.115
Sağ ventrikül diyastol sonu çap, mm	35.8 (22.5 – 50)	39.9 (23 – 48.5)	0.407
Mitral E hızı (m/s)	63.5 ± 13.2	68.5 ± 11.0	< 0.001
Mitral A hızı (m/s)	66.5 ± 15.3	79.5 ± 11.0	0.514
Mitral E/A	1.03 ± 0.27	1.11 ± 0.23	< 0.001
Mitral Deselerasyon zamanı (ms)	0.20 ± 0.08	0.21 ± 0.32	0.159

Konvansiyonel ekokardiyografik ölçümler

Tablo 2:

	0. AY	6. AY	p değeri
SA sistol sonu maksimum volum (mL/m ²)	46.9 (29.5 – 55.9)	46.9 (29.5 – 55.9)	0.58
SA diyastol sonu minimum volum (mL/m ²)	18.0 ± 4.9	18.0 ± 5.4	0.978
Pre-sistolik volum (mL/m ²)	28.2 ± 6.1	27.9 ± 6.3	0.176
Total boşalma volumü (mL/m ²)	14.9 ± 3.7	14.9 ± 3.7	0.042
Total boşalma fraksiyonu (%)	52.4 ± 8.2	51.9 ± 9.8	0.286
Pasit boşalma volumü (mL/m ²)	10.56 ± 3.2	10.64 ± 3.7	0.334
Pasit boşalma fraksiyonu (%)	25.7 ± 8.8	27.1 ± 10.3	0.223
Aktif boşalma volümü (mL/m ²)	8.1 ± 2.9	7.5 ± 2.9	0.04

Empagliflozinin sol atriyum volüm ve mekanik fonksiyonları üzerine etkisi

**SS-42 ST Elevasyonu ile Başvuran Ciddi Aort Stenozu Vakası****EREN OZAN BAKIR**

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Bilinen ciddi aort stenozu tanılı, 3 hafta önce LAD ve RCA perkutan koroner girişim uygulandığı bilinen 84 yaşında kadın hasta, acil servise 1 saattir olan sıkıştırmacı vasıfta göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvurdu. Geliş vitallerinde O2'siz saturasyon değeri %80 ve TA değeri: 160/90 mmhg olan hastanın çekilen EKG'sinde V1 ve V2 derivasyonlarda 1mm ST segment elevasyonu ile birlikte inferior derivasyonlarda respirokale ST segment çökmelerinin olduğu görüldü. (Resim-1) Yapılan ekokardiyografik incelemede apikal, anterior ve anteroseptal bölgede hipokinezi ile birlikte EF değeri %40 olarak ölçüldü.

1 saattir olan yeni başlangıçlı şiddetli anjina tariflemesi, EKG'de ST elevasyonu olması, ve yapılan EKO'da bu bulgulara uyan yeni gelişen bölgesel hareket kusuru olması nedeniyle hasta STEMI tanısı ile acil katater laboratuvarına alındı. Yapılan koroner anjiyografi sonucunda LAD ve RCA stentlerinin patent olduğu, 3 hafta önceki anjiyografisinde mevcut olan distal darlıkların sebat ettiği ancak, ST elevasyonunu açıklayacak yeni gelişen bir culprit lezyonun olmadığı görüldü. Hastanın takibinde troponin değerinin 23 ng/L'den 1077ng/L'ye progrese olduğu izlendi. Hastanın klinik takibinde dekompansemanına yönelik diüretik ve oksijen destek tedavileri sonrası klinik rahatlama gözlemlendi. Takibinde 24. saatte çekilen kontrol EKG'lerinde V1-V2 derivasyonlarındaki ST segment elevasyonlarının ve inferior derivasyonlardaki respirokale değişikliklerin normalize olduğu görüldü. (Resim-2) Hastanın 3 gün sonra yapılan kontrol ekokardiyografik incelemesinde acil serviste akut dönemde görülen bölgesel hareket kusurunun normalize olduğu ve ejeksiyon fraksiyonunun normalize olduğu izlendi. (Video-1)

Ciddi aort stenozu olan hastalarda bu duruma bağlı iskemik değişikliklerin görüldüğü iyi bilinse de, altta yatan kronik zeminde olan koroner arter hastalığı ile birlikte ve miyokard işyükünün belirgin arttığı durumlarda hastanın akut plak rüptürü olmaksızın ST segment elevasyonu ile prezante olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler:

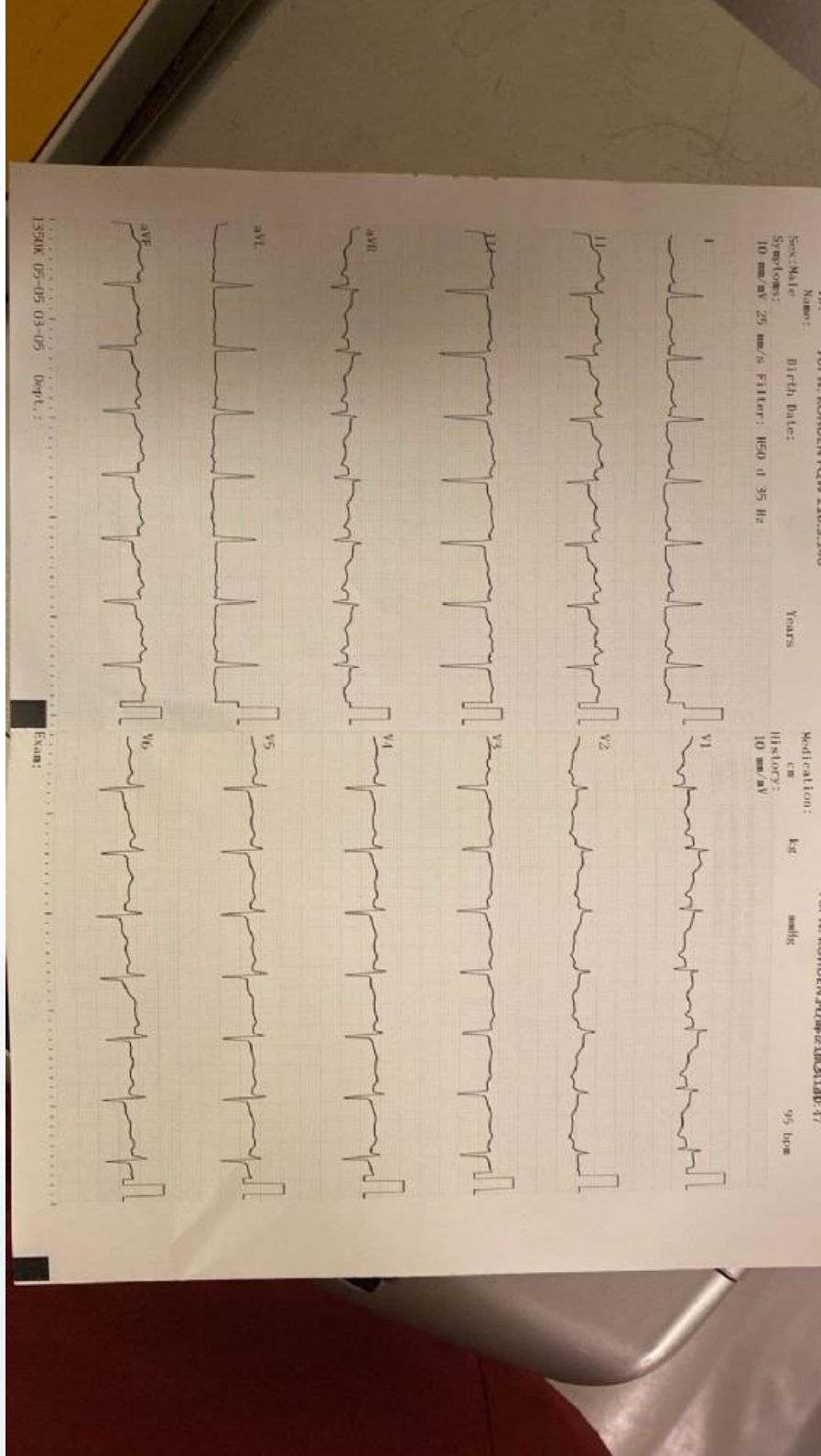
STEMI, Ciddi Aort Stenozu, Akut Koroner Sendrom

**3. ENDOKRİN KARDİYOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ**

30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LIMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.



Geliş EKG



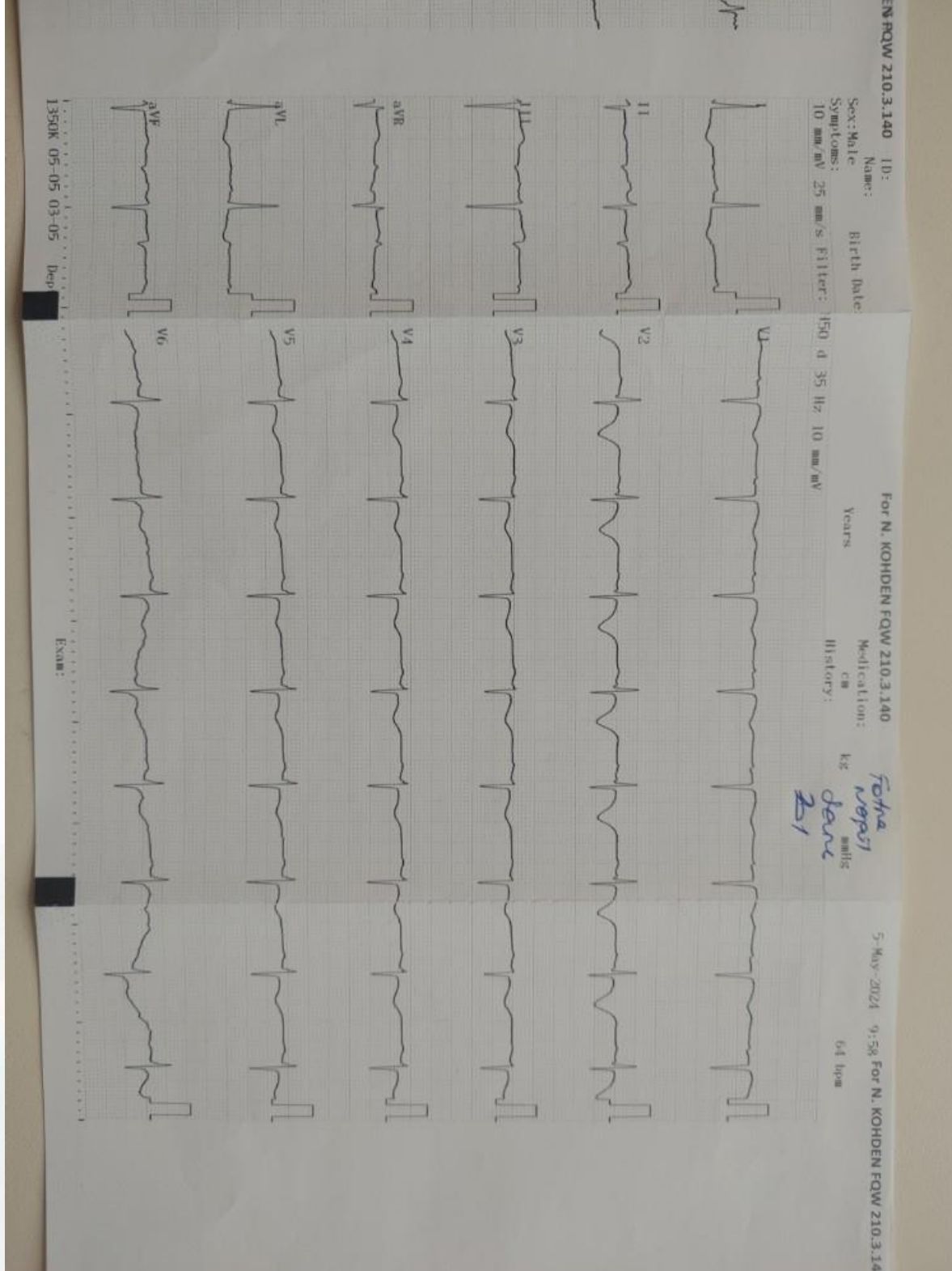
İlk geliş EKG- ST elevasyonu

**3. ENDOKRİN KARDİYOVASKÜLER
RENAL HASTALIKLAR VE ACİLLER KONGRESİ**

30 MAYIS – 2 HAZİRAN 2024
LİMAK CYPRUS DELUXE HOTEL – BAFRA, K.K.T.C.



Kontrol EKG



24. saat kontrol EKG

**SS-43 PACE İLİŞKİLİ VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ**

Berat Yağız, Kamran İldırım, SEYHMUS ERKAN DEMİRCAN, Bünyamin Yıldırım
DİCLE ÜNİVERSİTESİ, KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI, DİYARBAKIR

78 YAŞINDA ERKEK HASTA

BİLİNE KALP YETMEZLİĞİ, KORONER ARTER HASTALIĞI (CABGO +KAG), ÜLSERATİF KOLİT TANILI CRT-ICD TAKILI HASTA

HASTA ÇARPINTI VE GÖĞÜS AĞRISI ŞİKAYETİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURDU.

ÇEKİLEN EKG: VENTRİKÜLER ARİTMİ?; YAPILAN KAN TETKİLERİNDE TROPONİN POZİTİF OLMASI ÜZERİNE HASTA AKUT KORONER SENDROM+VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ ÖN TANILARIYLA İTERNE EDİLDİ.

TAKİPLERDE VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ GELİŞEN HASTAYA CORDARONE İNFÜZYON BAŞLANDI; PACEMAKER KONTROLÜ YAPILDI.

HASTAYA KORONER ANJİOGRAFI PLANLANDI

KAG: SAFEN CX PCI YAPILDI

EKO: 1- LV SEGMENTER DUVAR HAREKET BOZUKLUĞU

2- LV SİSTOLİK DİSFONKSİYONU (EF%25-30)

3- ROMATİZMAL MİTRAL VE AORT KAPAK

4- HAFİF MİTRAL YETERSİZLİĞİ

5- ORTA TRİKÜSPİT YETERSİZLİĞİ + PABs: 40 mmHg

6- TÜM KALP BOŞLUKLARINDA GENİŞLEME

7- SAĞ KALPTE PACE LEAD İZLENDİ

HASTANIN TAKİPLERİNDE VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ ATAKLARI DEVAM ETTİ

PACEMAKER IN ÇALIŞTIĞI ZAMANKİ QRS MORFOLOJİSİ İLE TAŞIKARDİK (ICD ŞOKLAMASININ OLDUĞU) QRS MORFOLOJİSİ BENZER OLDUĞUNDAN İKİ ÖN TANI DÜŞÜNÜLDÜ

1- PACE MAKER LEAD İLİŞKİLİ VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ

2- MİYOKARD İNFARKTÜSÜ ZEMİNİNDE İSKEMİ İLİŞKİLİ VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ

HASTAYA EPS PLANLANDI

YAPILAN EPS: SOL VENTRİKÜL PACEMAKER LEAD UCUNA YAKIN INFERİOR VE POSTERİOR BÖLGEDEN KAYNAKLANAN VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ ODAĞI SAPTANDI. ÇOK SIK VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ TETİKLENEMEDİ. BU YÜZDEN HASTAYA SUBSTRAT MODİFİKASYONU+ İSTMUS ABLASYONU YAPILDI

POSTOP TAKİPLERİNDE VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ VE ICD ŞOKLAMALARI DEVAM EDEN HASTADA LV PACE LEAD İLİŞKİLİ TAŞIKARDİ DÜŞÜNÜLDÜ

PACEMAKER KONTROL CİHAZI İLE PACEMAKER LV LEAD PACING ÖZELLİĞİ KAPATILDI

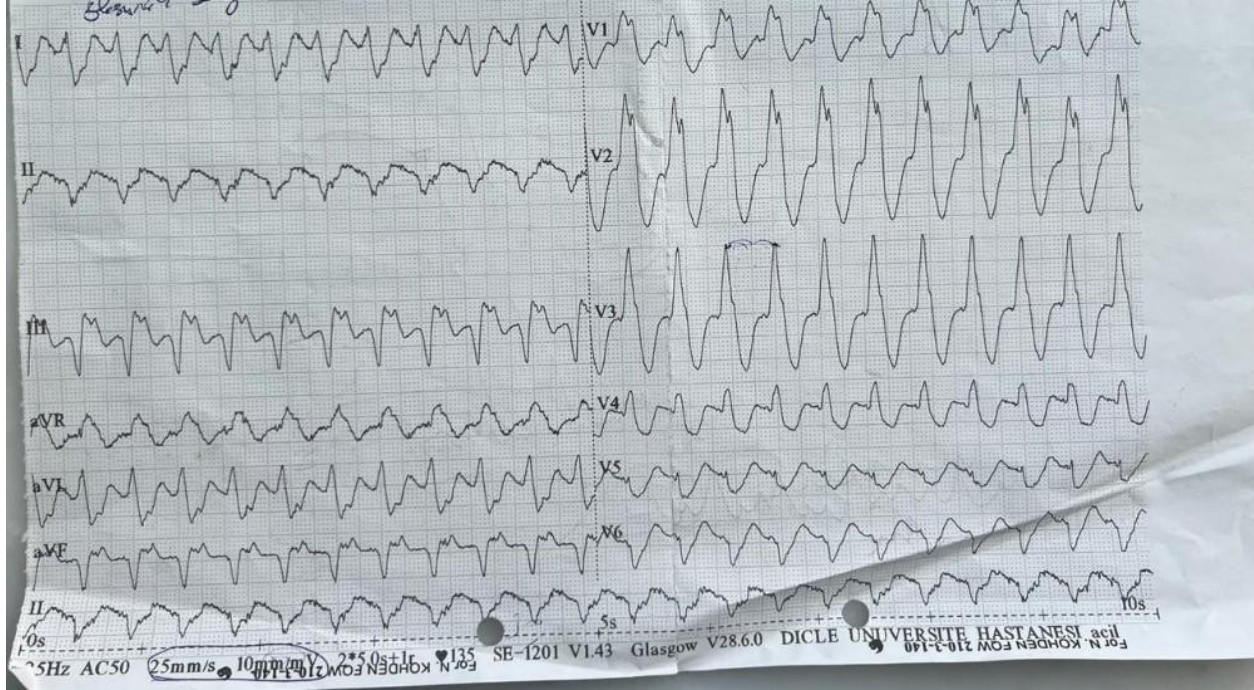
KLİNİK TAKİPTE HİÇ VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ ATAĞI İZLENMEYEN HASTADA PACEMAKER LEAD İLİŞKİLİ VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ DÜŞÜNÜLDÜ

Anahtar Kelimeler:

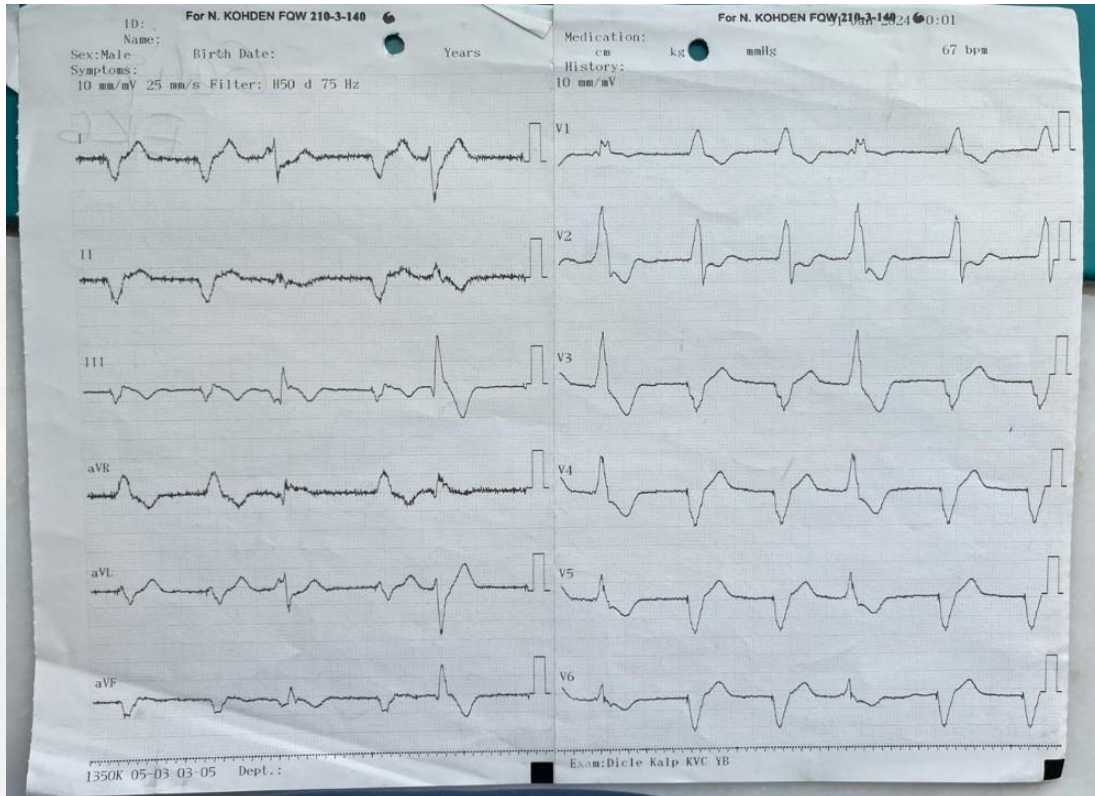
Pace, Ventriküler aritmi, Akut koroner sendrom



1. VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ EKG Sİ



2. TRİGEMİNE VES EKG Sİ





SS-44 Travma Sonrası Gelişen Konstrüksiyon Bulgularının Başarılı Medikal Tedavisi

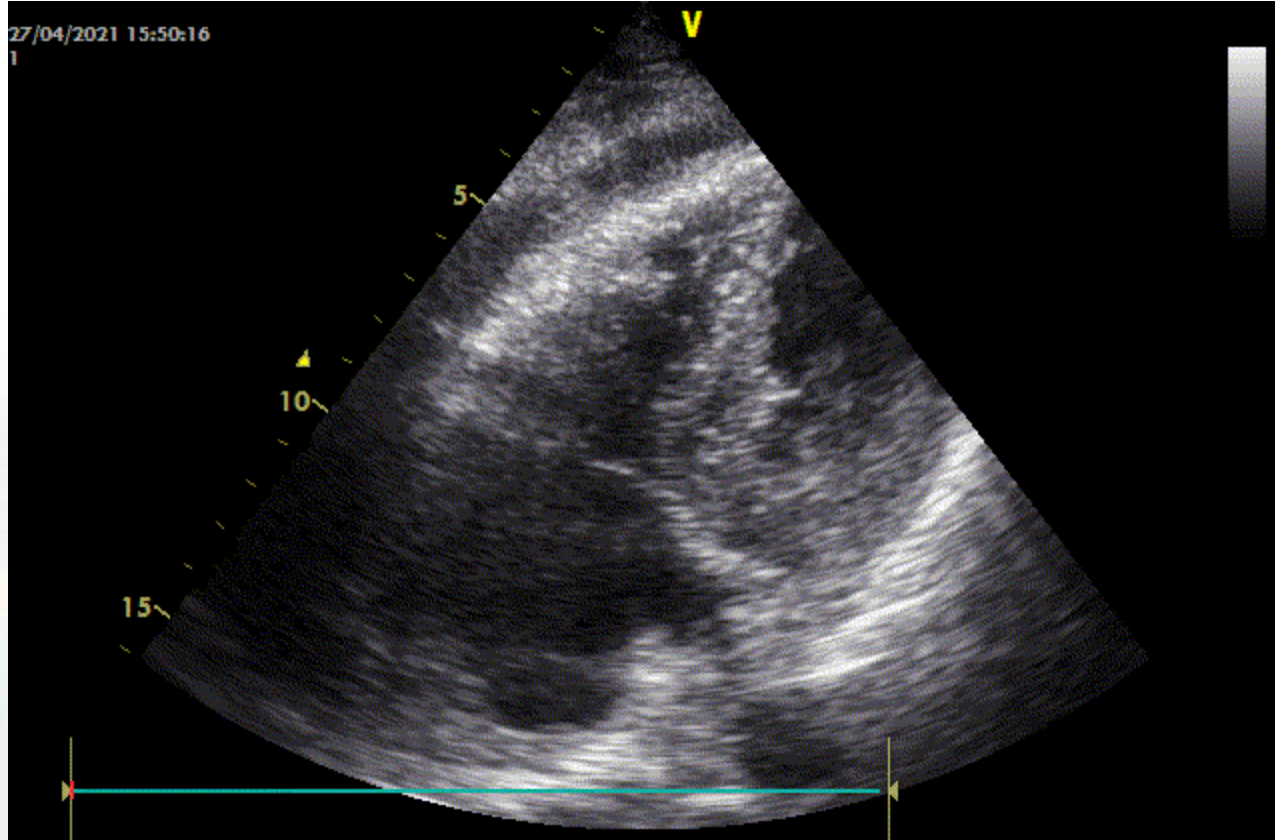
Bünyamin Yıldırım, Kamran İldırım, Lokman Argun, Berat Yağız, HAMDİYE BORA, Mustafa Oylumlu, Faruk Ertaş
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

35 YAŞINDA BİLİNER KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ OLMAYAN HASTA NİN MERDİVENDEN DÜŞMESİ ÜZERİNE ÇEKİLEN TORAKS BT DE DEPLASE STERNUM KIRIĞI VE SAĞ TARAFTA HEMOPNÖMOTORAKSİ MEVCUT
HASTA TARAFIMIZA EFFÜZYON AÇISINDAN DANIŞILMAKTA OLUP YAPILAN OPTİMAL EKO DA RA VE RV KOMŞULUĞUNDA 1 CM PERİKARDİYAL EFFÜZYON VE KONSTRÜKSİYON BULGULARININ (SEPTAL BOUNCE, VENA CAVA İNFERİROUN PLEOTORİK OLMASI VE ANULUS REVERSUSUN OLMASI) ÜZERİNE HASTADA KONSTRÜKTİF PERİKARDİT RİSKİNİ ÖNLEMELİK İÇİN HASTAYA KOLŞİSİN BAŞLANDI.
3 AY SONRA YAPILAN KONTROL EKO DA EFFÜZYONUN VE KONSTRÜKTİF PERİKARDİT BULGULARININ GERİLEDİĞİ GÖRÜLDÜ.

Anahtar Kelimeler:

KONSTRÜKTİF,PERİKARDİT,TRAVMA

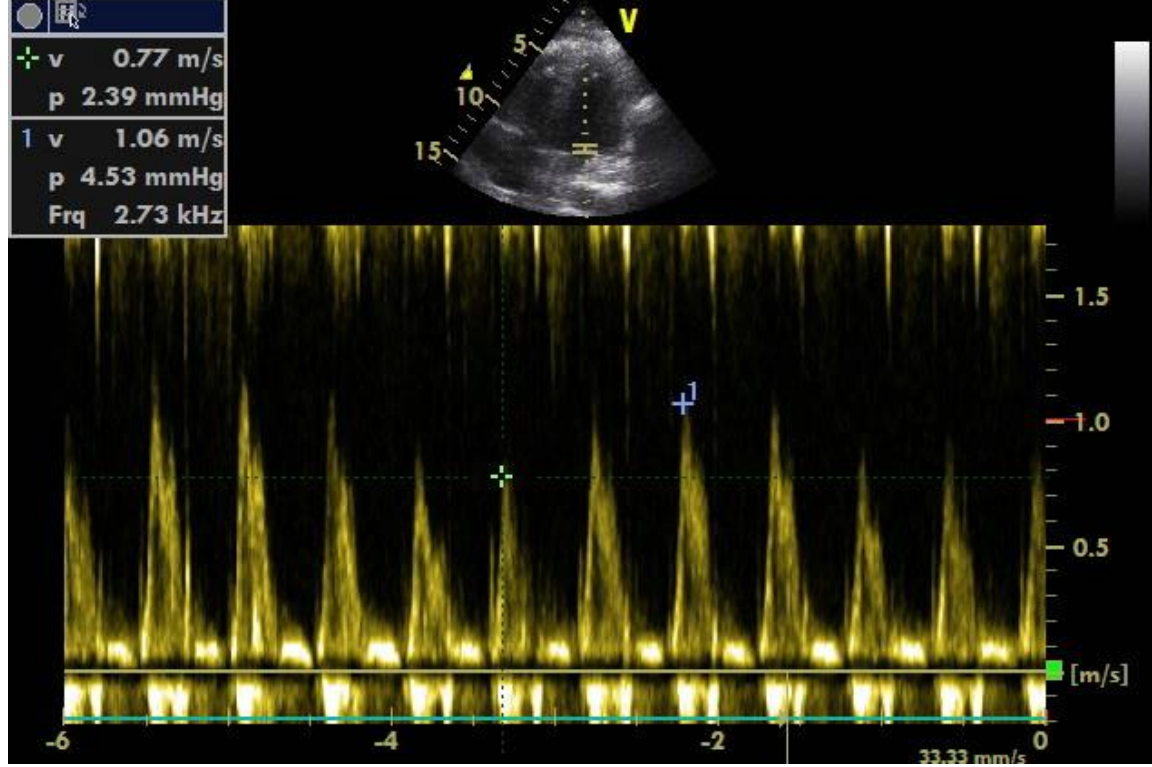
1.HASTA DA YAPILAN EKO RV RA KOMŞULUĞUNDA PERİKARDİYAL EFFÜZYON



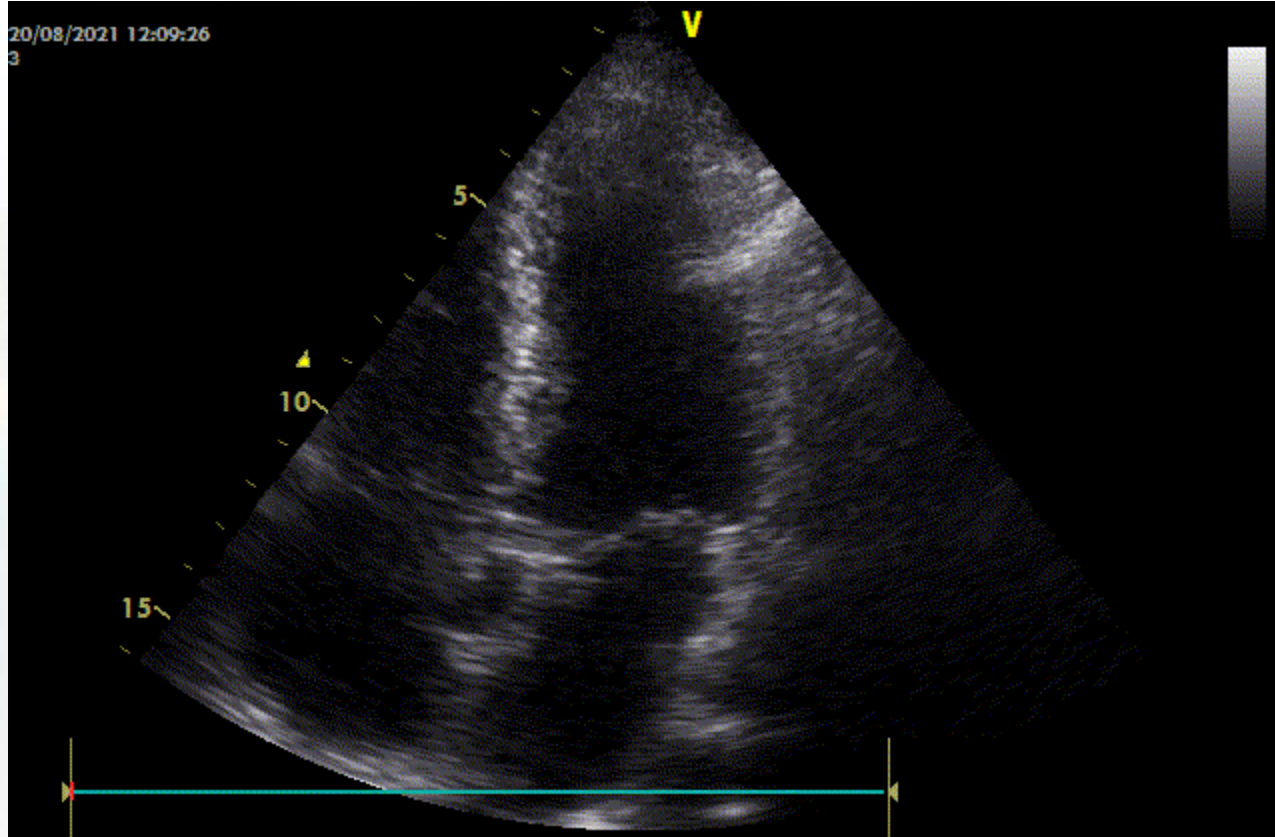
1.HASTA DA YAPILAN EKO RV RA KOMŞULUĞUNDA PERİKARDİYAL EFFÜZYON



2. ANULUS REVERSUS



3. 3 AY SONRA YAPILAN KONTROL DE KOLŞİSİN SONRASI EFFÜZYON SAPTANMADI



**SS-45 WPW li Hastada İnferior MI Gelişmesi**

Kamran İldırımlı, Bünyamin Yıldırım, Lokman Argun, Berat Yağız, Hamdiye BORA, mehmet özbek, Faruk Ertas
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

HASTA 41 YAŞINDA ERKEK

BİLİNEN KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ YOK

SİGARA+

SABAH SAATLERİNDE BAŞLAYAN ÇARPINTI VE GÖĞÜS AĞRISI ŞİKAYETLERİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURUYOR

ÇEKİLEN EKG AF+WPW+RBBB

EKO:EF NORMAL

LAB: NORMAL

FM:DOĞAL S1+ S2 +

HASTAYA CLEXANE + CORDARONE INFUZYON YAPILDIKTAN SONRA SİNUS RİTMİ SAĞLANDI

Klinikte WPW+AF tanısıyla takip edilen hasta EPS laboratuvarına alındı. Atriyum ve ventrikülden programlı uyarılar yapıldı. CS distalde AV impulsların iç içe olduğu gözlemlendi. Taşikardi indüklendi. Sol taraflı aksesuar ileti tespit edildi. Retroaortik 50 W, 65 C RF enerji ile aksesuar yol ablasyonu yapıldı. Uyarılar tekrarlandı herhangi bir taşikardi indüklenmedi. Adenozin verildi aksesuar yol ileti görülmeydi. Herhangi bir taşikardi indüklenmedi.

Coraspin reçete edilen hastanın taburculuktan 2 gün sonra tekrar göğüs ağrısı olması üzerine çekilen EKG de WPW+İnferior MI olması üzerine koroner anjiyografi amaçlı kateeter anjiyo laboratuvarına alındı.

Sol Koroner Arteriografi: LMCA: NORMAL

LAD: D1 SEVİYESİNDE %30 PLAK, LAD D1 SONRASI PLAK, LAD DİSTALDE PLAK MEVCUT.

CX: DİSTALDE PLAK MEVCUT.

Sağ Koroner Arteriografi: RCA: MID BOLGEDE PLAK, LAD DİSTALDEN TROMBOZE TOTAL TIKALI.

KARAR: RCA'YA PRİMER PCI

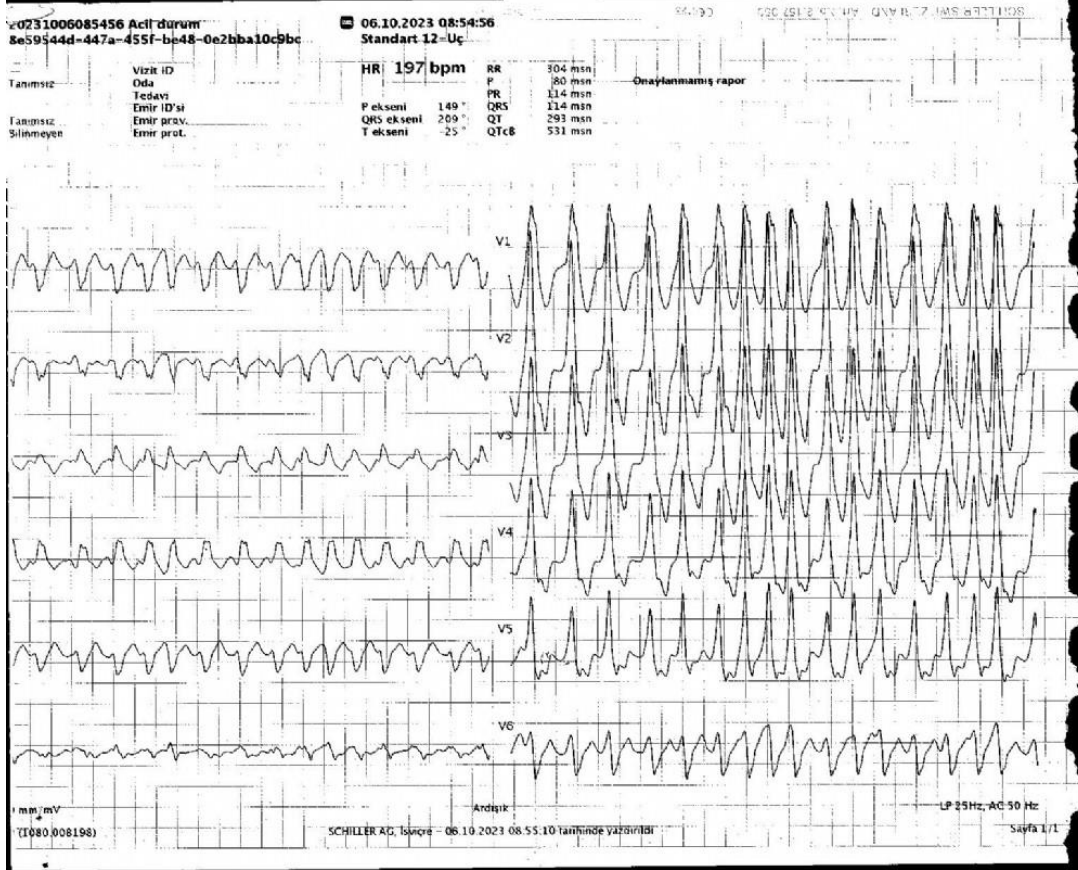
WPW si tekrar sebat eden hastaya ablasyon önerildi, lakin hasta kabul etmedi.

Anahtar Kelimeler:

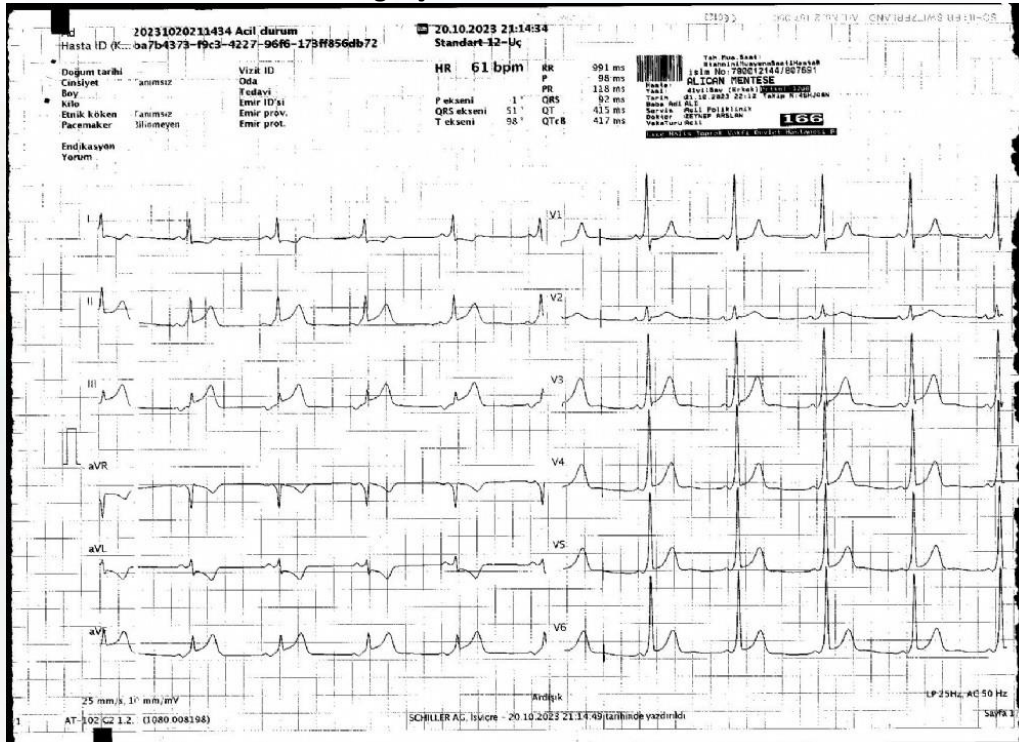
af,İnferior MI,WPW,



1. Hastanın Geliş EKG Si AF+WPW+RBBB



2. Hastanın taburculuk sonrası gelişen inferior MI+WPW





3. Hastanın RCA damarında tromboze lezyon



SS-46 Yüksek Portopulmoner Hipertansiyonu Olan Hastada Karaciğer Naklinde Anestezi Yönetimi: Olgu Sunumu

Duygu Demiröz¹, Yusuf Ziya Çolak¹, Kemal Barış Sarıcı²

¹İnönü Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya

Amaç:

Portopulmoner hipertansiyon (PoPHT) karaciğer (KC) hastalığının sık görülen komplikasyonları arasındadır ve prognoz açısından önemlidir. Sirotik hastalarda KC nakil ameliyatından önce kapsamlı bir preoperatif kardiyopulmoner değerlendirme büyük önem taşımaktadır. Amacımız PoPHT bulunan hastada preoperatif değerlendirme ve anestezi yönetimini vurgulamaktır.

Olgu:

56 yaşında erkek hasta dış merkeze, yorgunluk, hiperbilirubinemi, hipoalbuminemi ve efor dispnesi şikayetleriyle başvurmuş. Karaciğer transplantasyonu kararıyla merkezimize sevk edilen hasta preoperatif hazırlık sırasında Son Dönem Karaciğer Hastalığı Modeli skoru 21 olarak belirlendi. Total bilirubin:4.11mg/dL, Direkt bilirubin:2.1 mg/dL, AST:499U/L, ALT:395U/L, albumin:2.3 g/dL, INR:2.4 olan hastaya kriptojenik karaciğer sirozu nedeniyle operasyon planlandı. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) sağ atrium hafif dilate olup, sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 50mmHg olarak ölçüldü, anestezi ekibi tarafından preoperatif pulmoner arter kateterizasyonu ile pulmoner arter basıncı (PAB) ölçülen hastanın değerleri 62/28 mmHg (ort: 46 mmHg) olarak belirlendi. Farmakolojik tedavi sonrası operasyon planlanan



hastaya sildenafil 4X80 mg tedavisi 1 ay uygulandıktan sonra TTE’de yanıt olarak azalma görüldü. Tekrar pulmoner arter kateterizasyonu ile PAB ölçümü yapıldı, 40/17 mmHg (ort:25 mmHg) değerleri invaziv olarak elde edildi. Hasta KC nakli için operasyona alındı.

Anestezi yönetimi:

Canlı donörden sağ lob transplantasyon planlanan hastaya kan basıncı izlemi için sol radyal arter kanülasyonu sonrası anestezi indüksiyonu yapıldı. Hastanın santral venöz basınç ölçümü ve vasopressör tedavisi için sağ internal juguler ven kataterizasyonu yapıldı, vücut sıcaklığı nazofaringeal prob yerleştirilerek takip edildi. Termal battaniye örtüldü ve tüm infüzyon sıvıları ısıtılarak verildi. Vücut sıcaklığı 37°C ‘nin altına düşürülmedi. Anhepatik evrede, hipotansiyon nedeniyle, 10 mc/kg/dk noradrenalin başlandı. Anestezi idamesinde rutin dışında bir sorun yaşanmayan hasta operasyon sonunda entübe olarak yoğun bakıma alındı, ertesi gün ekstübe edildi, postop. 6. gün servise çıkan hasta postop 24. gün önerilerle taburcu edildi.

Tartışma:

TTE ile belirlenen yüksek sPAP’ın, karaciğer nakli ameliyatı sonrasında artan mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Çok Merkezli Karaciğer Nakli Veri Tabanından elde edilen verilere göre KC nakli yapılan PoPHT’li hastalarda %36’lık bir mortalite belirlenmiştir. Preoperatif değerlendirmede TTE’de yüksek PAB ölçülen hastalar anestezi yönetimi ve hasta güvenliği açısından pulmoner arter kateterizasyonu ile PAB ölçülerek, güvenli PAB sınırlarında cerrahi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler:

Pulmoner arter kateterizasyonu, preoperatif değerlendirme, karaciğer nakli ameliyatı

SS-47 Akut Koroner Sendrom benzeri klinikte akılda tutulması gereken nadir bir durum: Takotsubo Kardiyomiyopatisi

Adil Bayramoğlu

İnönü Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

Takotsubo Kardiyomiyopatisi; miyokard enfarktüsüne benzer bulgularla kendini belli eden, koroner arter lezyonunun eşlik etmediği, sol ventrikülde fonksiyonel ve yapısal bozuklukla seyreden nadir görülen bir kardiyovasküler patolojidir. İlk olarak 1990 yılında Japonya’da Sato ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Kırık kalp sendromu; bir yakının ölümü, terk edilme veya ayrılık gibi ağır stres oluşturan durumların sonucunda ortaya çıkan geçici bir kalp hastalığıdır. Hastalığın patogenezinin yoğun Katekolaminerjik deşarj, oksidatif stres, östrojen eksikliği gibi durumlar sorumlu tutulmaktadır.

Bizim olgumuz 84 yaşındaki kadın hasta olup, acil servise son 12 saattir var olan göğüs ağrısı ve genel durum bozukluğu şikayetiyle başvurdu. Hastanın, 4 gün önce oğlu vefat ettiği için derin üzüntü yaşadığı öğrenildi. Başvuru esnasında çekilen EKG’de V1 V2 derivasyonlarda ST elevasyonu, V3 V4 derivasyonlarda bifazik T dalgası mevcut. Troponin-I: 0,056 (µg/L) (cut-off:0,023 (µg/L)) idi. Olgu akut koroner sendrom olarak değerlendirildi ve acil anjiyografi laboratuvarına alınarak koroner anjiyografi yapıldı. Koroner arterlerde akut koroner sendroma yol açabilecek bir darlık tespit edilmedi. Yapılan ventrikülografide sol ventrikül apexinde balonlaşma tespit edildi. Ekokardiyografide sol ventrikül apexi hipokinetik ve anevrizmatik görünümde izlendi.

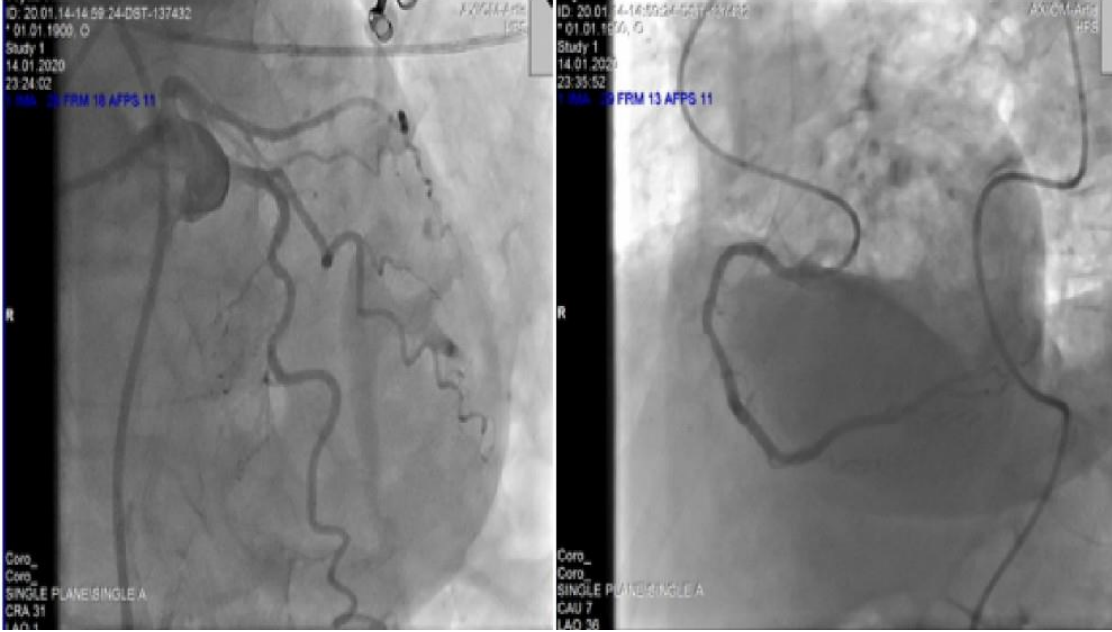
Bu hastalığa özel bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte standart kalp yetersizliğinde kullanılan ilaçlardan beta blokerler, ACE inhibitörleri ve diüretikler tedavide verildi. Hastanın takibinde göğüs ağrısı geriledi EKG bulguları ve enzim değerleri gerileyince hasta taburcu edildi.

Hastanın 6. ay ekokardiyografi kontrolünde balonlaşmanın gerilediği izlendi.



Takotsubo Kardiyomiyopatisinin spesifik bir tedavisi olmamakla birlikte genellikle aylar içinde normal kardiyak fonksiyonların yakalandığı geçici bir sendromdur. Hastalıktan şüphelenmede anamnezin çok önemli bir yeri olduğunu özellikle belirtmek isteriz. Hastaların medikal tedavisi daha çok kalp yetmezliğine yönelik olup altta yatan psikososyal problemlerinde tedavide göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamak isteriz.

Figure 1

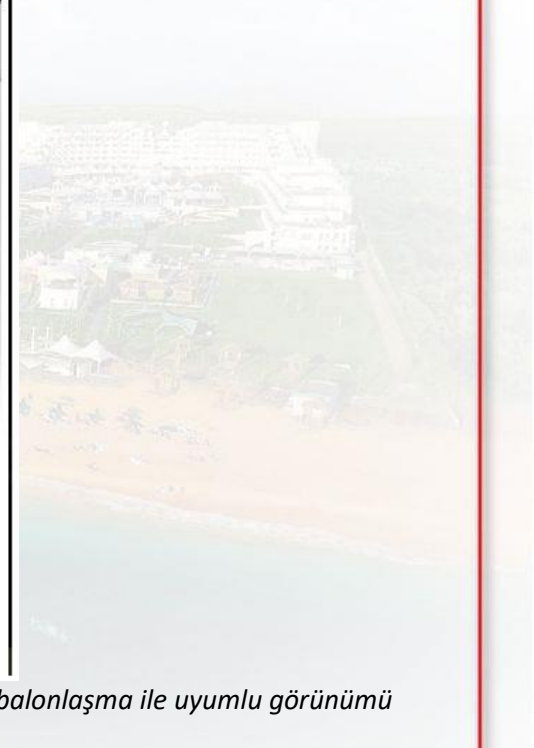


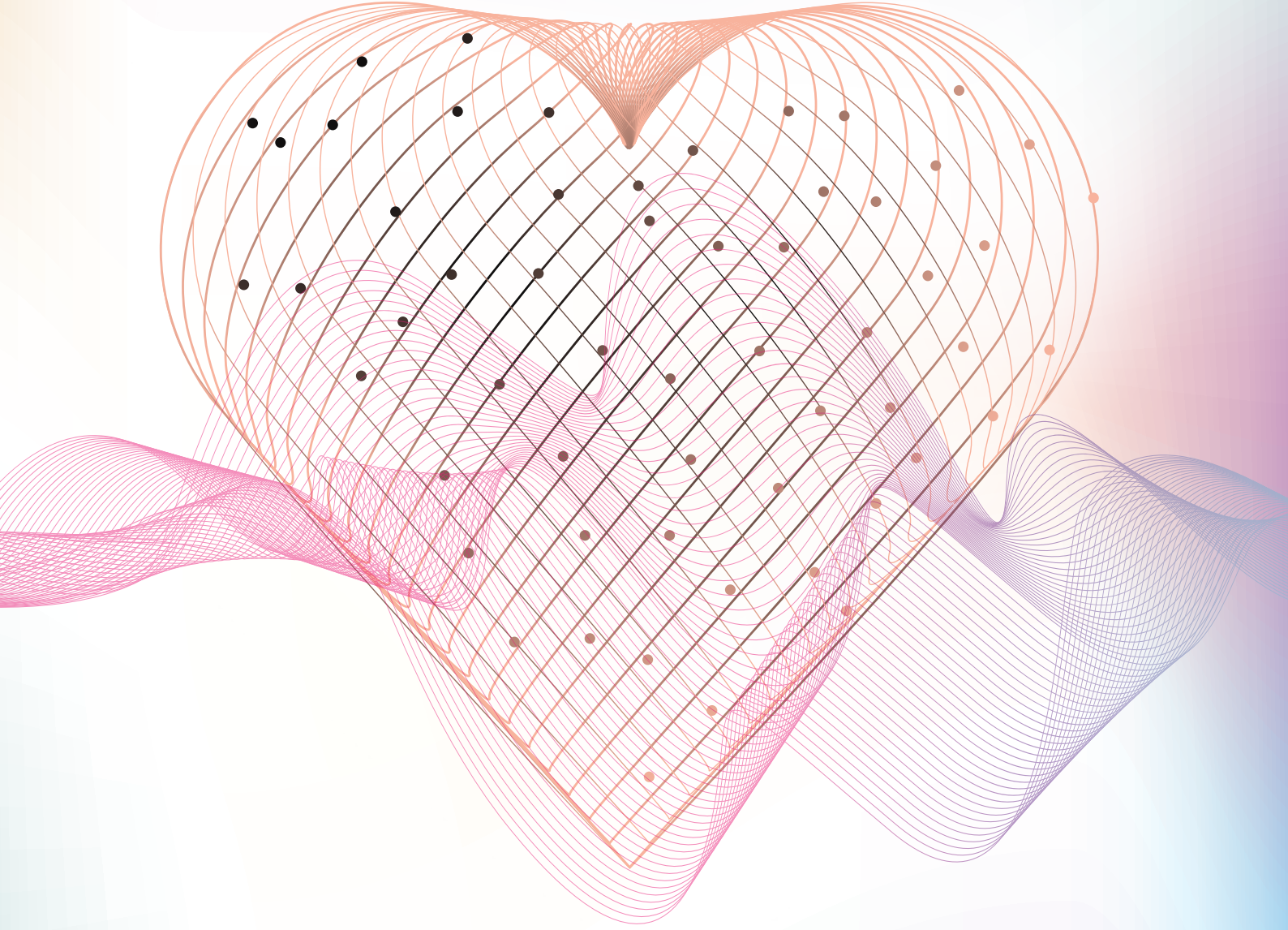
Koroner anjiyografide normal koroner arterler izlenmektedir.

Figure 2



Koroner anjiyografi sırasında yapılan ventrikülografide sol ventrikül apikalinde balonlaşma ile uyumlu görünümü izlendi





BİLİMSEL SEKRETERYA



Haznedar Mah. Tunca Sok. Dış Kapı No: 5
Çakır Apt. Güngören / İstanbul
info@yapisalkalp.com
www.yapisalkalp.com

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



19 Mayıs Mah. Halaskargazi Cad. T. Cemal Sk.
Recai Bey Apt. No:3 D:1, 34360 Şişli / İstanbul
T: +90 212 230 78 68 F: +90 212 230 78 58
ekra2024@invictuscongress.org www.invictuscongress.org

www.ekra2024.org