



**TÜRK
KARDİYOLOJİ
DERNEĞİ**

TKD Klinik Çalışmalar Uygulama ve Eğitim Proje Grubu Toplantısı

STAT 2019
İSTANBUL

15 - 16 Şubat 2019

İSTANBUL

BİLDİRİ KİTABI



İÇİNDEKİLER

Davet Mektubu.....	2
Bilimsel Komite.....	3
Bilimsel Program	4-15
Sözlü Bildiriler.....	16-107
İndeks	108-111

DAVET MEKTUBU

Değerli Meslektaşlarımız,

Ülkemizde hem Kardiyoloji hem de diğer tıbbi branşlarda, klinik araştırmalarda yöntem bilim, medikal istatistik, proje yazma ve başvuru, makale yazma ve makale yorumlama ile ilgili önemli eksikliklerin olduğu bir gerçektir. Bu eksikliklerin giderilmesine katkı sunmak amacı ile 2018 yılında TKD Yönetim Kurulu kararı ile TKD Klinik Çalışmalar Uygulama ve Eğitim Proje Grubu kuruldu.

Proje grubumuzun temel amacı meslektaşlarımızın klinik araştırma becerilerinin gelişimine katkıda bulunmaktır. Bu amaçla ortak bir platform oluşturup tüm üyelerimizin klinik çalışmalara katılımını kolaylaştırma ve klinik araştırma eğitim toplantıları öncelikli hedeflerimiz arasında yer almaktadır. Tüm üyelerimizle birlikte yürüttüğümüz projelerimiz mevcut olup, ortak bir bilimsel bir dil oluşturarak klinik araştırmalarımızın kalitesini artırmak amacıyla toplantı programlarımız devam etmektedir. 2019 yılının ilk TKD toplantısı olacak olan “TKD Klinik Çalışmalar Uygulama ve Eğitim Proje Grubu Toplantısı (STATİSTANBUL 2019)”, aynı zamanda ülkemizde şu ana kadar yapılan en kapsamlı klinik araştırmalar toplantısı olmaya da adaydır. Toplantıda ele alınacak konuların kapsamlı değerlendirmeleri alanlarında uzman olan klinisyen, klinik araştırmacı, biyoistatistikçi ve epidemiyologlar ile ayrıca yurtdışından katılan klinik araştırmacı ve biyoistatistikçi misafirlerimiz tarafından yapılacaktır.

Hepinizi TKD Klinik Çalışmalar Uygulama ve Eğitim Grubu Toplantısı'na (STATİSTANBUL 2019) bekliyoruz.

Prof. Dr. Mustafa Kemal Erol
Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı

Prof. Dr. İbrahim Halil Tanboğa
TKD Klinik Çalışmalar Uygulama ve Eğitim Proje Grubu Başkanı



BİLİMSEL KOMİTE

Türk Kardiyoloji Derneği Yönetim Kurulu

Başkan	Mustafa Kemal Erol
Gelecek Başkan	Vedat Aytekin
Başkan Yardımcısı	Muzaffer Değertekin
Genel Sekreter	Cevat Kıрма
Genel Sekreter Yardımcısı	Sami Özgöl
Sayman	Ertuğrul Okuyan
Üyeler	Bölent Görenek, Bölent Mutlu, Asiye Ayça Boyacı

Klinik Çalışmalar Uygulama ve Eğitim Proje Grubu Yönetim Kurulu

Başkan	İbrahim Halil Tanboğa
Y.K. Temsilcileri	Muzaffer Değertekin, Cevat Kıрма
Üyeler	Arzu Kalaycı Karabay, Vecih Oduncu, Selim Topcu, Bernas Altıntaş Ahmet Kaya, Soner Çankaya, Ali Karagöz, Yavuz Karabağ, Erkan Baysal Çağlar Emre Çağlıyan, Uğur Önsel Türk, Güeliz Erdem, Mehmet Ballı



BİLİMSEL BİLİMSEL PROGRAM PROGRAM



08:30 - 08:40

Açılış

08:40 - 08:50

Açılış: TKD Klinik Çalışmalar Proje Grubu

İbrahim Halil Tanboğa

09:00 - 10:10

Klinik çalışmaların temelleri

Başkanlar: *Lale Tokgözoğlu, Mehmet Özkan*

09:00 - 09:40

Master ile buluşma: Randomize kontrollü çalışmaların esasları

C. Michael Gibson

09:40 - 10:00

Nedenselliğe karşı ilişki

Cihangir Kaymaz

10:00 - 10:10

Kayıt çalışmaları ve diğer gözlemsel çalışmalar

Selim Topcu

10:10 - 10:20

Kahve Molası

10:20 - 11:10

Klinik çalışmaları anlama veya yanlış anlama

Başkanlar: *Oktay Ergene, Ertuğrul Okuyan*

Konuşmacı: *İbrahim Halil Tanboğa*

10:20 - 10:40

Önemin önemsizliği

10:40 - 11:00

Kanıtın yokluğu, yokluğun kanıtı değildir

11:00 - 11:10

Tartışma

11:10 - 11:20

Kahve Molası

11:20 - 11:50

TKD - Klinik Araştırmalar Derneği Ortak Oturumu: Türkiye'de klinik çalışmalar

Başkanlar: *Mustafa Kemal Erol, Vedat Aytekin*

Konuşmacı: *Hamdi Akan*

11:50 - 12:45

Bazı köşetaşı çalışmalar üzerine beyin fırtınası-1

Başkanlar: *Engin Bozkurt, Serdar Küçükoğlu*

Panelistler: *Dilek Ural, Aylin Yıldırım, Cem Barçın, Alper Kepez, Mehmet Ballı, Bernas Altıntaş*

12:45 - 14:00

Öğle Yemeği



14:00 - 15:00 İstatistik ve Klinik Tahmin Modelleri

Başkanlar: Mustafa Kılıçkap, Kamber Kaşalı

14:00 - 14:20 Kardiyologlar için temel istatistik

Cem Barçın

14:20 - 15:00 Klinik tahmin modelleri (regresyon analizleri, kalibrasyon, iç ve dış validasyon)

Maarten Van Smeden

15:00 - 15:10 Tartışma

15:10 - 16:00 Bazı köşetaşı çalışmalar üzerine beyin fırtınası-2

Başkanlar: Sadi Güleç, Ertan Yetkin

Panelistler: Meral Kayıkçıoğlu, Enver Atalar, Ümit Giray, Hüseyin Ayhan,
Çağlar Emre Çağlayan, Gamze Babur Güler

16:00 - 16:10 Kahve Molası

16:10 - 17:10 Klinik çalışmaların değişen yüzü

Başkanlar: Ömer Kozan, Zeki Öngen

16:10 - 16:20 Birleşik sonlanım noktaları: kimlere faydalı?

Ali Karağöz

16:20 - 16:30 Ara analizler ve çalışmayı erken durdurma

Sabahattin Gündüz

16:30 - 16:40 RKÇ'lerde alternatif istatistiksel yöntemler

16:40 - 16:50 Geleneksel çalışma dizaynlarına karşı yeni çalışma dizaynları

Pembe Keskinoglu

16:50 - 17:00 Klinik çalışmaların sıklıkçı yorumuna karşın bayezyen yorum

İbrahim Halil Tanboğa

17:00 - 17:10 Tartışma

17:10 - 17:20 Kahve Molası

17:20 - 18:00 Bazı köşetaşı çalışmalar üzerine beyin fırtınası-3

Başkanlar: Yüksel Çavuşoğlu, Mehmet Akbulut

Panelistler: Ahmet Temizhan, Mehmet Birhan Yılmaz, Ender Örnek,
Barış Kılıçarslan, Güliz Erdem

10:20-11:10	Sözlü Bildiri Oturumu 1 <i>Oturum Başkanı: Hakkı Şimşek</i>
10:20-10:30	SB-1 / Hipertansif Hastalarda Frontal QRS-T açısının Non-dipper Durum ile İlişkisi <i>Zülkif Tanrıverdi, Fatih Güngören, Feyzullah Beşli, Mustafa Beğenç Taşcanov</i>
10:30-10:40	SB-2 / Akut Pulmoner Emboli Hastalarında Pulmoner BT Anjiyografi ve Ekokardiyografi İle Elde Edilen Verilerin Hastalık Ciddiyeti, Prognozu ve Mortalite İle İlişkisi <i>Özgür Yaşar Akbal</i>
10:40-10:50	SB-3 / Sol Kalp Yetersizliğinde Tomografi ile Ölçülen Pulmoner Arter Çapı ve Pulmoner Arter/Aort Oranı ile Pulmoner Basınçların Noninvazif Olarak Belirlenmesi <i>Cem Doğan</i>
10:50-11:00	SB-4 / Myokard tutulumu olan Miyo-Perikarditler İle myokard Tutulumu Olmayan Akut Perikarditlerin Aritmi açısından karşılaştırılması <i>Nizamettin Selçuk Yelgeç</i>
11:00-11:10	SB-5 / Evaluation of aortic distensibility by echocardiography and applanation tonometry in patients with mitral valve prolapse <i>Sedat Kalkan</i>
11:20-12:00	Sözlü Bildiri Oturumu 2 <i>Oturum Başkanı: İbrahim Rencüzoğulları</i>
11:20-11:28	SB-6 / Koroner yavaş akım fenomeninin klinik, demografik ve anjiyografik profili: Tek merkez deneyimi <i>Sinan Cersit</i>
11:28-11:36	SB-7 / The Relationship Between Platelet/Lymphocyte Ratio And Angiografic No-Reflow In Patients With None-St Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Coronary Intervention <i>Ramazan Asoğlu, Arif Süner, Emin Asoğlu</i>
11:36-11:44	SB-8 / Kısa Kapı Balon Süresi Sağ Ventriküler Miyokardiyal Enfartüsüne Bağlı Komplikasyon Riskini Tamamen Ortadan Kaldırabilir <i>Deniz Demirci</i>
11:44-11:52	SB-9 / Perkütan transkateter aort kapak implantasyonu (tavi) yapılan hastalarda kanama ve vasküler komplikasyonlar açısından standart insizyon ve derin insizyon yaklaşımının karşılaştırılması <i>Osman Uzman, Koray Demir, Duygu İnan, Ayça Gümüüşdağ, Koray Kalenderoğlu, Evliya Akdeniz, Mehmet Saygı, İlhan İlker Avcı, Gönül Zeren, Can Yücel Karabay</i>
11:52-12:00	SB-10 / Skleroderma'ya Sekonder Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon ile Takip Edilen Hastada İntravenöz Epoprostenol Tecrübesi <i>Abdullah Tuncuz</i>

14:10-15:00 Sözlü Bildiri Oturumu 3***Oturum Başkanı: Mehmet Ballı***

14:10-14:20 SB-11 / KABG'li akut koroner sendrom hastalarının anjiyografik ve PCI özellikleri:
1 yıllık tek merkez deneyimi

Onur Taşar

14:20-14:30 SB-12 / Karotis Arter Stentleme İşlemi Yapılan Hastalarda Periprocedural
Komplikasyonların Değerlendirilmesi
*Emrah Erdoğan, Rezzan Deniz Acar, Murat Çap, Tuba Unkun, Cem Doğan, Zübeyde Bayram,
Büşra Güvendi, Ahmet Karaduman, Özgür Yaşar Akbal, Ali Karagöz, Cihangir Kaymaz,
Nihal Özdemir*

14:30-14:40 SB-13 / Transcatheter aortic valve replacement in Large Anulus: Early results of single
institution experience

Gönül Zeren

14:40-14:50 SB-14 / Koroner Sinüs Lead 'in Başarılı İmplantasyonu: İki Extrem Vaka

Halil Akın, Özcan Özdemir

14:50-15:00 SB-15 / Transkatater aort kapak implantasyonu (TAVİ) yapılan hastalarda kanama ve
vasküler komplikasyonlar açısından perkütan ve cerrahi yaklaşımın karşılaştırılması

Koray Demir, Adem Atıcı

15:10-16:00 Sözlü Bildiri Oturumu 4***Oturum Başkanı: İbrahim Halil Kurt***

15:10-15:20 SB-16 / Crp Albumin Oranının ST Segment Elevasyonlu Miyokart İnfarktüsü Hastalarda
Mortalite ile İlişkisi

Kamuran Kalkan

15:20-15:30 SB-17 / Kontrast Nefropati Gelişimi Tahmininde Syntaks skor 2, Zwolle ve Cadillac
Skorlarının Karşılaştırılması

Uğur Aksu

15:30-15:40 SB-18 / No-reflow Gelişen Hastanın İntrakoroner Adrenalin ile Başarılı Tedavisi

Kenan Demir, Abdullah Tunçez

15:40-15:50 SB-19 / Koroner yavaş akışta TIMI kare sayısı ile IMA korelasyonu: tedavi için bir rehber olabilir mi?

Naci Babat

15:50-16:00 SB-20 / STEMI Hastalarında Risk Skorlarının Restenoz Gelişimini Öngörmede Yeri

Emrah Aksakal

16:10-17:00 Sözlü Bildiri Oturumu 5***Oturum Başkanı: Erkan Baysal*****16:10-16:20 SB-21 / İleri mitral yetersizliği hastalarında miyokard enerji tüketimi ile NT-proBNP ilişkisi*****Hicaz Zencirkıran Ağuş*****16:20-16:30 SB-22 / VVI ve DDD Modunda Sağ Ventriküler Apikal Kalıcı Pacemaker İmplant Edilen Hastaların İşlem Öncesi, 1. Hafta ve 2. Ayda Sağ Ventrikül Fonksiyonlarının Ekokardiyografik Speckle Tracking Yöntemiyle Analiz Edilmesi*****Atilla Koyuncu, Bümyamin Şan, Elnur Elizade, Ali Metin Esen*****16:30-16:40 SB-23 / Coincidental Detected Eustachian valve In a Patient Who was Referred to Our Institution for Transcatheter Closure of Atrial Septal Defect (ASD)*****Gülay Gök*****16:40-16:50 SB-24 / Adenotonsillektomi Operasyonunun, Adenotonsiller Hipertrofisi Olan Çocuklarda Pulmoner Arter Basıncı Üzerine Etkisi*****Fazıl Emre Özkurt*****16:50-17:00 SB-25 / Eisenmenger Sendromlu hastalarda Bosentan tedavisinin uzun dönem sonuçları ve yaşam kalitesine etkisi*****Duygu Ersan Demirci*****17:20-18:10 Sözlü Bildiri Oturumu 6*****Oturum Başkanı: Ahmet Kaya*****17:20-17:30 SB-26 / Propranolün pediatrik kapilleri hemanjiom tedavisinde etkinliği*****Selahattin Balsak, Zeynep Gürsel Özkurt*****17:30-17:40 SB-27 / Reproducibility of Tilt Table Test; a single center study*****Çayan Çakır*****17:40-17:50 SB-28 / İlk Akut Koroner Sendrom Atağı Geçirime Yaşının Cinsiyetlere Göre Farkının Değerlendirilmesi. Hangi Cinsiyet Daha Erken Yaşta Kalp Krizi Geçiriyor?*****Deniz Demirci*****17:50-18:00 SB-29 / Lead Ekstraksiyonu Sırasında Beklenmeyen Komplikasyon; Lead Kilitleme Cihazının-Stylet (LLD-Lead Locking Device) Kopması*****Ahmet Korkmaz, Ümit Güray*****18:00-18:10 SB-30 / Long-Term Mortality Among Juxta-Renal-Aortic Occlusion Patients*****Hacer Ceren Tokgöz***



08:00 - 09:10 Kabul veya ret: Tüm mesele bu!

Başkanlar: Hüseyin Şenocak, Mustafa Sağlam

08:00 - 08:15 Kabul edilebilir bir yazı hazırlama

Can Yücel Karabay

08:15 - 08:30 Editör görüşü; üzülerek bildirmek istiyorum ki...

Bilgin Timuralp

08:30 - 08:45 Maliyet - etkinlik çalışmalarını nasıl yorumlayabilirim?

Başkan: Yücel Balbay

Konuşmacı: Uğur Önsel Türk

08:45 - 09:10 Meta-analizler

Başkanlar: Cevat Kırmacı, Sami Özgül

08:45 - 09:00 Meta-analiz: Anlama ve yorumlama

Barış Güngör

09:00 - 09:10 Network meta-analiz

Can Yücel Karabay

09:10 - 09:20 Tartışma

09:20 - 09:30 Kahve Molası

09:30 - 10:20 Klinik çalışmalarda tuzaklar & tartışmalı konular

Başkanlar: Cem Barçın, Kamber Kaşalı

09:30 - 09:40 Dikotomani: İstatistiksel tanı ve metodolojik tedavi

İbrahim Halil Tanboğa

09:40 - 09:50 Kovaryet ayarlama: Propensity skor yöntemleri

Mustafa Kılıçkap

09:50 - 10:00 Kayıp veri: İmputasyon veya ihmal

Arzu Kalaycı

10:00 - 10:10 Bazale göre değişim ve tekrarlayan ölçümler

Yavuz Karabağ

10:10 - 10:20 Sağkalım analizi

Vecih Oduncu



10:20 - 10:30 Kahve Molası

10:30 - 11:30 Bazı köşetaşı çalışmalar üzerine beyin fırtınası-4

Başkanlar: Bülent Mutlu, Ertan Ural

Panelistler: Taylan Akgün, Tolga Aksu, Özcan Özeke, Erkan Baysal, Taner Ulus, Emre Aslanger

11:30 - 12:00 Benim istatistik yöntemim - Neden, ne zaman, nasıl, hangi?

Panelistler: Feyzullah Beşli, Zülküf Tanrıverdi, Uğur Aksu

12:00 - 13:00 Onur Konferansı: Tıp eğitimini demokratikleştirme

Başkanlar: Cihangir Kaymaz, Muzaffer Değertekin

Konuşmacı: C. Michael Gibson

13:00 - 14:00 Öğle Yemeği

14:00 - 15:00 Klinik çalışmaların yürütülmesi: Farklı görüşler

Başkanlar: Nihal Özdemir, Serdar Sevimli

14:00 - 14:15 Klinik çalışmalar: Araştırmacı gözü ile

Mehmet Birhan Yılmaz

14:15 - 14:30 Klinik çalışmalar: Endüstri gözü ile

Ali Oktay Olcay

14:30 - 14:45 Klinik çalışmalar: TİTCK gözü ile

14:45 - 14:55 Tartışma

14:55 - 15:05 Kahve Molası



15:05 - 16:30 Proje geliştirme

Başkanlar: Işık Tuğlular, Muzaffer Değertekin

15:05 - 15:20 Dijital sağlık

Ahmet İlker Tekkeşin

15:20 - 15:35 Etik kurul dosyası hazırlama

Uğur Önsel Türk

15:35 - 15:50 Proje yazma teknikleri

Bora Garipcan

15:50 - 16:05 Horizon 2020 projeleri

Yasemin Erdal

16:05 - 16:15 Tartışma

16:15 - 16:30 Kahve Molası

16:30 - 17:30 Benim istatistik yöntemim - Neden, ne zaman, nasıl, hangi?

Panelistler: Feyzullah Beşli, Zülküf Tanrıverdi, Uğur Aksu

17:30 - 17:50 Araştırmacıların başlattığı çalışmalar: diğer çalışmalardan farklı mı?

Başkan: Ayça Boyacı

Konuşmacı: Uğur Önsel Türk

17:50 - 18:05 Akılcı İlaç Sunumu

Konuşmacı: Hüseyin Şenocak

18:05 - 18:20 Eve dönüş mesajları & Gelecek beklentileri

09:30-10:20 Sözlü Bildiri Oturumu 7**Oturum Başkanı:** Çağlar Emre Çağlıyan

09:30-09:40 SB-31 / Left ventricular cleft detected by transthoracic echocardiography in a patient with autosomal dominant polycystic kidney disease

Gülray Gök

09:40-09:50 SB-32 / İzole koroner arter ektazisinde ortalama trombosit hacmi seviyeleri

Sadettin Selçuk Baysal

09:50-10:00 SB-33 / Yüksek Prokalsitonin Düzeyleri Enfektif Endokardit Hastalarında Hastane içi Ölüm ile İlişkilidir

Veysel Özgür Barış, Serkan Asil, Hatice Taşkan, Özkan Eravcı, Muhammet Geneş, Murat Çelik, Cem Barçın

10:00-10:10 SB-34 / Transkateter aort kapak replasmanı yapılan hastalarda işlem öncesi beta-bloker tedavi kullanımı klinik sonuçlarını nasıl etkiler ?

Kamil Gülşen

10:10-10:20 SB-35 / Hipertansif Retinopati İle Epikardiyal Yağ Dokusu Kalınlığı Arasındaki İlişki

Işıl Kutlutürk Karagöz**10:30-11:40 Sözlü Bildiri Oturumu 8****Oturum Başkanı:** Mehmet Ballı

10:30-10:40 SB-36 / Eisenmenger Sendromu Ön Tanısı ile Takip Edilen Hastada Beklenmedik Son Tanı

Abdullah Tunçer, Muhammed Ulvi Yalçın

10:40-10:50 SB-37 / ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüs Hastalarında TIMI, Zwolle ve CADILLAC Risk Skorlarının Atrial Fibrilasyon Gelişimi ile İlişkisi

Oktay Gülcü

10:50-11:00 SB-38 / Kardiyak Sempatik Aşırı Aktivitenin Kardiyovasküler Hastalıklar ile İlişkisi

Furkan Yetmiş, Kadir Uğur Mert, Gurbet Özge Mert, Muhammet Dural

11:10-11:20 SB-39 / Olgu Sunumu: Karbonmonoksit Zehirlenmesi Bağlı Atriyal Fibrilasyon Olgusu

Mevlüt Demir, Müslüm Şahin, Ahmet Korkmaz

11:20-11:30 SB-40 / Akut Pulmoner Emboli Tanısı Alan Hastalarda Yüksel Troid Uyarıcı Hormon Değerleri Hastane içi Artmış Mortalite ile İlişkilidir

Veysel Ozan Tanık, Tufan Çınar, Barış Şimşek

11:30-11:40 SB-41 / Stabil Angina Pektorisli Hastalarda Koroner Arter Baypas Cerrahisi Öncesi Ranolazin Tedavisinin Peroperatif Miyokard Hasarı Üzerine Etkisi

Mehmet Fatih Yılmaz, Emrah Acar, Süleyman Çağan Efe, Mehmet İnanır, Çetin Geçmen, İbrahim Akın İzgi, Cevat Kırmacı

14:00-15:00	Sözlü Bildiri Oturumu 9 <i>Oturum Başkanı: Hakkı Şimşek</i>
14:00-14:10	SB-42 / Paroksizmal atriyal fibrilasyon olan veya olmayan prematür atriyal vurulu hastalarda otonom sinir sistemi etkisinin değerlendirmesi <i>Mustafa Öztürk</i>
14:10-14:20	SB-43 / Tibia kırıklarının intramedüller çivi ile tedavisi sonrası sık görülen bir komplikasyon olan diz önü ağrısının yaşam tarzı ile ilişkisi <i>Serda Duman, Hanifi Uçpunar</i>
14:30-14:40	SB-44 / Acil Gastrointestinal Cerrahi Uygulanan Kritik Hastalarda Weaning Başarısızlığına Etki Eden Faktörler <i>Fatma Yıldırım</i>
14:40-14:50	SB-45 / Stabil Koroner Arter Hastalığı Olan Hastalarda Koroner Kollateral Dolaşımı Öngörmeye Serum Monosit / HDL ve Trigliserid / HDL Oranının Rolü <i>Mevlüt Demir, Ahmet Korkmaz</i>
14:50-15:00	SB-46 / Genç St Yükselmeli Miyokart Enfarktüsu Hastalarında Lökosit Sayısı Koroner Trombüs Yükünü Ön Gördürür mü? <i>Ahmet Gürdal</i>
15:05-15:55	Sözlü Bildiri Oturumu 10 <i>Oturum Başkanı: Ahmet Kaya</i>
15:05-15:15	SB-47 / Presence of fragmented QRS is associated with coronary fractional flow reserve in patients with isolated left anterior descending coronary artery stenosis <i>İsmail Gürbak</i>
15:15-15:25	SB-48 / The relationship between ventricular tachycardia and fibrillation occurring within the first 48 hours in patients with acute ST segment elevation myocardial infarction and in-hospital mortality and cardiopulmonary arrest <i>Evliya Akdeniz, Barış Şimşek, Veysel Ozan Tanık, Mehmet Saygı, Levent Pay, Kemal Emrehan Parsova, Furkan Durak, Ahmet Çağdaş Yumurtaş, Osman Uzman, Duygu İnan, Duygu Genç, Can Yücel Karabay</i>
15:25-15:35	SB-49 / Perkütan koroner girişim ile tedavi edilen çoklu koroner lezyonu olan hastalarda tüm nedenli ölümlerin SYNTAX II skoru tedavi önerisine göre retrospektif olarak karşılaştırılması <i>Cengiz Burak, İbrahim Yıldız, İbrahim Rencüzoğulları</i>
15:35-15:45	SB-50 / ICD ya da CRT-D'si olup defibrilatör şoku ya da konjestif kalp yetersizliği ile koroner yoğun bakıma yatırılan hastalarda MELD-XI skorunun hastane içi ve 1 yıllık mortaliteyi öngörmedeki rolü-Retrospektif tek merkez deneyimi <i>Orçun Çiftçi, Bülent Özin</i>
15:45-15:55	SB-51 / İlk Akut Koroner Sendrom Atağı Geçiren Hastalarda LDL-K değerlerinin Yaşa Göre değişimi <i>Deniz Demirci, Duygu Ersan Demirci</i>

16:30-17:50	Sözlü Bildiri Oturumu 11
	Oturum Başkanı: <i>Armağan Altun</i>
16:30-16:40	SB-52 / ST-Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü Hastalarında Yeni Olduğu Varsayılan Sağ veya Sol Dal Bloğunun Prognostik Önemi <i>Flora Özkalaycı, Berhan Keskin, Aykun Hakgör, İbrahim Halil Tanboğa, Ali Karagöz, Vecih Oduncu, Cihangir Kaymaz</i>
16:40-16:50	SB-53 / Yardımcı Üreme Teknolojisi İle Oluşan Tekil Gebeliklerde Gelişen Hipertansif Hastalıkların Obstetrik ve Perinatal Sonuçları <i>Alparslan Deniz</i>
16:50-17:00	SB-54 / Pulmoner emboli vakalarında klinik, laboratuvar bulgularının ve Prokalsitonin değerinin erken tanı ve mortaliteye etkisi <i>Akif Nuri Doğan</i>
17:00-17:10	SB-55 / Transkateter aort kapak replasmanı yapılan hastalarda işlem yeri kanaması ve kan transfüzyonunun ön gördürücüleri nelerdir ? <i>Kamil Gülşen</i>
17:10-17:20	SB-56 / Nonstemi hastalarında serum ürik asit düzeylerindeki değişimlerin risk skorlarına etkisinin incelenmesi <i>Oğuzhan Birdal</i>
17:20-17:30	SB-57 / Drug Eluting Stents and Coronary By-pass Surgery in Left Main Coronary Stenosis: Evidence from a Network Meta-analysis <i>Arzu Kalaycı</i>
17:30-17:40	SB-58 / Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Sağ Atrium Dilatasyonu Atrial Fibrilasyon ile İlişkilidir <i>Veysel Özgür Barış, Hüseyin Göksülük, Cansın Tulunay Kaya, Çetin Erol</i>
17:40-17:50	SB-59 / Ambulatuvar Kan Basıncı Değişkenliği ile Plazma Aterojenik indeks Arasındaki İlişki <i>Veysel Özgür Barış, Serkan Asil, Özkan Eravcı, Murat Çelik, Hatice Taşkan, Muhammet Genç, Cem Barçın</i>



SÖZLÜ SÖZLÜ BİLDİRİLER BİLDİRİLER

SB-01

HİPERTANSİF HASTALARDA FRONTAL QRS-T AÇISININ NON-DİPPER DURUM İLE İLİŞKİSİ

*Zülkif Tanrıverdi, Fatih Güngören, Feyzullah Beşli, Mustafa Beğenç Taşcanov
Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa*

GİRİŞ VE AMAÇ: Frontal QRS-T açısı miyokardiyal repolarizasyonun yeni bir göstergesidir ve artmış frontal QRS-T açısının kötü kardiyak sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Non-dipper hipertansiyon, hipertansif bireylerde gece kan basıncı düşüşünün %10'dan daha az olması olarak tanımlanır ve bu durum da kötü kardiyak sonuçları ile ilişkilidir. Daha önceki çalışmalarda miyokardiyal repolarizasyonun konvansiyonel belirteçleri olan QT aralığının non dipper hipertansiyonda arttığı gösterilmiştir. Ancak, bugüne kadar frontal QRS-T açısı ile non dipper hipertansiyon arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışma yapılmamıştır. Çalışmamızın amacı, hipertansif hastalarda non-dipper status ile frontal QRS-T açısı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

YÖNTEM: Çalışmamıza hipertansiyonu bulunan 18 yaş üstü hastalar dahil edildi. Yapılan çalışmalarda sol ventrikül hipertrofisinde miyokardiyal repolarizasyonun uzadığı gösterildiği için çalışmamızdan Sol ventrikül hipertrofisi bulunan hastalar dışlandı. Ek olarak, koroner arter hastalığı öyküsü, hipertiroidi, sistolik kalp yetersizliği, orta veya ciddi kalp kapak hastalığı, kalıcı pacemaker varlığı, kronik böbrek veya karaciğer yetmezliği, sekonder hipertansiyon, gebelik, elektrolit dengesizliği ve uyku bozuklukları, EKG'de dal bloğu, anormal Q dalgası ve atriyoventriküler blok gibi EKG anormallikleri bulunan hastalar da çalışmadan dışlandı. Çalışma kriterlerine uyan 122 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara EKG çekildi ve 24 saatlik Holter Tansiyon takibi yapıldı. Frontal QRS-T açısı, QRS aksı ile T aksı arasındaki mutlak farklılık olarak tanımlandı (frontal QRST açısı = QRS aksı – T aksı) ve yüzey EKG cihazının otomatik rapor kısmından otomatik olarak elde edildi. Ardından hastalar, Holter sonucuna göre 2 gruba ayrıldı: Non-dipper hipertansiyon (56 hasta) ve Dipper hipertansiyon (66 hasta). Hastalar elektrokardiyografik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Non-dipper hipertansiyonlu hastalar ve dipper hipertansiyonlu hastalar arasında bazal karakteristikler açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak, non-dipper hipertansiyonlu hastalarda frontal QRS-T açısının dipper hipertansiyonlu hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($47.9^\circ \pm 29.7^\circ$ e karşı $26.7^\circ \pm 19.6^\circ$, $P < 0.001$). Ek olarak, frontal QRS-T açısı ile gece sistolik ($r = 0.211$, $P = 0.020$) ve gece diyastolik kan basınçları ($r = 0.199$, $P = 0.028$) arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edildi. Yapılan tek değişkenli analizde yaş, QTdispersiyonu ve frontal QRS-T açısının non-dipper hipertansiyon ile ilişkili olduğu görüldü. Bu değişkenlerle yapılan çok değişkenli regresyon analizinde frontal QRS-T açısı non-dipper hipertansiyonun tek öngördürücüsü olarak tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Frontal QRS-T açısı yüzey EKG'den kolaylıkla elde edilebilen basit ve ucuz bir parametredir ve miyokardiyal repolarizasyonun yeni bir göstergesidir. Çalışmamızda frontal QRS-T açısının non-dipper hipertansiyonu göstermede tek bağımsız değişken olduğu tespit edildi.

Tablo 1

Tablo 1. Dipper ve non-dipper hipertansif hastaların bazal karakteristik özelliklerinin karşılaştırması.

	Dipper (n = 66)	Non-dipper (n = 56)	P
Yaş	50.2 ± 9.9	53.6 ± 11.4	0.076
Erkek cinsiyet	25 (37.9)	23 (41.1)	0.719
Sigara	19 (28.8)	18 (32.1)	0.688
Vücut kitle endeksi	27.1 ± 5.9	27.0 ± 3.9	0.933
Sistolik KB (total) (mmHg)	128.5 ± 13.5	131.2 ± 12.8	0.264
Diastolik KB (total) (mmHg)	78.2 ± 10.3	78.5 ± 11.4	0.869
Sistolik KB (uyanık) (mmHg)	131.6 ± 13.7	132.6 ± 12.9	0.657
Diastolik KB (uyanık) (mmHg)	81.3 ± 9.8	79.0 ± 11.3	0.241
Sistolik KB (uyku) (mmHg)	115.4 ± 13.7	127.7 ± 13.2	<0.001
Diastolik KB (uyku) (mmHg)	66.7 ± 9.9	73.8 ± 11.3	<0.001

Dipper ve non-dipper hipertansif hastaların bazal karakteristik özelliklerinin karşılaştırması.

Tablo 2

Tablo 2. Dipper ve non-dipper hipertansif hastaların elektrokardiyografik özelliklerinin karşılaştırması.

	Dipper (n = 66)	Non-dipper (n = 56)	P
Kalp hızı	76.6 ± 10.0	74.2 ± 9.4	0.172
QRS süresi, ms	96.3 ± 6.5	94.6 ± 5.9	0.138
QT dispersiyonu, ms	20.5 ± 4.6	22.5 ± 5.9	0.040
Düzeltilmiş QT dispersiyonu, ms	23.1 ± 5.6	25.0 ± 6.8	0.099
Frontal QRS-T açısı (°)	26.7 ± 19.6	47.9 ± 29.7	<0.001

Dipper ve non-dipper hipertansif hastaların elektrokardiyografik özelliklerinin karşılaştırması.

Tablo 3

Tablo 3. Tek değişkenli ve çok değişkenli analiz ile non-dipper hipertansiyonun bağımsız öngördürücülerinin belirlenmesi

	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Yaş	1.031	0.997-1.067	0.077	1.036	0.997-1.076	0.068
Erkek cinsiyet	1.143	0.552-2.368	0.719			
Vücut kitle endeksi	0.997	0.929-1.070	0.935			
Sigara	1.172	0.541-2.540	0.688			
Kalp hızı	0.974	0.939-1.011	0.173			
QRS süresi	0.957	0.903-1.014	0.139			
QTd	1.078	1.004-1.158	0.039	1.080	0.999-1.168	0.054
Düzeltilmiş QTd	1.051	0.990-1.115	0.102			
QRS-T açısı	1.036	1.018-1.054	<0.001	1.037	1.019-1.056	<0.001
LVEF	0.936	0.829-1.058	0.289			

Tek değişkenli ve çok değişkenli analiz ile non-dipper hipertansiyonun bağımsız öngördürücülerinin belirlenmesi

SB-02

AKUT PULMONER EMBOLİ HASTALARINDA PULMONER BT ANJİYOĞRAFI VE EKOKARDİYOĞRAFI İLE ELDE EDİLEN VERİLERİN HASTALIK CİDDİYETİ, PROGNOZU VE MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Özgür Yaşar Akbal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut PE, toplumda sık görülen ve hem akut klinik sonuçları hem de iyi tedavi edilmediği takdirde kronik dönemde ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanan önemli bir klinik tablodur. Pulmoner vasküler yatağın tutulumuna ve hastaların basal karakteristik özelliklerine göre çok değişken klinik tablolar ile karşımıza çıkmaktadır. Bu hasta grubunda doğru tedavi seçimi için çok yönlü risk belirleme stratejisi önem arz etmektedir. Bu çalışmada pulmoner BT anjiyografi ve ekokardiyografi ile elde edilen verilerin prognoz ve mortalite üzerine etkisi araştırılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya, 292'si (%58.2) bayan ve 58'i yüksek, 296'sı orta-yüksek, 104'ü orta-düşük, 44'ü ise düşük risk grubunda olmak üzere 502 akut PE hastası dahil edilmiştir. Bu hastaların tümüne kılavuz rehberliğinde önerilen tanı algoritması uygulanmış ve sonrasında PESI, sPESI ve şok indeksi gibi bilinen risk skorlama sistemlerinden yararlanılarak uygun tedavi stratejisi belirlenmiştir. 187 hastaya sadece parenteral antikoagülasyon, 83 hastaya sistemik trombolitik, 192 hastaya USAT, 37 hastaya RT, 3 hastaya ise hem USAT hem de RT uygulanmıştır. Daha önceden tanımlanmış ve geçerliliği kanıtlanmış risk skorlamalarının yanı sıra bu hastaların tümünde ekokardiyografi ve pulmoner BT anjiyografi parametreleri ile elde edilen bileşik formül de hesaplanmış ve bu formülün hastaların basal karakteristik özellikleri, hastane içi ve uzun dönem mortalite ve kanama ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

BULGULAR: Buna göre formül ile ekodaki PABs, TAPSE, Qanadli skoru, RV/LV oranı, RV çapı ve RVSDK arasında iyi derecede, geliş sistolik ve diyastolik kan basıncı, kalp hızı, SPo2, PESI, PESI sınıfı, sPESI, şok indeksi, St, RA/LA oranı ve ana pulmoner arter çapı arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır. Tek değişkenli regresyon analizinde yüksek formül seviyeleri daha fazla hastane içi ölüm (düzeltilmemiş OR:1.07, %95 GA 1.05-1.1, $p<0.001$) ve daha fazla kanama (düzeltilmemiş OR:1.02, %95 GA 1.01-1.05, $p=0.041$) ile ilişkiliydi. Uzun dönem sonuçları için tek değişkenli Cox regresyon analizinde yüksek formül seviyeleri daha fazla ölüm (düzeltilmemiş HR: 1.04, %95 GA 1.02-1.06, $p<0.001$) ile ilişkiliydi. Çok değişkenli Cox regresyon analizinde formül ile beraber modele yaş, cinsiyet, geliş sistolik kan basıncı, kalp hızı, PESI, RV/LV oranı, Qanadli skoru ve ekodaki PABs girildiğinde yüksek formül düzeyleri halen uzun dönem mortalite ile ilişkili olarak tespit edildi (düzeltilmiş HR:1.03, %95 GA 1.00-1.06, $p=0.05$). Uzun dönem mortaliteyi tahmin etmek için formülün en iyi kestirim değerinin hesaplanmasında ROC curve analizi kullanıldı. Formülün 17.8 değeri için uzun dönem mortalite tahmini %70 duyarlılık ve %40 özgüllüğe sahiptir (AUC=0.652, %95 GA (0.557-0.747), $p=0.001$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut PE hastalarında risk belirlemede yalnızca klinik bulgular ile yetinilmeyip görüntüleme teknikleri kullanılarak ortaya konulan RV disfonksiyonu ve PABs yüksekliğini de göz önünde bulundurmak prognoz ve mortaliteyi ön görmede yol gösterici olabilmektedir.

SB-03

SOL KALP YETERSİZLİĞİNDE TOMOGRAFİ İLE ÖLÇÜLEN PULMONER ARTER ÇAPI VE PULMONER ARTER/AORT ORANI İLE PULMONER BASINÇLARIN NONİNVAZİF OLARAK BELİRLENMESİ

Cem Doğan

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Yeni ilaç ve cihaz tedavilerine rağmen kalp yetersizliğinin mortalite ve morbiditesi hala yüksektir. Sol kalp yetersizliğine bağlı pulmoner hipertansiyon (PH-LHD) bu hastalarda kötü sonuçlanımlarla ilişkilidir. Bu nedenle PH-LHD tanısının konulması önemlidir. Bu çalışmada biz tomografi (CT) ile ölçülen pulmoner arter çapı (PAD) ve pulmoner arter/aort oranını (P/Ao) kullanarak PH-LHD'yi belirlemeye çalıştık.

YÖNTEM: Kalp terersizliği nedeniyle kateterizasyon yapılmış ve CT çekilmiş hastaları çalışmaya dahil ettik. Kateterle ölçülen tüm basınçlar kaydedildi. Retrospektif olarak bu hastalarda CT ler radyologlar tarafından değerlendirildi, ölçümler yapıldı.

BULGULAR: Hastaların 33 (17.2%) inde PH (meanPAB $\geq$ 25 mmHg) (PH group) mevcut iken 159 (82.8%) inin PH u yok idi (No-PH group). PH u olan hastalarda NYHA class III ve IV oranı daha fazla, LVEDD, LVESD ve LAD ları daha büyük idi. PH lu hastaların CO,CI,SV ve SVI i daha düşük idi. Beklenildiği gibi PH lu hastaların ölçülen pulmoner basınçlarının ve RAP ın yüksek olmasıyla birlikte LVEDP ı ve hesaplanan TPG ile PVR leride daha yüksek idi. PH grup No-PH grupla karşılaştırıldığında daha geniş PAD a (29.0 ± 3.6 e karşı 26.9 ± 3.4 , $p:0.004$) sahip oldukları, P/Ao oranında (0.9 ± 0.1 e karşı 0.8 ± 0.1 , $p:0.014$) daha yüksek olduğu görüldü. PAD ın PABs, PABm ve PABd ile anlamlı korelasyonu ($r:0.509$, $r:0.470$, $r:0.437$ sırasıyla, tüm $p<0.001$). Benzer bir korelasyon P/Ao ratio ile PABs, PABm ve PABd arasında da izlendi ($r:0.326$, $r:0.362$, $r:0.339$ sırasıyla, tüm $p<0.001$). ROC curve analizinde PH-LHD'in belirlenmesinde PAD için optimal cut-off point 26.5 cm (sensitivite 79.9%, spesifisite 54.5%, negatif prediktif value 36%, and pozitif prediktif value of 89.4%) P/Ao için ise 0.81 idi (sensitivite 84.3%, spesifisite 45.5%, negatif prediktif value 37.5%, pozitif prediktif value 88.2%).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sol kalp yetersizliği hastalarında CT ile ölçülen PAD ve P/Ao oranı PH-LHD'in prediksyonunda kullanılabilir noninvasif parametrelerdir.

SB-04

MYOKARD TUTULUMU OLAN MİYO-PERİKARDİTLER İLE MYOKARD TUTULUMU OLMAYAN AKUT PERİKARDİTLERİN ARİTMİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Nizamettin Selçuk Yelgeç

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

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut Perikardit sık görülen bir klinik tablodur. Bu vakaların bir kısmında miyokard tutulumu da olduğundan klinik tanı konulan vakaların çoğu Miyo-Perikardit genel ismi ile bilinir. Bu çalışmada akut Miyo-Perikardit tanısı almış hastalarda miyokardiyal tutulum olanlar ve olmayan hastalar aritmi açısından mukayese edilmişlerdir

YÖNTEM: Ocak 2015 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında hastanemize başvuran hastalar arasından ekokardiyografi ve laboratuvar değerlendirme sonucu akut Miyo-Perikardit tanısı alan 131 hasta (59 bayan, ortalama yaş $47,3 \pm 14$ yıl ve 19 ile 77 yaş aralığında) çalışmaya dahil edilmiştir. Her hastanın başvuru esnasındaki klinik ve ekokardiyografi ve laboratuvar parametreleri retrospektif olarak incelenmiştir. Başvuru esnasında CK-MB ya da troponin artışı gösteren hastalar ile ekokardiyografide yeni ortaya çıkmış segmenter ya da diffüz duvar hareket bozukluğu gösteren hastalar, miyokardiyal tutulumu olan perikarditler olarak sınıflandırmıştır. Hastaların başvuru ya da yatışı sırasında ECG bulguları ve var ise holter bulguları değerlendirmeye alınmıştır.

BULGULAR: 131 hastanın 21'inde miyokardiyal tutulumu olan perikardit tanısı kondu (%16) Klinik ekokardiyografi ve Laboratuvar olarak miyokardit bulguları olan 21 hasta ile miyokardiyal tutulumu olmayan diğer 110 perikardit hastası aritmi açısından mukayese edildi. Aritmiler, miyokard tutulumu olan miyoperikardit vakalarında miyokard tutulumu olmayan perikarditlere oranlar anlamlı olarak daha fazla idi (%59 vs %15 $p<0,001$). Ventriküler aritmi oranları ve A-V ileti kusuru miyokard tutulumu olan hastalarda, miyokard tutulumu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Diğer taraftan atrial fibrillasyon ve atrial aritmiler perikardit gurubunda daha fazla idi. Ayrıca bu çalışmada Erkek cinsiyeti, Genç yaş, ST yükselmesi ve yakın zamanda geçirilmiş ateşli hastalık öyküsünün de miyokardiyal tutulum eşlik eden perikardit tanısı ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Perikardit de miyokardiyal tutulum relative olarak siktir. Bu çalışmanın sonucuna göre miyokardiyal tutulumu olan perikardit ile başvuran hastalarda ventriküler aritmi potansiyeli ve ileti defekti riski yüksek olduğundan akut dönemde yoğun bakım takibi ve sıkı monitorizasyon klinik açıdan faydalı olabilir

Tablo 1

DEĞİŞKENLER	MYOKARD TUTULUMU EŞLİK EDEN AKUT PERİKARDİT (N:21)	PERİKARDİT (N:110)	P DEĞERİ
YAŞ, ORTALAMA (SD)	33(12)	50(17)	<0.001
ERKEK CİNSİYET	15 (%71)	57%(52)	0.015
YAKIN ZAMANDA GEÇİRİLMİŞ ATEŞLİ HAŞTALIK	8 (%38)	12 (%11)	<0.001

KORONER KALP HASTALIĞI ÖYKÜSÜ	5 (%23)	30 (%27)	0.354
KALP YETMEZLİĞİ ÖYKÜSÜ	2(%9)	9 (%8)	0.275
ST SEGMENT YÜKSELMESİ	17 (%80)	69 (%62)	0.016
TOPLAM KARDİYAK ARİTMİLER	15 (%59)	10 (%15)	<0.001
ATRIAL FİBRİLLASYON	2 (%9)	11 (%10)	0.310
DİĞER SUPRAVENTRİKÜLER ARİTMİLER	5 (%24)	12 (%11)	0.164
A-V BLOK	2 (%6)	1 (%1)	0.014
VENTRİKÜLER ARİTMİLER	9 (%43)	1 (%1)	<0.001
PERİKARDİYAL EFFÜZYON	6 (%29)	36(%32)	0.307

Miyoperikardit ve akut perikardit hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması

SB-05

EVALUATION OF AORTIC DISTENSIBILITY BY ECHOCARDIOGRAPHY AND APPLANATION TONOMETRY IN PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE

Sedat Kalkan

Pendik Devlet Hastanesi İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Mitral valv prolapsusu toplumun geniş bir kesimini etkileyen kardiyak kapak anomalisidir. İzole MVP olan hastalarda aortik çap arttığını ve aortik distensibilitenin azaldığını gösteren çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı; MVP hastalarında aortik distensibilitenin konvansiyonel ekokardiyografik teknik ile inceleme yanında güncel yöntem olan aplanasyon tonometrisi ile değerlendirmek ve ayrıca konvansiyonel yöntemlerle güncel tanısal yöntemlerin ilişkisini test etmektir

YÖNTEM: Araştırmaya yaş ortalaması $38,5 \pm 16,9$ olan 36 adet (16 erkek, 20 kadın) MVP tanısı konan hasta grubu ve bazal özellikleri hasta grubu ile benzer, yaş ortalaması $33 \pm 7,9$ olan 23 adet (11 erkek, 12 kadın) kontrol grubu dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun ekokardiyografik olarak aort çap değişikliği ile aortik distensibilitesi ve spygmoCor nabız dalga hızı analiz sistemi ile NDH (nabız dalga hızı) ölçüldü.

BULGULAR: Ekokardiyografik değerlendirme sonucu aortik distensibilitenin MVP grubunda ($6,2 \pm 4,0$) sağlıklı kontrol grubuna ($10,0 \pm 5,2$) göre anlamlı olarak azaldığı saptandı ($p: 0,02$). Aplanasyon tonometrisi ile yapılan inceleme sonucunda NDH'nın MVP hastalarında ($9,0 \pm 2,4$) kontrol grubuna ($7,2 \pm 1,4$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı arttığı saptandı ($p: 0,006$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda ekokardiyografik ve aplanasyon tonometrisi ile yapılan değerlendirmelerde izole MVP'si olan hastalarda kontrol grubuna kıyasla aortik distensibilitenin azaldığı tespit edilmiştir. Her iki metot sonuçları arasında orta derecede negatif korelasyon saptanmıştır.

SB-06

Koroner yavaş akım fenomeninin klinik, demografik ve anjiyografik profili: Tek merkez deneyimi

Sinan Cerşit

Kartal koşuyolu yüksek ihtisas eğitim ve araştırma hastanesi, kardiyoloji kliniği, istanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner yavaş akım fenomeni (KYAF), önemli epikardiyal koroner darlık yokluğunda gecikmiş distal damar opaklaşması ile karakterize anjiyografik bir bulgudur. Etyopatogenez hala belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmada, KYAF'lı hastaların klinik, demografik, risk faktörü ve anjiyografik profilini belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Mart 2017 - Eylül 2018 tarihleri arasında koroner anjiyografi yapılan ardışık 100 KYAF' lı hasta ve normal koroner akımı olan 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların klinik, demografik, risk faktörleri ve anjiyografik özellikleri kaydedildi. KYAF tanısı thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) kare sayımı yöntemine göre yapıldı.

BULGULAR: KYAF, erkek hastalarda anlamlı olarak daha yaygındı. Geleneksel risk faktörleri arasında, hipertansiyon prevalansı (% 30,5'e karşı % 6,7, $p < 0,001$), dislipidemi (% 40'a karşı % 7, $p < 0,001$) ve sigara kullanımı öyküsü (% 45'e karşı % 10, $p < 0,001$) KYAF olan hastalarda NKA olanlara kıyasla daha sık görüldü. Çok değişkenli regresyon analizinde hipertansiyon, dislipidemi ve sigara öyküsünün KYAF ile bağımsız bir ilişkisi olduğu bulundu (Tablo 1).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hipertansiyon, dislipidemi ve sigara bağımsız risk faktörleri olarak düşünülebilir. Bu nedenle, KYAF tamamen iyi huylu bir durum olmayıp, patolojik bir varlık olarak kabul edilebilir.

Tablo 1. Çok değişkenli regresyon analizi

	Odds oranı	%95 Güven aralığı	P değeri
Hipertansiyon	5.57	2.25-10.74	<0.001
Dislipidemi	4.93	1.95-8.11	0.001
Sigara	5.01	1.66-9.67	0.001

SB-07

THE RELATIONSHIP BETWEEN PLATELET/LYMPHOCYTE RATIO AND ANGIOGRAFIC NO-REFLOW IN PATIENTS WITH NONE-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PRIMARY CORONARY INTERVENTION

Ramazan Asoğlu¹, Arif Süner¹, Emin Asoğlu²

¹Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman

²Mardin Devlet Hastanesi, Mardin

GİRİŞ VE AMAÇ: AIM: Platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) is a new prognostic marker in coronary artery disease. We aimed to evaluate the relationship between PLR and no-reflow (NR) in patients with none-ST elevated myocardial infarction (NSTEMI).

YÖNTEM: MATERIAL-METHOD: The present study included 173 patients with NSTEMI. The patients were classified into 2 groups as follows: 115 patients in NR group and 58 patients in normal reflow group. NR was defined as a coronary thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) flow grade ≤ 2 after vessel recanalization with primary percutane coronary intervention. The PLR was calculated from the complete blood count.

BULGULAR:RESULTS: The PLR values of the patients with NR were significantly higher than those of patients with normal reflow (108.6 (14.6-511.3) vs 91.7 (17.2-225.3), $p=0.01$). In ROC curve analyses, an PLR value of 99.16 was determined as an effective cut-off point in NSTEMI of in NR with a sensitivity of 60% and a specificity of 41% (area under the curve=0.61 $p=0.017$; 95% confidence interval 0.52-0.69).

TARTIŞMA VE SONUÇ: CONCLUSION: This study showed that PLR is an independent predictor of NR in patients with NSTEMI.

Figure-1

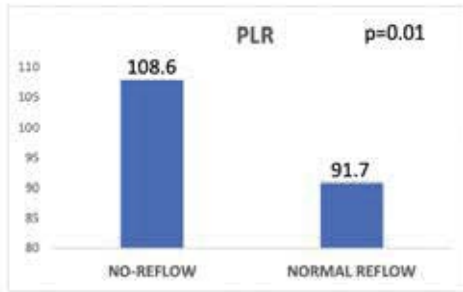


Figure-1. The PLR was significantly higher in the NR group than the normal-reflow group (108.6 vs 91.7, $p=0.01$).

Figure-1. The PLR was significantly higher in the NR group than the normal-reflow group (108.6 vs 91.7, $p=0.01$).

Figure-2

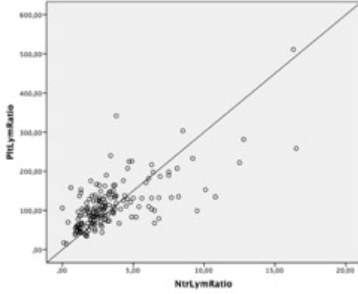
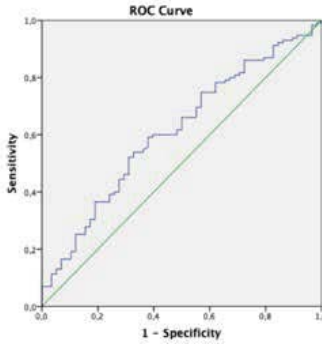


Figure-2. Correlation between PLR and NLR.

Figure-3



Receiver operator characteristic curve of point score as a predictor for NR in NSTEMI patients undergoing pPCI. (AUC=0.61 p=0.017; 95% CI 0.52-0.69; sensitivity 0.6, specificity 0.41).

Table-1

Table-1. Baseline clinical characteristics of study population.

	NO REFLOW	NORMAL REFLOW	p
Age (years)	63.13±10.77	63.51±10.43	0.23
Male % (n)	57(66)	65(38)	0.08
Hypertension (%)(n)	34(40)	36(22)	0.28
Diabetes mellitus (%)(n)	26(30)	31(18)	0.49
Family history of CAD (%)(n)	45(52)	43(25)	0.36
Smoking (%)(n)	43(50)	48(28)	0.30
Ejection Fraction (%)	55 (20-65)	55(25-65)	0.82
Systolic BP (mm Hg)	120(90-160)	120(90-170)	0.41
Diastolic BP (mm Hg)	80(55-100)	80(60-100)	0.35
Heart rate (bpm)	75(40-120)	50-130)	0.87
ASA (%)(n)	27(31)	31(18)	0.52
Beta blocker (%)(n)	27(31)	31(18)	0.35
Clopidogrel (%)(n)	5(6)	13(8)	0.44
ACE inhibitor/ARB (%)(n)	35(41)	46(27)	0.16
CCB (%)(n)	7(8)	10(6)	0.44
Diuretic (%)(n)	32(37)	17(10)	0.05
Statin (%)(n)	24(28)	34(20)	0.74
OAD (%)(n)	22(26)	34(20)	0.73
HISTORY PCI (%)(n)	18(21)	24(14)	0.61
HISTORY MI (%)(n)	13(16)	17(10)	0.56

CAD; Coronary Artery Disease, ACE/ARB; Angiotensin-Converting-Enzyme/Angiotensin-Receptor-Blocker, CCB; Calcium-Channel-Blocker, OAD; Oral-Anti-Diabetic, PCI; Percutaneous-Coronary-Intervention, MI; Myocardial-Infarction.

Table-1. Baseline clinical characteristics of study population.

Table-2

Table-2. Angiographic and laboratory measurements of study groups

	NO REFLOW	NORMAL REFLOW	p
Na (mmol/L)	137.99±2.55	137.26±2.58	0.06
K (mmol/L)	4.10±0.43	4.29±0.50	0.09
Creatinine (mg/dl)	0.9 (0.6-1.8)	0.9(0.5-1.8)	0.49
Serum glucose (mg/dl)	125(78-300)	123(80-367)	0.79
Troponin-T (ng/ml)	0.2(0.01-10.20)	0.1(0.01-9.6)	0.04
Creatine Kinase-Myocardial Band (U/L)	12(2-137)	9.8(2-76)	0.34
Triglyceride (mg/dl)	175(100-474)	167.5(102-349)	0.63
Total cholesterol (mg/dl)	178.66±49.38	179.96±53.85	0.34
Low density lipoprotein (mg/dl)	107.07±41.15	115.22±49.09	1.00
High density lipoprotein (mg/dl)	41.68±20.64	36.82±8.03	0.15
White blood cell count (103/mm3)	10.93± 3.14	10.58± 3.16	0.49
Hemoglobin (g/dL)	14.27± 1.86	13.44± 1.99	0.008
Hematocrit (%)	42.43± 5.57	40.21± 5.85	0.016
Lymphocyte (103/mm3)	2.4(0.4-16)	2.55(1.1-13.4)	0.37
Neutrophile (103/mm3)	7.33±3.26	6.96±3.11	0.45
Platelet count (103/mm3)	255.12±54.00	233.96±58.52	0.19
NLR	3(0.3-16.5)	2.30(0.01-12.5)	0.02
PLR	108.6(14.6-511.3)	91.7(17.2-225.3)	0.01
Mean platelet volume (fL)	7.82±1.57	7.05±1.76	0.02
Platelet distribution width (%)	19.82±1.84	19.17±1.97	0.03
Stent diameter (mm)	3.06±0.36	2.92±0.30	0.01
Stent lenght (mm)	25.00±7.62	20.89±7.00	0.001
Syntax score	23.26±5.38	19.05±5.65	0.00001
Culprit lesion			
Left anterior descending	46(53)	55(32)	0.36
Left circumflex	35(41)	20(12)	0.73
Right Coronary Artery	18(21)	24(14)	0.92
One vessel	7(9)	3(2)	0.12
Two vessel	40(47)	55(32)	0.63
Three vessel	51(59)	41(24)	0.79
NLR - neutrophil-lymphocyte ratio,			
PLR - platelet-lymphocyte ratio			

Table-2. Angiographic and laboratory measurements of study groups

SB-08

KISA KAPİ BALON SÜRESİ SAĞ VENTRİKÜLER MİYOKARDİYAL ENFARTÜSÜNE BAĞLI KOMPLİKASYON RİSKİNİ TAMAMEN ORTADAN KALDIRABİLİR

Deniz Demirci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Sağ ventriküler enfarktüsle (Sağ VE) ve sonuçları ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Bilgilerin çoğu mekanik revaskülarizasyon dönemi öncesine aittir. Bu bilgiler Sağ VE'nin daha yüksek mortalite ve morbitide ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Koroner reperfüzyon tedavilerindeki gelişmelerin Sağ VE komplikasyonlarında azalma sağlamıştır. Ancak mekanik reperfüzyona rağmen Sağ VE'le komplike olmuş inferiyor miyokardiyal enfarktüslerde (IME)' pür IME'lere göre daha fazla mortalite ve morbiditenin varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Reperfüzyon tedavisinin sonuçlarını işlemin başarısının yanında etkileyen en önemli faktörlerden birisi kapı balon süresinin kısa olmasıdır. Bu çalışmada, erken dönemde (ortalama kapı balon süresi < 30 dk) başarılı reperfüzyon tedavisi sonrası Sağ VE ile komplike olmuş IME'nin, pür IME ile hastane içi mortalite ve komplikasyon açısından karşılaştırmasını yaptık

YÖNTEM: İME tasını ile kabul edilmiş proksimal RCA tıkanıklığı olan ve perkütan girişim ile başarılı reperfüzyon sağlanmış ardışık hastalar çalışmaya dahil edildi. EKG'de V4R ST segment yükselmesi varlığında sağ VE grubuna alındı. Tüm hastalar ilk 24 saatte transtorasik ekokardiyografi ile değerlendirildi. Hastaların göğüs ağrısı başlangıcından hastaneye başvuru zamanına kadarki süre ağrı-kapı süresi, hastane başvuru zamanından perkütan koroner girişimde ilk balonun şişirildiği zamana kadarki süre kapı balon süresi olarak hesaplandı. Hastalar hastane içi ölüm, major ve minör komplikasyonlar açısından takip edildi. Hastalar taburculuk sonrası ortalama telefon ve rutin hastane başvuruları ile izlendi. Taburculuk sonrası ortalama 10 hatalık takip süresine ulaşıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 46 ardışık hasta dahil edildi. 16 hasta sağ ventrikül enfarktüs grubundaydı. Hastaların ortalama yaşı 56 idi. Çoğunluğu erkekti (n: 39; % 85). Ortalama ağrı balon süresi 146 ± 117 dk, ortalama kapı balon süresi 23.1 ± 6.6 dk idi.(tablo 1). Sağ ventrikül enfarktüslü hastalarda TAPSE (1.39 ± 0.21 cm, 2.35 ± 0.46 cm, $P<0.001$) and SağV FAD (28.15 ± 5.87 , 44.79 ± 10.77 p<0,001) daha düşük ve belirgin daha yüksek Sağ V Diastolik Çap saptandı (4.17 cm ± 0.41 , 3.06 ± 0.45 , p< 0.001). Sol VEF açısından gruplar arasında fark yoktu (%45.38 ± 5.19 , %44.16 ± 6.20 , P> 0.05) (Tablo 2). Her iki grupta da mortalite gözlenmedi. Major ve minör komplikasyonlar açısından gruplar arasında fark saptanmadı (p>0,05). Hastane yatış süreleri açısından gruplar arasında fark saptanmadı (p>0,05) (tablo 3). 10 haftalık izlem süresinde her iki grupta da yeni enfarktüs, hastane yatışı ya da ölüm gözlenmedi (tablo 4).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Reperfüzyon tedavindeki gelişmeler ME klinik seyrinde dramatik değişiklikler sağlamıştır. Literatürde reperfüzyon tedavisine rağmen Sağ-VE'nin klinik seyrinin pür IME'ye göre daha kötü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ancak çalışmamız erken dönemde başarılı reperfüzyon tedavisinin sağ VE ile komplike olmuş IME'indeki olumsuz klinik seyri tamamen engelleyebileceğini göstermiştir.

Tablo 1- Genel özellikler

	İME (n:29)	Sağ VME (n:17)	p
Yaş (yıl)	57 ± 11	55 ± 12	> 0,05
Erkek cinsiyet n (%)	24 (% 83)	15 (% 88)	> 0,05
HT n (%)	13 (% 45)	8 (% 47)	> 0,05
DM n (%)	12 (% 42)	8 (% 47)	> 0,05
Aile öyküsü n (%)	9 (% 31)	4 (% 23,5)	> 0,05
Sigara n (%)	15 (% 52)	8 (47,1)	> 0,05
Semptom başlangıcı – kapı balon zamanı (dk ± SD)	145 ± 116	148 ± 118	> 0,05
Kapı – to-Balan Zamanı (dk ± SD)	22 ± 7	25 ± 6,1	> 0,05
TIMI risk skore	2,83 ± 1,00	2,82 ± 0,95	> 0,05

DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, İME: Inferior myocardial enfarktüsü, SD: Standard sapma, Sağ VME: Sağ ventricular miyokardial enfarktüsü, TIMI: Thrombolysis in Miyocardiyal Infarction

Tablo 2- Ekokardiyografik Bulguların Karşılaştırılması

	İME	SağVME	p
Sol VEF (%)	44,16 ± 6,20	45,38 ± 5,19	> 0,05
TAPSE (cm)	2,35 ± 0,46	1,39 ± 0,21	<0,001
Sag VDÇ (cm)	3,06 ± 0,45	4,17 ± 0,41	< 0,01
SVFAD (%)	44,79 ± 10,77	28,15 ± 5,87	< 0,01

İMI: Inferior miyokardial infarction, LVEF: left ventricular ejection fraction, SağVFAD: Sağ ventricular fraksiyonel alan değişimi, SVSÇ: Sağ ventrikül diyastolik çap, RVMI: Sağ ventricular miyokardial infarction, TAPSE: Tricuspid annular plane sistolic excursion

Tablo 3- Major ve minör komplikasyonların karşılaştırılması

Major Komplikasyon	İME	Sağ VME	p
Ölüm	0	0	
Kardiyojenik Şok	0	0	
Ventriküler Fibrilasyon	0	0	
Komplet AV blok	0	0	
Pil gerektiren diğer ritim bozuklukları	0	0	
Minor Komplikasyon			
Semptomatik diğer AV bloklar	0	0	
Semptomatik sinus bradikardisi	0	0	
Intra-aortik ballon pump gereksinimi	0	0	
Atrial Fibrilasyon	1	0	>0,05
Semptomatik hipotansiyon	0	1	>0,05

İME: Inferior miyokardial Enfarktüs, Sağ VME: Sağ ventricular miyokardial enfarktüs

Tablo 4- Koroner yoğun bakım ve hastane yatış sürelerinin karşılaştırılması

	İME	Sağ VME	P value
Hastane yatış süresi	5,69 ± 2,67	7,00 ± 3,64	> 0,05
Koroner yoğun bakım yatış süresi	2,51 ± 0,94	3,24 ± 2,31	> 0,05

İME: Inferior miyokardial Enfarktüs, Sağ VME: Sağ ventricular miyokardial enfarktüs

SB-09

PERKÜTAN TRANSKATETER AORT KAPAK İMPLANTASYONU (TAVİ) YAPILAN HASTALARDA KANAMA VE VASKÜLER KOMPLİKASYONLAR AÇISINDAN STANDART İNSIZYON VE DERİN İNSIZYON YAKLAŞIMININ KARŞILAŞTIRILMASI

*Osman Uzman, Koray Demir, Duygu İnan, Ayça Gümüşdağ, Koray Kalenderoğlu, Evliya Akdeniz, Mehmet Saygı, İlhan İlker Avcı, Gönül Zeren, Can Yücel Karabay
T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ: Perkütan transkateter aort kapak implantasyonu (TAVİ) yapılan hastalarda işleme bağlı kanama ve vasküler komplikasyonlar mortalite ve uzun dönem takip açısından önemlidir. Perkütan transfemoral (TF) TAVİ işlemi, derin insizyon (perivasküler yağ dokular alınarak) veya standart insizyon (perivasküler yağ dokular alınmadan) yaklaşımıyla yapılabilmektedir. Bu iki yöntemin birbirleri üzerinde üstünlüğü olup olmadığını bilmek perkütan TF-TAVİ işleminin komplikasyonlarının ve mortalitesinin azaltılmasını sağlayabilir. Biz bu çalışmada, derin insizyon (perivasküler yağ dokular alınarak) ve standart insizyon (perivasküler yağ dokular alınmadan) yaklaşımına bağlı kanama ve vasküler komplikasyonları inceledik.

YÖNTEM: Ağustos 2012 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında hastanemizde ileri aort stenozu nedeniyle perkütan TAVİ uygulanan 80 hasta retrospektif olarak tarandı. 41 hastaya derin insizyon (perivasküler yağ dokular alınarak) yaklaşımıyla, 39 hastaya standart insizyon (perivasküler yağ dokular alınmadan) yaklaşımıyla perkütan TAVİ uygulandı.

BULGULAR: Derin ve standart insizyon gruplarında sırasıyla kadın cinsiyet 27 hasta (% 65,9), 21 hasta (% 53,8); yaş ortalaması 80,46±6,43 (81), 78,79±7,87 (80) izlendi. TF-TAVİ uygulanmış hastalarda VARC-2 kriterlerine göre kanama, derin insizyon grubunda 17 (% 41,5) standart insizyon grubunda 19 (% 50) (p=0.447) saptanmış olup standart insizyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmayan kanama artışı görülmüştür. Majör kanama, derin insizyon grubunda 5 (% 12,2) standart insizyon grubunda 6 (% 15,8) (p=0.645) saptanmış olup anlamlı fark görülmemiştir. Transfüzyon ≥ 2ünite derin insizyon grubunda 14 (% 40) standart insizyon grubunda 6 (% 14,6) (p=0.012) saptanmış olup derin insizyon grubunda daha fazla ≥2 ünite eritrosit transfüzyonu ihtiyacı olmuştur. Transfüzyon <2 ünite derin insizyon grubunda 8 (% 22,9) standart insizyon grubunda 11 (% 26,8) (p=0.690) saptanmış olup anlamlı fark görülmemiştir. Ortalama hemoglobin düşüşü (g/dL) derin insizyon grubunda 0,55±1,44 (0,7) standart insizyon grubunda 1,93±1,98 (1,5) (p=0.001) saptanmış olup derin insizyon grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha az hemoglobin düşüşü izlenmiştir. Yatış süresi (gün) derin insizyon grubunda 6,77±4,78 (6) standart insizyon grubunda 5,78±4,83 (4) (p=0.387) saptanmış olup anlamlı fark görülmemiştir. İki grup arasında hastane içi ölüm, hematoma, psödoanevrizma, femoral arter diseksiyonu ve stenoza açısından sonuçlar benzer saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Perkütan TAVİ uygulanan hastalarda derin insizyon ve standart insizyon yaklaşımı vasküler komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde; ortalama hemoglobin düşüşü, derin insizyon yaklaşımıyla yapılan hastalarda daha az saptanmıştır. Ancak vasküler komplikasyonlar ve diğer kanama komplikasyonları açısından her iki yöntem arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

SB-10

SKLERODERMA'YA SEKONDER PULMONER ARTERYEL HİPERTANSİYON İLE TAKİP EDİLEN HASTADA INTRAVENÖZ EPOPROSTENOL TECRÜBESİ

Abdullah Tunçez, Muhammed Ulvi Yalçın

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ: 43 yaşında, yaklaşık 10 yıldır skleroderma ile takip edilen kadın hasta düzelmeyen nefes darlığı şikayeti ile başvurduğu ve uzun süredir takip edilmekte olduğu hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğinin kardiyolojik değerlendirme açısından kardiyoloji kliniğine konsülte edilmiş. Hasta uzun süredir farklı hastanelerde göğüs hastalıkları tarafından koah, astım tanılarıyla takip edilmiş ancak verilen tedavilerden herhangi bir fayda görmemiş. Hastanın fonksiyonel kapasitesi 3 idi. Hastaya kardiyolojik değerlendirme sırasında yapılan transtorasik ekokardiyografide tahmini PAB 60 mmHg tespit edildi. Hasta hospitalize edilerek takip altına alındı. yapılan ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde pulmoner BT anjiyografisinde ve diğer tetkilerinde ek bir patoloji tespit edilemedi. Hastaya yapılan sağ kalp kateterizasyonunda ortalama pulmoner arter basıncı 42 mmHg tespit edildi ve vazoreaktivite testi negatif idi. Hastaya önce macitentan ardından tadalafil tedavileri başlandı ve hasta yatışının 25. gününde taburcu edildi. Hasta taburculuğunda 30 gün sonra tekrar benzer klinik belirti ve bulgular ile kliniğimize başvurdu. Hastaya inhale iloprost tedavisi başlandı. takibinde klinik olarak rahatlayan hasta taburcu edildi. Ancak hasta bu taburculuğundan da 1 ay sonra fonksiyonel kapasitesi 4 olarak tekrar kliniğimize başvurdu. Hastanın fonksiyonel kapasitesinin 4 olması ve sık sık dekompanse olması nedeniyle hastaya IV epoprostenol tedavisinin başlanılmasına karar verildi. Kalıcı subklaviyen kateter takılan hastaya IV epoprostenol tedavisi başlandı. Takiplerinde IV epoprostenol dozu hastanın tolere edebildiği maksimum 22 ng/kg/dak'ya kadar yükseltilebildi. Hasta, hastaneye yatışının 20. gününde klinik olarak düzeldi ve mobilize olmaya başladı. Hasta, IV epoprostenol başlangıcının 40. gününde taburcu edilebildi. Bu taburculuğundan 2 ay sonra pnömoni nedeniyle tekrar hastaneye yatırılan hastaya IV epoprostenol dozlarında yükseltme önerildi ancak hasta kabul etmedi. Hastaya romatoloji tarafından siklofosfamid önerilmesine rağmen hasta bu tedaviyi de kabul etmedi. fonksiyonel kapasitesi 1-2 olan ve kendi günlük işlerini yapar duruma gelen hasta son 9 aydır hastaneye yatırılmadı. IV epoprostenol, masitentan ve tadalafil üçlü tedavisine devam edilmekte.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Epoprostenol tedavisi, devamlı infüzyon gerektirmesi, hasta uyumunun zorluğu, kateter implantasyonu gerekliliği ve enfeksiyon riski, hekimlerin çekimser davranmaları vb. sebeplerle görece az kullanılan bir tedavidir. Hastamızda PAH tanısı konulduktan sonra 1. ayda üçlü tedaviye (masitentan, tadalafil, inhale iloprost) rağmen hastanın kliniğinde hiçbir düzelme olmadı. Takibinde epoprostenol başlanan hastanın kliniğinde ise belirgin bir düzelme sağlandı ve epoprostenol tedavisinin 3. ayında hasta günlük işlerini yapabilir hale geldi. Bizim bu olgu sunumu ile vurgulamak istediğimiz; fonksiyonel kapasitesi 3-4 olan PAH hastalarında erken dönemde IV epoprostenol tedavisinin başlanılmasının faydalarını vurgulamaktır

SB-11

KABG li AKUT KORONER SENDROM HASTALARININ ANJİOGRAFİK VE PCI ÖZELLİKLERİ: 1 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Onur Taşar

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ: USAP, NSTEMI ve STEMI tablosunda başvuran ve KABG öyküsü olan hastaların anjiyografik sorumlu lezyonlarının özelliklerinin belirlenmesi ve revaskülarizasyon sonuçlarının değerlendirilmesi.

YÖNTEM: Retrospektif olarak tek merkezde dizayn edilen çalışmaya; 2018 Ocak-2019 Ocak tarihleri arasında USAP(n=31), NSTEMI(n=44) ve STEMI(n=19) tablosunda interne edilerek koroner anjiyografi uygulanmış, böbrek yetersizliği olmayan ardışık 94 hasta (68 erkek, 26 kadın, ortalama yaş= 72.2 ±7.7) dahil edildi. Tüm hastaların klinik verileri ve anjiyografik kayıtları değerlendirildi. Sorumlu damar başvuru sırasındaki EKG ve anjiyografi bulgularına göre yapıldı.

BULGULAR: Sorumlu damarın bypass grefti olması USAP hastalarında %77 (24/31), NSTEMI hastalarında %73 (32/44) ve STEMI hastalarında %84 (16/19) idi. 22 vakada sorumlu damar nativ koroner arter (n=4 vakada %18 bypass grefti distali, n=18 vakada %82 greftsiz damarda) izlendi. Sorumlu damarın venöz greftte görülmesi, arteryel greftte görülmesinden daha sık idi (69/183 venöz greft vs. 3/41 arteryel greft, p<0.001). 73 hastaya ad-hoc ya da primer PCI yapıldı (%78). 15 hastada (%15.9) greft lezyonu revaskülarizasyona uygun olmadığından nativ damar revaskülarizasyonu yapıldı. Revaskülarizasyon başarısı bypass greftlerinde %97 ve Nativ damarlarda %94 idi. Sorumlu arterin Bypass grefti olduğu 20 hastada (%21) revaskülarizasyon aşamalı olarak birden çok seansta yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut koroner sendrom ile başvuran ve anjiyografi yapılan hastalarda, sorumlu damarın greft olma ihtimali, nativ damar olma ihtimalinden daha yüksektir. Yine venöz greft lerin sorumlu damar olması ihtimali, arteryel greftlere göre belirgin yüksek bulunmuştur. Akut evrede yapılan revaskülarizasyon başarısı yüksek olmakla birlikte, yeterli revaskülarizasyon için sıklıkla birden fazla damar ve birden fazla seans gerekmektedir.

Tablo 1.

	AKS (n=94)
Yaş, yıl	74.2±8.7
Kadın Cinsiyet, n	26 (27.6)
Diabetes mellitus	31 (32.9)
Hipertansiyon	45 (47.8)
Dislipidemi	36 (38.2)
Sigara	34 (36.1)
Aile öyküsü	37 (39.3)
Geçirilmiş MI	15 (15.9)
Geçirilmiş PCI	10 (10.6)
Preinfarkt angina	24 (25.5)



SKB, mmHg	138.6±37.2
DKB, mmHg	81.1±19.5
Bazal kalp hızı-dk	73.1±20.4
Bazal Kreatinin, mg/dl	1.2±0.52
Bazal Ürik asit, mg/dl	5.2 ±4.1
Kan Glukozu, mg/dl	163.1±90.5
Total Kolesterol, mg/dl	174.7±50.6
LDL Kolesterol, mg/dl	94.3±49.7
HDL Kolesterol, mg/dl	38.9±11.2
Trigiserid, mg/dl	169,8±87.4
Kullanılan İlaçlar	
Aspirin	76 (80.8)
Statin	18 (19.1)
β bloker	31 (32.9)
ACE-I/ARB	46 (48.9)
KKB	11 (11.7)
Insulin	25 (26.6)

Bazal Karakteristikler

SB-12

KAROTİS ARTER STENTLEME İŞLEMİ YAPILAN HASTALARDA PERİPROSEDURAL KOMPLİKASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrah Erdoğan¹, Rezzan Deniz Acar², Murat Çap², Tuba Unkun², Cem Doğan², Zübeyde Bayram², Büşra Güvend², Ahmet Karaduman², Özgür Yaşar Akba², Ali Karagöz², Cihangir Kaymaz², Nihal Özdemir²

¹Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Serebrovasküler hastalıklar erişkinlerde, tüm dünyada, kanser ve kalp hastalıklarından sonra en önemli ölüm sebebidir. En sık inme nedenlerinden biri karotis arter stenozudur. Karotis arter stentlemede(KAS) periprosedural komplikasyonlarına baktığımızda en ciddi komplikasyon yeni gelişecek tromboembolik inmedir. Akut safhada iskemik beyin hasarının lokalizasyonunun, boyutunun ve şiddetinin belirlenmesi kritik bir öneme sahip olup difüzyon MRG bu konuda iyi bir tercihtir. Bu çalışmanın amacı; KAS yapılan hastalarda periprosedural komplikasyonların değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Bu çalışmada, karotis arter stenozu ön tanıları ile karotis anjiyografi tetkiki ve stentleme işlemi yapılan 57 olgu prospektif olarak incelendi. Hastalara KAS işlemi öncesi ve sonrası difüzyon ağırlıklı MRG çekilerek, nöroradyolog tarafından değerlendirildi. Hastalar semptom varlığı, işlem sonrası MRG de ipsilateral lezyon varlığı, North American Symptomatic Endarterectomy Trial (NASCET) darlık oranı ve yaşa göre olmak üzere 4 farklı kategori altında incelendi. Tüm analizlerde $p < 0.05$ olması istatistiksel anlamlılık için sınır olarak kabul edildi. İstatistik analizlerde SPSS 21 paket programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 42 ile 88 arasında değişen 46'si erkek, 11'si kadın toplam 57 olgu dahil edildi. Olguların 30'u asemptomatik, 27' si ise semptomatik idi. Semptomatik vakalarda lezyon yüzeyi düzensiz olan ve yeni iskemik lezyon gelişen hastaların sayısı anlamlı oranda daha yüksek bulundu ($p=0.041$ ve $p=0.048$, sırasıyla) Ayrıca bu hastalarda HDL anlamlı oranda düşük ve kreatinin seviyeleri anlamlı oranda yüksek bulundu ($p=0.041$, $p=0.013$, sırasıyla). İşlem sonrası 28 olguda (%49) kraniyal difüzyon MRG incelemesinde ipsilateral yeni iskemik lezyon saptandı. NASCET ile karotis darlık yüzdesi ve segment uzunluğu artmış hastalarda, semptom varlığında ve TG düzeyleri daha yüksek olan hastalarda işlem sonrası yeni ipsilateral lezyon varlığı anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0.043$, $p=0.005$, $p=0.047$, $p=0.020$ sırasıyla). İşlem öncesi uzun süreli ASA kullanımı öyküsü olan hastalarda işlem sonrası yeni ipsilateral lezyon gelişimi anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0.018$). Çalışmamızda KAS işlemi sonrası yeni iskemik lezyon saptanan 36 olgunun 34 ünde işlem sonrasında herhangi bir nörolojik bulgu saptanmadı ve sessiz iske mi (%59) olarak değerlendirildi. İşlem sonrası 2 olguda semptomatik bulgular (%3) saptandı. Bu olgulardan 1'inde major iskemik inme, 1'inde de major hemorajik inme gelişti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: KAS işlemi sırasında gerçekleşen iskemik inmeler çoğunlukla asemptomatik seyredip, sessiz iske miye sebep olurlar. Semptomatik hastalarda HDL seviyelerinin düşük saptanması ve TG yüksekliğinin işlemle ilişkili iskemik inme ile ilişkili bulunması, medikal tedavi planlanırken gereken önemin gösterilmesi bakımından dikkat çekicidir. Bununla birlikte olgu sayısının artması ve takip sürelerinin uzatılması ile uygulanan tedavi etkinliği ve komplikasyonları konusunda daha iyi fikir sahibi olabiliriz.

SB-13

TRANSCATHETER AORTIC VALVE REPLACEMENT IN LARGE ANULUS: EARLY RESULTS OF SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Gönül Zeren

Dr. Siyami Ersek Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Geniş anulusa uygun yeni cihazlar geliştirilmiştir. Ancak geniş anulus girişimlerinin sonuçları tam olarak belirli değildir. Bu çalışmanın amacı; geniş anulusa sahip olan aort darlığı hastalarının erken dönem sonuçlarını araştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya 47'si erkek (%39.5) toplam 119 hasta alınmıştır. Ortalama yaş (79 ±8)'dir. Hastaların 21'inde (%17.6) geniş anulus ölçülmüştür ve bu hastaların sekizine EvolutR, onüçüne ise Sapien XT kapak implante edilmiştir. Hastalar geniş anulus ve küçük anulus grubuna ayrıldıktan sonra hastane-içi komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Geniş anulus ve küçük anulus hastalarının logistic Euroscore değerleri sırası ile 27.8 ± 11.8 v.s. 26.4 ± 13.3 , $p:0.408$ hesaplanmıştır. Ortalama işlem süresi 58 dakikadır. Geniş anulusa sahip bir hastada, küçük anuluslu ise beş hastada, kalıcı pacemaker ihtiyacı olmuştur ($p:0.714$). Hastane içi mortalite oranlarına ise bakıldığında geniş anuluslu hastalarda mortalite saptanmaz iken küçük anuluslu beş hasta ex olmuştur ($p: 0.247$). Cihaz başarılı yerleştirilmesi ise her iki grupta %100 olup küçük anuluslu grupta iki hastada, geniş anuluslu grupta ise bir hastada jump nedeniyle ikinci kapak implante edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Geniş anulusa sahip ileri aort darlığı hastalarında benzer başarı oranları ile transkateter aort kapak implantasyonu işlemi güvenli yapılabilir.

SB-14

KORONER SİNÜS LEAD'İN BAŞARILI İMPLANTASYONU: İKİ EXTREM VAKA

*Halil Akın, Özcan Özdemir
Özel Lokman Hekim Hastanesi, Ankara*

GİRİŞ VE AMAÇ: Konjestif kalp yetmezliğinin tedavisi için biventriküler pacing 'in, semptomlarda kalıcı azalmaya neden olduğu gösterilmiştir. Sol ventrikül pace için koroner sinüs (CS) dallarını kullanmaktayız. Bununla birlikte, vakaların % 8-10'unda CS lead'lerinin implante edilemediği bildirilmektedir. Biz bu sunumda birinde CS darlığı olan, diğeri de CS diseksiyonu olan iki vakada başarılı CS lead implantasyonunu sunduk.

YÖNTEM: Hastalarımız maximal medikal tedavi altında sınıf III-IV semptomları mevcut olduğundan gerekli ön hazırlıklar yapılarak koroner anjiyografi laboratuvarına Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT) için alındı.

BULGULAR: Ciddi kalp yetmezliği semptomları (EF %25) ve sol dal bloğu bloğu olan ve herhangi bir koroner girişim öyküsü olmayan 57 yaşında erkek hasta biventriküler kalp pili implantasyonu için yatırıldı CS anjiyografisi sırasında posterolateral dalda ciddi bir daralma görüldü. (Şekil 1). Her ne kadar kılavuz tel stenozu kolayca geçebilse de, kalp pili stenotik bölgeyi geçemedi. Her ne kadar bir kılavuz tel stenozu kolayca geçebilse de, kalp pili stenotik bölgeyi geçemedi. Posterolateral bölgede uygun venöz dal olmadığından darlığı genişletmeye karar verdik. İlk önce stenozu balon anjiyoplasti ile genişletmeye çalıştık. Fakat başarısız balon dilatasyonu nedeniyle, stenotik bölgeye bir koroner stent (2.75x12 mm) yerleştirdik (Şekil 2). Stent implantasyonundan sonra stent alanını geçerek CS lead'i kolayca implante ettik (Şekil 3). Sınıf III kalp yetmezliği semptomları (EF %25) ve sol dal bloğu olan 61 yaşında erkek hasta, biventriküler kalp pili resenkronizasyonu için laboratuara alındı. Koroner sinüs anjiyografisinde büyük diseksiyon ve kateterin false lümede olduğu izlendi (Şekil 4). Ardından kateteri geri çektik, gerçek lümeni ve hedeflenen posterolateral dalı görselleştirdik (Şekil 5). Gerçek lümen ilerleyerek CS lead'i başarıyla yerleştirdik (Şekil 6).

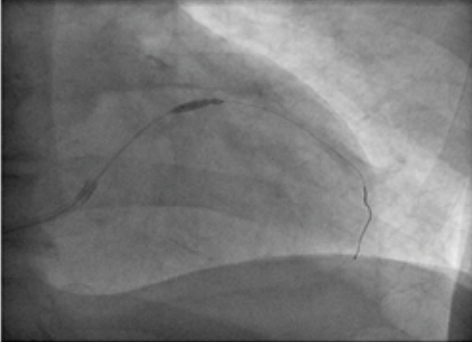
TARTIŞMA VE SONUÇ: Her iki durumda da sol ventrikülün CS lead'leri aracılığıyla uygun eşikler ve amplitütler alarak başarılı implantasyonu gerçekleştirdik. CS'de stenoz, diseksiyon veya yokluk gibi iyatrojenik veya konjenital anormallikler, vakaların % 8-10'unda CS implantasyonunu imkansız hale getirebilir. Anjiyoplasti ile koroner ven dilatasyonu veya CS lead'in implantasyonuna izin vermek için stentleme, alternatif bir damar olmadığında düşünülmelidir. Ancak, stentleme veya dikkatli ve yetenekli müdahaleler, çok daha fazla durumda başarılı implantasyona izin verebilir.

Figure 1



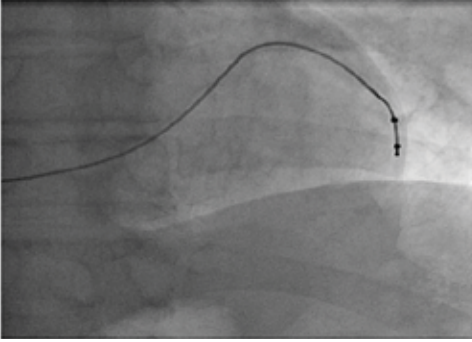
Stenosis in the coronary vein.

Figure 2



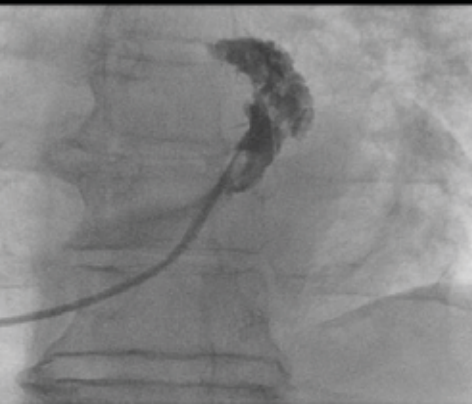
Implantation of stent to the stenotic area.

Figure 3



Pacemaker lead implantation through the stent.

Figure 4



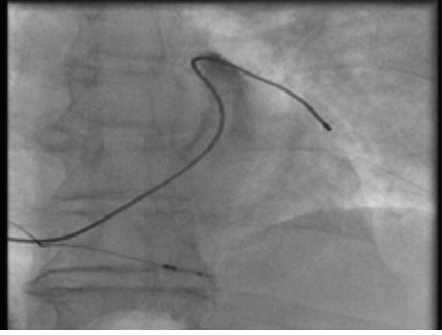
Coronary sinus dissection (false lumen).

Figure 5



True lumen and posterolateral branch.

Figure 6



Successfully implantaion of the coronary sinus lead.

SB-15

TRANSKATATER AORT KAPAK İMPLANTASYONU (TAVİ) YAPILAN HASTALARDA KANAMA VE VASKÜLER KOMPLİKASYONLAR AÇISINDAN PERKÜTAN VE CERRAHİ YAKLAŞIMIN KARŞILAŞTIRILMASI

Koray Demir¹, Adem Atıcı²

¹Muş Devlet Hastanesi, Muş

²Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Transkatater aort kapak implantasyonu (TAVİ) yapılan hastalarda işleme bağlı kanama ve vasküler komplikasyonlar mortalite ve uzun dönem takip açısından önemlidir. Transfemoral (TF) TAVİ işleminde girişim cerrahi cut-down veya perkütan yaklaşımla olmaktadır. Bu iki yöntemin birbirleri üzerinde üstünlüğü olup olmadığını bilmek TF-TAVİ işleminin komplikasyonlarının ve mortalitesinin azaltılmasında rol oynayabilir. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmalarda halen fikir birliği oluşmamıştır. Biz bu çalışmada cut-down ve perkütan yaklaşıma bağlı kanama ve vasküler komplikasyonları inceledik.

YÖNTEM: Ağustos 2012 ile Ağustos 2016 tarihleri arasında hastanemizde ileri aort darlığı nedeniyle TAVİ uygulanan 76 hasta retrospektif olarak tarandı. 41 hastaya perkütan yaklaşımla 35 hastaya cerrahi yaklaşımla TAVİ uygulandı. Perkütan ve cerrahi gruplar VARC2 kriterlerine göre kanama ve vasküler komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Perkütan ve cerrahi grupta sırasıyla kadın cinsiyet 23 hasta (% 56.1), 21 hasta (% 60.0); yaş ortalaması 79.1 ± 7.8 , 79.6 ± 6.27 izlendi. TF-TAVİ uygulanmış hastalarda VARC-2 kriterlerine göre kanama perkütan grupta 21 (% 51,2) cerrahi grupta 23 (% 65,7) ($p=0.202$) saptanmış olup cerrahi grupta istatistiksel olarak anlamlı olmayan kanama artışı görülmüştür. Majör kanama perkütan grupta 6 (% 14,6) cerrahi grupta 14 (% 40) ($p=0.012$) saptanmış olup cerrahi grupta daha fazla görülmüştür. Transfüzyon ≥ 2 ünite perkütan grupta 6 (% 14,6) cerrahi grupta 12 (% 34,3) ($p=0.045$) saptanmış olup cerrahi grupta daha fazla ≥ 2 ünite eritrosit transfüzyonu ihtiyacı olmuştur. Ortalama hemoglobin düşüşü (g/dL) perkütan grupta $1,75 \pm 1,22$ cerrahi grupta $2,20 \pm 1,18$ ($p=0.109$) saptanmış olup cerrahi grupta istatistiksel olarak anlamlı ulaşmayan hemoglobin düşüşü izlenmiştir. Yatış süresi (gün) perkütan grupta $5,69 \pm 4,65$ cerrahi grupta $7,12 \pm 4,4$ ($p=0.191$) saptanmış olup yatış süresi istatistiksel olarak anlamlı değere ulaşmamasına rağmen perkütan grupta daha kısa süreli çıkmıştır. İki grup arasında hastane içi ölüm ve vasküler komplikasyonlar açısından sonuçlar benzer saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: TAVİ uygulanan hastalarda cerrahi ve perkütan yaklaşım açısından vasküler komplikasyonlar değerlendirildiğinde; her iki yöntem lehine benzer sonuçlar alınmış olsa da kanama komplikasyonu açısından değerlendirildiğinde, perkütan yaklaşım daha güvenilir saptanmıştır.

SB-16

CRP ALBUMİN ORANININ ST SEGMENT ELEVASYONLU MİYOKART İNFARKTÜSLÜ HASTALARDA MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Kamuran Kalkan

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

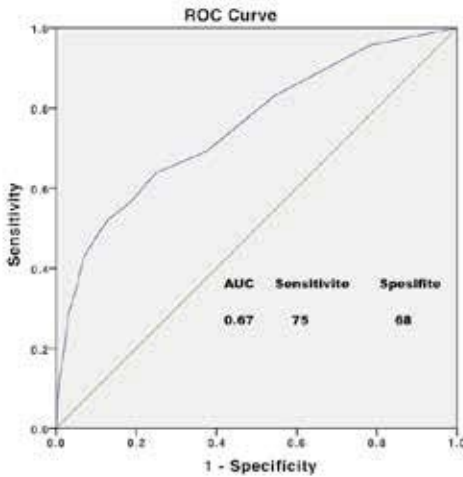
GİRİŞ VE AMAÇ: ST elevasyonlu miyokart infarktüsünde (STEMİ) inflamasyonun önemli bir rolü olmasına rağmen, inflamatuvar belirteçlerin mortaliteye olan etkisi net değildir. Biz bu çalışmada inflamatuvar düzeyin sensitif bir göstergesi olan Crp / Albumin oranının (CAO) STEMİ hastalarında mortalite ile olan ilişkisini araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya 2014 ve 2018 yılları arasında STEMİ tanısıyla kliniğimize başvuran ve koroner anjiyografi yapılan 1472 hasta alındı. Bir yıllık takipte kardiyak nedenli ölüm gelişen 47 (%3.1) hastalarla gelişmeyen hastalar karşılaştırılarak CAO'nın mortaliteye olan etkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışma 1472 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 65 ± 5.3 , % 69 u erkekti. 47 (3.1) hastada kardiyak nedenli mortalite izlendi. Tek değişkenli analizde Syntaks skoru, yaş, ejeksiyon fraksiyonu ve CAO mortalite ile ilişkili bulundu. Regresyon analizinde Syntaks skor ve CAO mortalite gelişiminin bağımsız prediktörleri olarak tespit edildi. CAO1.23 kestirim değeri ile 1 yıllık mortalite tahmininde % 75 sensitivite, %68 spesifiteye sahipti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İnflamasyon aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişiminde ve uzun dönem mortalite ile yakından ilişkilidir. Bu hastalardaki inflamtuvar yanıt düzeyi klinisyene advers olay hakkında yol gösterici olabilir. İnflamatuvar durumun sensitif göstergesi olan CAO STEMİ hastalarında faydalı bir prognostik araç olarak kullanılabilir.

Resim 1



Crp albumin oranının mortalite tahmini için yapılan ROC grafiği

SB-17

KONTRAST NEFROPATİ GELİŞİMİ TAHMİNİNDE SYNTAKS SKOR 2, ZWOLLE VE CADİLLAC SKORLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Uğur Aksu

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum

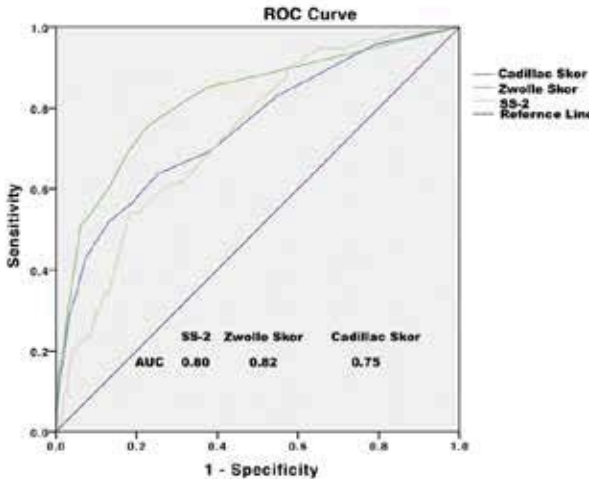
GİRİŞ VE AMAÇ: ST elevasyonlu miyokart infarktüsü (STEMI) hastalarında perkutan koroner girişimler standart tedavi yöntemi olmasına rağmen girişim sonrası dönemde kontrast nefropati gelişebilir. STEMI hastalarında risk skorlarının advers olay tahmininde rolü iyi bilinmesine rağmen kontrast nefropati gelişimi tahmininde ki yerleri net tanımlanmamıştır. Biz bu çalışmada Syntax skor-2(SS-2), Zwolle ve Cadillac risk skorlarının kontrast nefropatisi gelişimi ile olan ilişkisini araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya 2014 ve 2018 yılları arasında STEMI tanısıyla kliniğimize başvuran ve koroner anjiyografi yapılan 1381 hasta alındı. Takipte kontrast nefropatisi gelişen 92 hasta ile (%6.6) gelişmeyen hastalar karşılaştırılarak risk skorlarının kontrast nefropatisi ile olan ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışma 1381 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 62 ± 6.3 , % 71'i erkekti. 92 (%6.6) hastada kontrast nefropatisi gelişti ve 5(%0.3) hastada hemodiyaliz gereksinimi oldu. ROC analizinde SS-2, Zwolle ve Cadillac skorları sırasıyla 0.80, 0.82, 0.75 AUC değerlerine sahipti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kontrast nefropatisi STEMI hastalarında artmış advers olayla ilişkilidir ve risk skorları kontrast nefropatisi gelişiminde de iyi kestirim değerlerine sahiptir. STEMI hastalarında işlem öncesi hesaplanan risk skorları ile kontrast nefropatisi gelişimi tahmin edilerek hasta bazlı intensif yaklaşımlarla risk azaltılması sağlanabilir.

Resim



Kontrast nefropati gelişimi tahmininde risk skorlarının ROC eğrilerinin karşılaştırılması

SB-18

NO-REFLOW GELİŞEN HASTANIN İNTRAKORONER ADRENALİN İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

Kenan Demir, Abdullah Tunçez

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ: 78 yaşında, iskemik kardiyomiyopati ve kalp yetersizliği ile takip edilen ve ejeksiyon fraksiyonu %30 olan hasta akut koroner sendrom teşhisi ile kliniğimize yatırıldı. Antiagregan ve antikoagülan yüklemeleri yapılan hastaya yapılan KAG'de LAD osteal, stent içi tam tıkalı saptandı. Yapılan ardışık PTCA sonrası TIMI 0-1 akım sağlandı ve yoğun trombüs yükü olduğu görüldüğü üzerine intrakoroner tirofiban bolusu yapıldı ve IV tirofiban infüzyon başlandı. LAD'deki tromboze lezyona LAD osteali kapsayacak şekilde 3.0x38 mm DES 16 atm'de implante edildi. Bu stentin distaline ilk stent ile overlap yapacak şekilde 2,5*15 mm DES implante edildi ancak yapılan anjiyografide no-reflow geliştiği izlendi. • Tansiyon arteriyel değerleri giderek düşen ve 90/60 mmHg saptanan ve kalp hızı 45/dk olan hastaya intrakoroner 150 µgr adrenalin yapıldı. Hastanın kalp hızı 110/dk'ya, tansiyon arteriyel değerleri de 120/65 mmHg'ye yükseldi. Yapılan KAG'de LAD'de TIMI 3 akım izlendi ve işlem sonlandırıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: No-reflow fenomeni multipl patofizyolojik mekanizmaları olan, epikardiyal reperfüzyon sağlansa bile miyokardiyal reperfüzyonun sağlanamadığı hastane içi ve uzun dönemli kötü sonuçlarla ilişkili olduğu bilinen kompleks bir durumdur. Distal embolizasyon, uzamış iskemi, trombüs yükü iskemi-reperfüzyon hasarı, mikrovasküler spazm ve bireysel yatkınlık vb. pek çok durumun no-reflow ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Literatürde no-reflow gelişimi sonrası adenozin, adrenalin, verapamil, nitroprussid ve Gp IIb/IIIa inhibitörlerinin kullanımı ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Adenozin 10-20 µgr (gereğinde)

- Verapamil 50-200 µgr 1000 µgr
- Nitroprussid 50-200 µgr 1000 µgr
- Diltiazem 0,5-2,5 mg/1 dk 5 mg
- Nikardipin 200 µgr
- Nikorandil 2 µgr
- Adrenalin 50-200 µgr

Adrenalin pozitif inotropik ve kronotropik etkilerinin yanında, β2 reseptörler üzerinden vazodilatör etkilere de sahiptir. Literatürde 50-200 µgr adrenalinin PKG sırasında no-reflow ya da derin hipotansiyon gelişen hastalarda olumlu sonuçlar sağladığı bildirilmiştir. No-reflow gelişen ve hipotansif olan bizim vakamızda da intrakoroner yapılan 150 µgr adrenalin herhangi bir yan etkiye yol açmadan efektif olmuş ve distal akımın sağlanmasına yardımcı olmuştur. PKG sırasında no-reflow gelişen ve özellikle hipotansif hastalarda intrakoroner adrenalin kullanımı mutlaka akılda tutulmalıdır.

SB-19

KORONER YAVAŞ AKIŞTA TIMI KARE SAYISI İLE İMA KORELASYONU: TEDAVİ İÇİN BİR REHBER OLABİLİR Mİ?

Naci Babat

Yüzüncüyıl Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van

GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner yavaş akım (KYA), epikardiyal koroner arterlerde belirgin darlığı olmayan geç opaklaşma olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, koroner yavaş akımda (KYA) Spektrofotometre kullanarak İskemi modifiye albumin (İMA) arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

YÖNTEM: İskemi modifiye albumin seviyesi (İMA) Spektrofotometre ile ölçüldü. İskemia modifiye albumin (İMA) seviyesinin belirlenmesi için koroner yavaş akımlı hastalar seçildi. Elde edilen veriler kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Serum İskemi modifiye albümin (İMA) düzeyleri KYA grubunda arttı. Koroner yavaş akımlı hastalarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında İskemia-modifiye albümin (İMA) seviyelerinde anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi ($p < 0.001$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: İskemi modifiye albümin (İMA), koroner yavaş akımın patogeneğinde rol oynayabilir. Serumdaki iskemi modifiye albumin (İMA) seviyeleri, koroner yavaş akışı öngörmek için bir belirteç olarak kabul edilebilir. İMA seviyesi, koroner yavaş akış için bir rehber olarak kullanılabilir. Ayrıca, TIMI kare sayısı arttıkça, İMA değeri de benzer şekilde artış gösterdi. İMA düzeyi koroner yavaş akımın ciddiyeti ile korele olduğu bulundu. Bu nedenle, İMA seviyesi tedavi sürecinin etkinliğini öngörebilir. Bu çalışma, İskemia-modifiye albumin (İMA) 'nın koroner yavaş akımdaki ilişkilerini gösteren ilk çalışmadır. Ek olarak, koroner yavaş akımlı hastalarda İskemia ile modifiye edilmiş albümin (İMA) üzerinde daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

SB-20

STEMI HASTALARINDA RİSK SKORLARININ RESTENOZ GELİŞİMİNİ ÖNGÖRMEDE YERİ

Emrah Aksakal

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Erzurum

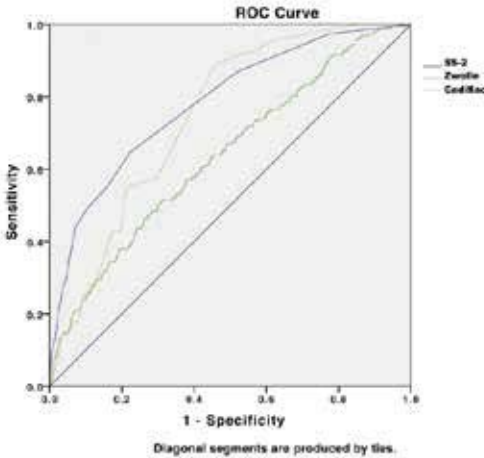
GİRİŞ VE AMAÇ: ST elevasyonlu miyokart enfarktüsü (STEMI) hastalarında perkütan koroner girişimler standart tedavi yöntemi olmasına rağmen acil girişim sonrasında restenoz gelişimi istenmeyen olayların başında gelir. STEMI hastalarında risk skorlarının yaygın olarak kullanılmasına rağmen risk skorlarının restenoz gelişimindeki yeri belli değildir. Biz bu çalışmada Syntax skor-2(SS-2), Zwolle ve Cadillac risk skorlarının restenoz gelişimi ile olan ilişkisini araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya 2015 ve 2018 yılları arasında STEMI tanısıyla kliniğimize başvuran ve koroner anjiyografi yapılan 1128 hasta alındı. 1 yıllık takiplerinde in-stent %50 ve üzeri daralma tespit edilen 31 hasta ile (%2.7) gelişmeyen hastalar karşılaştırılarak risk skorlarının restenoz gelişimi ile olan ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 1128 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 67 ± 7.6 , % 64'ü erkekti. 31 (%2.7) hastada restenoz gelişimi tespit edildi. ROC analizinde SS-2, Cadillac ve Zwolle skorları sırasıyla 0.76, 0.72, 0.67 AUC değerlerine sahipti (Resim-1).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Restenoz gelişimi artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir ve güncel risk skorları restenoz gelişim tahmininde faydalı bilgiler verebilir ve diğer iki skora göre SS-2 restenoz gelişimini tahmin etmede daha iyi kestirim değerine sahiptir.

Resim-1



Risk skorlarının karşılaştırılmalı ROC analizi

SB-21

İLERİ MİTRAL YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA MİYOKARD ENERJİ TÜKETİMİ İLE NT-PROBNP İLİŞKİSİ

Hicaz Zencirkıran Ağuş

İstanbul Sağlık Bilimleri Üni. Mehmet Akif Ersoy Kalp ve Damar Cerrahisi Eğ. ve Ar. Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Erişkinlerde mitral yetersizliği (MY) aort stenozundan sonra en sık görülen kapak hastalığıdır. Biz çalışmamızda ileri mitral yetersizliği olan hastaları ejeksiyon fraksiyonuna göre iki gruba ayırarak miyokard enerji tüketimi (MEE, myocardial energy expenditure) ile NT-proBNP ilişkisini inceledik.

YÖNTEM: 32 ileri MY hastası prospektif olarak çalışmaya alındı. Miks kapak hastalığı, mitral darlığı, ejeksiyon fraksiyonu $<30\%$, böbrek yetersizliği, protez kapak hastalığı, 3 hafta içinde akut miyokard infarktüsü olanlar dışlandı. MEE, transtorasik ekokardiyografi ile elde edilen sirküferensiyel sistol sonu stresi (ESS), atım hacmi ve sol ventrikül ejeksiyon süresi parametreleri kullanılarak hesaplandı. Kan tahlilinde NT-proBNP seviyesi ölçüldü. Hastalar ejeksiyon fraksiyonu (EF) normal ($>50\%$) ve anormal (düşük + mid-range, $\leq 50\%$) olmak üzere ikiye ayrıldı. Normalite testi sonrasında Unpaired T test yada Mann Whitney U test kullanılarak bağımsız gruplar karşılaştırıldı. Spearman korelasyon testi ile non parametrik değişkenler arasındaki ilişki incelendi.

BULGULAR: İki grup arasında MEE per sistol (MEEs) ($1,7 \pm 0,8$ vs $1,2 \pm 0,45$, p: 0,029), MEE per minute (MEEm) (146 ± 60 vs 105 ± 50 , p: 0,047) ve ESS (298 ± 65 vs 189 ± 60 , p: $<0,001$) arasında anlamlı farklılık görülmüştür (Tablo 1). Bununla birlikte ekokardiyografik parametreler de sol ventrikül end-diastolik çap (LVEDD) (58 ± 5 vs 51 ± 3 , p: 0,001), end-sistolik çap (LVESD) (46 ± 5 vs 33 ± 5 , p: $<0,001$), sol atrial volüm indeksi (LAVI) (63 ± 15 vs 50 ± 12 , p: 0,022) ve rejürjitan volüm iki grup arasında anlamlı farklıdır. NT-proBNP, EF'si düşük grupta beklenen üzere daha yüksektir ($2041 [7118-295]$ vs $149 [2483-25]$, p: 0,001). Ancak NT-proBNP değişkeni ile MEE arasında ilişki görülmemiştir (MEEs; r: -0,016 p: 0,930, MEEm; r: 0,140 p: 0,445).

TARTIŞMA VE SONUÇ: MEE; ileri mitral yetersizliği hastalarında, kalbin iş yükünün artmasına paralel olarak sol ventrikül çaplarının arttığı ve EF nin düştüğü durumlarda anlamlı olarak artmaktadır. Ancak bu parametrenin BNP ile ilişkisi bizim çalışmamızda gösterilememiştir. Bununla birlikte daha fazla hasta sayısının alındığı geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1

	EF $\leq$ n:17	EF n:15	p
ESS	298±65	189±60	<0,001
MEEs	1,7±0,8	1,2±0,45	0,029
MEEm	146±60	105±50	0,047
Yaş	65±9	60±11	0,22
Kr	0,8 [1,23-0,51]	0,81 [1,67-0,59]	0,602
Hgb	11±1,5	12±1,3	0,062



NT-proBNP	2041 [7118-295]	149 [2483-25]	0,001
sTA	136±18	126±20	0,133
dTA	85±14	77±13	0,112
Nb	85±21	84±19	0,861
LVEDD	58±5	51±3	0,001
LVESD	46±5	33±5	<0,001
LAVİ	63±15	50±12	0,022
ERO	0,27 [0,69-0,20]	0,39 [0,78-0,20]	0,066
RV	45±14	63±21	0,016
TAPSE	18±4	21±4	0,045
PAPs	49±13	42±17	0,230
SV	50 [91-19]	53 [78-40]	0,142

İleri MY hastalarının EF'ye göre 2 gruba ayrılarak karşılaştırılması

SB-22

VVI VE DDD MODUNDA SAĞ VENTRİKÜLER APİKAL KALICI PACEMAKER İMPLANTE EDİLEN HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ, 1. HAFTA VE 2. AYDA SAĞ VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ EKO-KARDİYOĞRAFİK SPECKLE TRACKİNG YÖNTEMİYLE ANALİZ EDİLMESİ

Atilla Koyuncu¹, Bümyamin Şan², Elnur Elizade³, Ali Metin Esen⁴

¹Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Sultanbeyli Devlet Hastanesi, İstanbul

³Kartal Koşuyolu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁴Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kalp pili implante edilen hastaların % 90'a yakın kısmında endikasyon sinüs düğüm disfonksiyonu ya da A-V düğüm bloğudur. Kalıcı kalp pili takılan hastalarda semptomlar düzelmekte, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesindeki iyileşmeler ile birlikte yaşam süresi de artmaktadır. Zaman içerisinde kronik pacing yapılan insanlarda sol ventrikül fonksiyonlarında azalma ve kalp yetmezliği insidansında artış rapor edilmiştir. Sağ ventriküler pacingin sağ ventrikül sistolik fonksiyonlarına olan etkisi ile ilgili çalışmalar ise kısıtlıdır. Yapılan sınırlı sayıda çalışmada sağ ventrikül fonksiyonlarının bozulmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmada doku Doppler ekokardiyografi ve speckle tracking ekokardiyografi yöntemleri kullanılarak sağ ventriküler pacingin sağ ventrikül fonksiyonlarını ve deformasyon parametrelerine erken dönemdeki etkileri araştırılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya 31 hasta dahil edildi. Hastaların %22,5'inde VVI, %77,5'inde ise DDD pacemaker mevcut idi. Kalıcı kalp pili takılma endikasyonları %74,2 A-V tam blok, %25,8 sinüs düğüm hastalığı idi. Çalışmaya dahil olan tüm hastaların yapılan rutin ekokardiyografik incelemeleri sonucunda; korunmuş sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna (SV-EF $\geq$ 50) sahip oldukları görüldü. Tüm hastaların normal 2D ekokardiyografik görüntüleri ile birlikte doku Doppler görüntüleri kaydedildi. Tüm hastalarda speckle tracking yöntemi ile sağ ventrikül deformasyon parametreleri ile birlikte sağ ventrikül sistolik fonksiyonlarının değerlendirilmesi için kullanılan ekokardiyografik kantitatif parametreler ölçüldü.

BULGULAR: Çalışmaya katılan olguların preop, postop 1. hafta ve postop 2. ay sağ ventrikül global longitudinal strain ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,046$; $p<0,05$). İki ölçüm arasındaki farklılığı belirlemek için yapılan paired sample test sonucuna göre; preop sağ ventrikül global longitudinal strain ölçümüne göre postop 1.haftadaki $1,42\pm 3,42$ birimlik azalış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,027$; $p<0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Standart kalp pili endikasyonları ile kalp pili takılan hastalarda, kalpteki elektro-mekanik dissenkroniyle birlikte sağ ventrikül fonksiyonu ile ilişkili olan parametrelerde ve sağ ventrikül global longitudinal strain değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler izlendi. Sağ ventriküler pacing yapılan hastalarda elektro-mekanik dissenkroniye birlikte sağ ventrikül fonksiyonlarının erken dönemde olumsuz etkilendiğini tespit ettik. Sağ ventrikül apikal pacingin sağ ventrikül fonksiyonlarına olan etkisi klinik çalışmaların yetersiz olmasından dolayı belli değildir. Bu etkinin netleştirilmesi ve yeterli derecede kanıt düzeyinin oluşması için daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1

n = 31	Sağ Ventrikül Global Longitudinal Strain Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Pre-op	-20,42	6,39	0,046* (1)
Post-op 1. hafta	-19	6,43	0,046* (1)
Post-op 2. ay	-19,25	6,12	0,046* (1)
Pre-op/post-op 1. hafta	-1,42	3,42	0,027* (2)
Pre-op/post-op 2. ay	-1,17	3,63	0,083 (2)
Post-op 1.hafta/post-op 2. ay	0,25	2,53	0,581 (2)

Preop, 1. Hafta ve 2. Ay Sağ Ventrikül Global Longitudinal Strain Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

* p<0,05, (1) Repeated Measures Test, (2) Paired Sample Test

SB-23

COINCIDENTAL DETECTED EUSTACHIAN VALVE IN A PATIENT WHO WAS REFERRED TO OUR INSTITUTION FOR TRANSCATHETER CLOSURE OF ATRIAL SEPTAL DEFECT (ASD)

Gülay Gök

Medipol Hospital koşuyolu, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Eustachian valve is one of a rare congenital heart anomaly and characterized by the remnant of right sinus valve. Eustachian valve is usually smaller than 1 cm, but occasionally it can be a large membrane that extends longitudinally through the right atrium and divides the right atrium into two chambers which is defined as cor triatriatum dextra. Here, we describe a case that we incidentally diagnosed cortriatriatum dextra in a patient who referred to our hospital for transcatheter closure of secundum ASD.

YÖNTEM: A 47 years old man who had been diagnosed as secundum ASD was referred to our institution for transcatheter closure. On physical examination, bilateral pretibial edema was noticeable. Initially, 2D-TTE was performed. In subcostal views, A fibromuscular membrane was visible at the roof of right atrium. The fibromuscular membrane was obstructing the orifice of inferior vena cava and resulting dilatation of hepatic veins. Two Dimensional Transesophageal Echocardiography (2D-TEE) was performed using Philips IE33 and a S5-1 transducer and found a 0.5cm defect in interatrial septum with color doppler interrogation (Figure 1A, 1B,). In a modified bicaval view the fibromuscular membrane was visualized at the roof of the right atrium (Figure 1C). For further evaluation, 3D-TTE was performed using the same system with X7-2 probe. MPR (multiplanar review) reconstruction delineated the course of the large eustachian valve which was inserting at the entrance of the inferior vena cava and extending through the lower parts of interatrial septum (Figure 2). The crescentic membrane was dividing the right atrium into two chambers and was separating the inferior vena cava flow from the right atrium and causing the obstruction of the inferior vena cava orifice. Surgical excision of the membrane and patch-repair of ASD were planned but the patient refused surgery and discharged with medical therapy.

BULGULAR: Right sinus valve conducts oxygen-rich flow from inferior vena cava flow through foramen ovale during embryologic life and it disappears after closure of foramen ovale. The persistence of right sinus valve is described as cortriatriatum dextra. The characteristic finding of cortriatriatum dextra is the division of the right atrium into two chambers by a fibromuscular membrane or Eustachian valve. The prevalence of cor triatriatum dextra is less than 0.01%. Sometimes large Eustachian valve can give an appearance of divided right atrium. The membrane was also causing enlargement of inferior vena cava. The length of Eustachian valve is usually between 1.5-23mm. Eustachian valve can be nidus for infective endocarditis, thrombus, tumors (7,8). So we advised antibiotherapy for our patient.

TARTIŞMA VE SONUÇ: The prevalence of concomitant PFO and Eustachian is really high but only less of them are being diagnosed.



Figure 1A

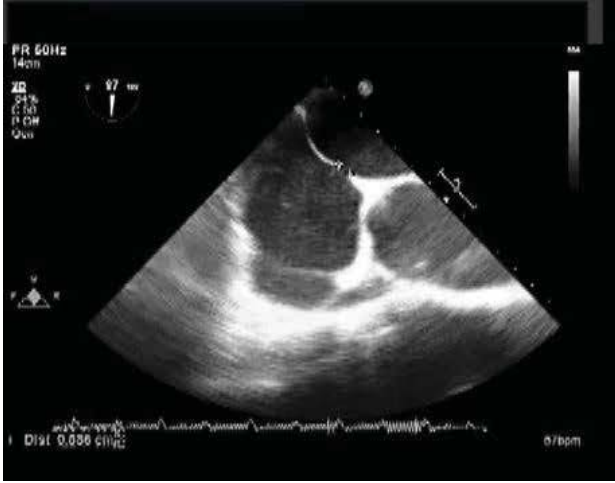


Figure 1A,B,C: 2D TEE. Showing 0.5cm atrial septal defect. 1B: color Doppler interrogation. 1C: modified bicaval view. Arrow shows giant Eustachian valve.

Figure 1B



Figure 1A,B,C: 2D TEE. Showing 0.5cm atrial septal defect. 1B: color Doppler interrogation. 1C: modified bicaval view. Arrow shows giant Eustachian valve.



Figure 1C

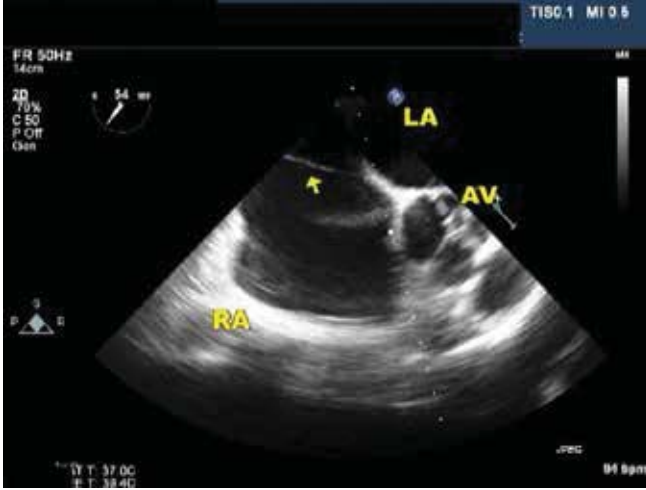


Figure 1A,B,C: 2D TEE. Showing 0.5cm atrial septal defect. 1B: color Doppler interrogation. 1C: modified bicaval view. Arrow shows giant Eustachian valve.

Figure 2

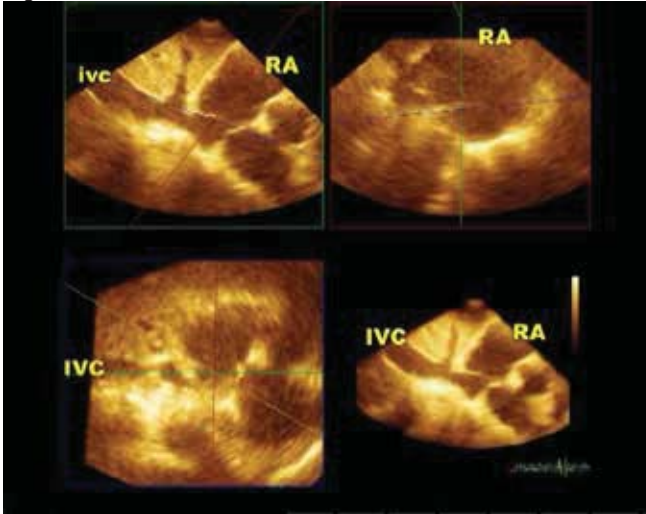


Figure 2: 3D TTE MPR reconstruction

SB-24

ADENOTONSİLLEKTOMİ OPERASYONUNUN, ADENOTONSİLLER HİPERTROFİSİ OLAN ÇOCUKLARDA PULMONER ARTER BASINCI ÜZERİNE ETKİSİ

Fazıl Emre Özkurt

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Diyarbakır

GİRİŞ VE AMAÇ: Adenotonsiller hipertrofisi olan çocuklarda, ortalama pulmoner arter basıncının (mPAP) adenotonsillektomi operasyonu (AT) sonrasında değişimini araştırmaktır. **YÖNTEM:** Adenotonsiller hipertrofisi olan 32 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların muayenesinde adenoid büyüklükleri nazofarenksin en az $\frac{3}{4}$ ünü dolduran ve tonsil boyutu da en az grade $\frac{3}{4}$ olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Başka endikasyonlarla AT yapılan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Pulmoner arter basıncı noninvaziv olarak Doppler Ekokardiyografi ile ölçüldü. Tüm hastalara genel anestezi altında AT uygulandı. Her hastaya ameliyat sonrası 6. hafta Doppler Ekokardiyografi yapılarak mPAP değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Ameliyat öncesi mPAP değerleri $23,32 \pm 6.62$ mmHg ve ameliyat sonrası $18,46 \pm 5.22$ mmHg olarak saptandı. İki değer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.01$). 15 hastada (%46,9) ameliyat öncesinde pulmoner hipertansiyon (mPAP > 25 mmHg) saptandı, bu hastaların 12 (%80) 'sinde ameliyat sonrası pulmoner basıncı normal sınırlara indi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Adenotonsiller hipertrofisiye bağlı yüksek PAP değerleri olan hastaların büyük bir kısmında adenotonsillektomi operasyonu sonrasında PAP değerleri normal sınırlara inmektedir.

SB-25

EİSENMEYER SENDROMLU HASTALARDA BOSENTAN TEDAVİSİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Duygu Ersan Demirci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Antalya

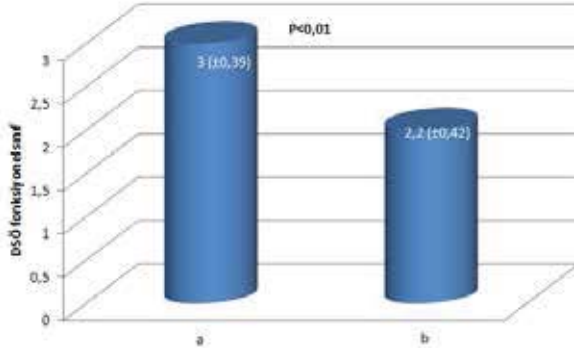
GİRİŞ VE AMAÇ: Eisenmenger sendromu (ES), soldan sağa şantlı bir konjenital kalp hastalığı varlığında pulmoner arter basıncının sistemik düzeylere ulaşması sonucu akım yönünün değişmesi ve pulmoner arteriyel hipertansiyon gelişmesi ile karakterize, pulmoner vasküler obstrüktif bir hastalıktır. ES konjenital kalp hastalarında % 5-10 oranında izlenir. Hastaların çoğu üçüncü ve dördüncü dekada gelebilmelerine rağmen, yaşam beklentileri kısalmıştır. Günümüzde, bosentan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fonksiyonel sınıf (FS) III/IV ES hastalarında onaylanmış bir tedavi seçeneğidir. Bosentan, sınıfının ilk molekülü olan, dual bir ET-1 reseptör antagonistidir. Bosentan tedavisinin ES hastalarında hemodinamik ve ekokardiyografik parametrelerde, egzersiz kapasitesinde iyileşme sağladığı bilinmektedir, ancak yaşam kalitesi anketleriyle belirlenen hastaların yaşam kalitesine olan etkisi ile ilgili tartışmalı sonuçlar mevcuttur. Biz çalışmamızda uzun süreli bosentan tedavisinin ES hastalarında kardiyak fonksiyon ve egzersiz kapasitesi yanısıra yaşam kalitesine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya Eisenmenger fizyolojisine sahip toplam 14 hasta dahil edildi ve hastalar bosentan tedavisi altında 18 ± 10 ay boyunca takip edildi. Hastaların genel özellikleri Tablo 1 'de gösterilmiştir. Demografik parametreleri, Dünya Sağlık Örgütü fonksiyonel sınıf (DSÖ FS), 6 dakika yürüme testiyle değerlendirilen egzersiz kapasiteleri, oksijen saturasyonları, ekokardiyografik incelemeleri ve Minnesota yaşam kalitesi skorlamaları başlangıçta ve takip boyunca her üç ayda bir değerlendirildi.

BULGULAR: Tedavi sonunda hastaların DSÖ FS değerlerinde iyileşme (Şekil 1), 6 dakika yürüme mesafelerinde artış (Şekil 2) saptandı. Oksijen saturasyonu değerlerinde değişiklik izlenmedi (Şekil 3). Tahmini pulmoner arter basınçlarında düşüş izlendi (Şekil 4) ancak değerlendirilen diğer ekokardiyografik parametrelerinde anlamlı değişiklik saptanmadı. Minnesota yaşam kalitesi skorlarında ilk 6 ayda iyileşme olmasına rağmen, istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (Şekil 5). Hastaların hiçbirinde tedaviyi kesmeyi gerektirecek yan etki gelişmedi.

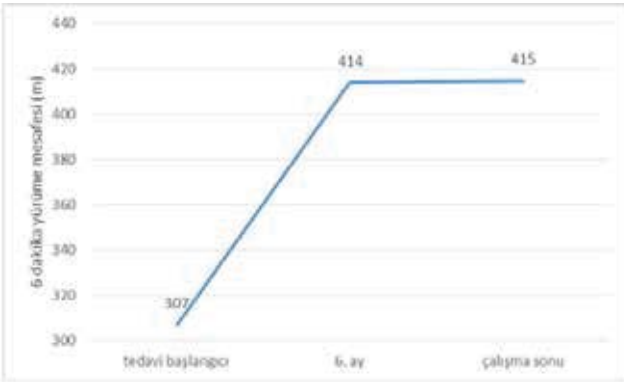
TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları, önceki çalışmalarla uyumlu olarak, Eisenmenger sendromlu hastalarda uzun süreli bosentan tedavisinin güvenli, iyi tolere edilir ve efektif olduğunu gösterdi. Önceki çalışmalarda sınırlı ölçüde değerlendirilmiş bir ölçüt olan 'Minnesota yaşam kalitesi skorlaması' da çalışmamızda değerlendirildi ve tedavi ile anlamlı değişiklik saptanmadı. Yaşam kalitesi anket sonuçlarında ilk 6 ayda gözlenen iyileşme, 6 dakika yürüme mesafelerinde 6. ayda belirlenen artış ile uyumludur. Hastaların çoğunda değerlerde iyileşme olmasına rağmen Minnesota yaşam kalitesi skorlarının çalışma sonunda anlamlı fark göstermemesi incelenen hasta sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir. Bu parametre hasta sayısı daha fazla olan bir çalışmada anlamlı bulunabilir.

Şekil 1: Hastaların takibi esnasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fonksiyonel sınıf değişikliği

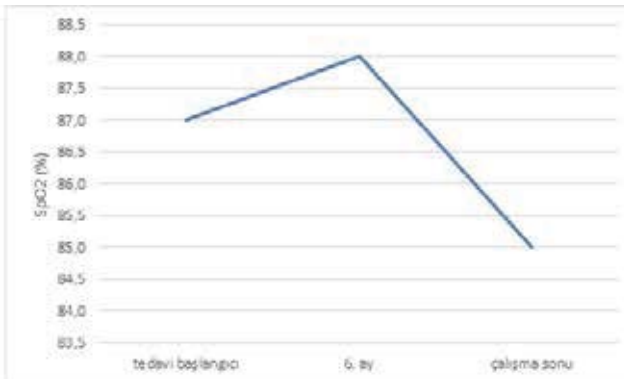


a) Bosentan tedavisinin başlangıcı b) Takip sonu (18 ± 10 ay tedavi sonrası)

Şekil 2: 6 dakika yürüme mesafesindeki değişiklik; başlangıçta, 6. ayda ve takip sonunda (18 ± 10 ay tedavi sonrası)

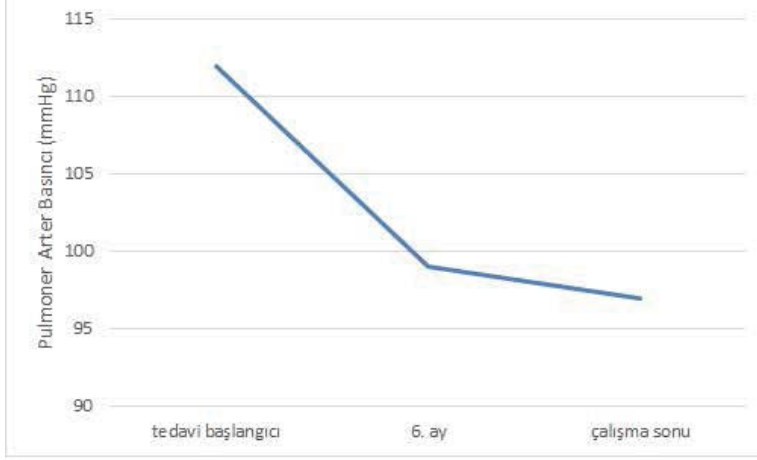


Şekil 3: Arteriyel oksijen satürasyonundaki (SpO2) değişiklik; başlangıçta, 6. ayda ve takip sonunda (18±10 ay tedavi sonrası)

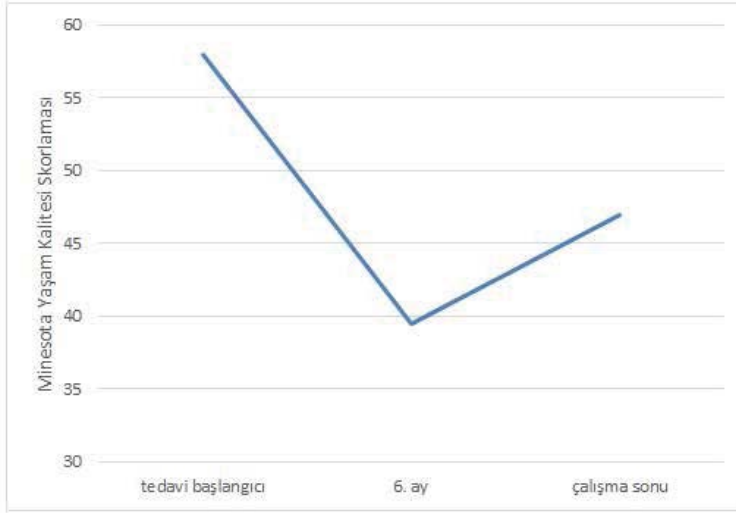




Şekil 4: Pulmoner arter basıncındaki değişiklik; başlangıçta, 6. ayda ve takip sonunda (18 ± 10 aylık tedavi sonrası)



Şekil 5: Minnesota yaşam kalitesi skorlamasındaki değişiklik; başlangıçta, 6. ayda ve takip sonunda (18 ± 10 ay tedavi sonrası)



Tablo 1: Genel özellikler

Hasta sayısı n	14
Erkek cinsiyet n (%)	8 (57,1)
Yaş (yıl)	31 ± 11
Takip süresi (ay)	18 ± 10
Konjenital kalp defekti tipi	
Ventriküler Septal Defekt n (%)	11 (78,6)
Atriyal Septal Defekt n (%)	3 (21,4)

Tablo 2: Ekokardiyografi Bulguları

		Ortalama	Ortanca	SS	Minimum	Maksimum	P değeri
PA çapı	başlangıç	33,8	30,0	12,8	25,0	70,0	> 0,05
	son	33,7	30,0	12,9	25,0	70,0	
SV AZ	başlangıç	84,7	70,0	27,5	60,0	133,0	> 0,05
	son	92,0	75,0	34,6	63,0	155,0	
SV EZ	başlangıç	260,6	256,0	41,8	200,0	351,0	> 0,05
	son	262,2	256,5	52,3	177,0	346,0	
Sm T	başlangıç	11,8	12,0	2,9	8,0	18,0	> 0,05
	son	11,7	11,0	2,8	8,0	19,0	
Em T	başlangıç	13,3	15,0	5,8	5,0	26,0	> 0,05
	son	12,2	12,0	4,8	5,0	22,0	
Am T	başlangıç	13,1	12,0	4,7	6,0	20,0	> 0,05
	son	12,5	12,0	3,3	9,0	18,0	
SVDSÇ	başlangıç	42,9	42,0	4,6	35,0	53,0	> 0,05
	son	42,8	41,0	5,1	36,0	53,0	
SAÇ	başlangıç	45,3	43,0	9,0	33,0	67,0	> 0,05
	son	45,4	43,5	8,2	31,0	62,0	

Am T: Triküspit lateral anulus geç diastolik velosite, Em T: Triküspit lateral anulus erken diastolik velosite, PA: Pulmoner arter, Sm T: Triküspit lateral anulus sistolik velosite, SAÇ: Sağ atriyum çapı, SV AZ: Sağ ventrikül akselerasyon zamanı, SVEZ: Sağ ventrikül ejeksiyon zamanı, SVDSÇ: Sağ ventrikül diastol sonu çapı, SS: Standart sapma

SB-26

PROPRANOLÜN PEDIATRİK KAPİLLER HEMANJİOM TEDAVİSİNDE ETKİNLİĞİ

Selahattin Balsak¹, Zeynep Gürsel Özkurt²

¹Memorial Dicle Hastanesi, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ VE AMAÇ: Konjenital kapiller cilt hemanjiomu olan olgularda oral propranololün etkinliği ve güvenilirliğinin araştırılması

YÖNTEM: İlaç etkinlik, güvenilirlik

BULGULAR: Çalışmamıza yaş ortalaması 12. 4 ay (2 ay ile 8 yaşarası) toplam 40 hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalar kardiyoloji tarafından muayene edildi, elektrokardiyografi çekilerek transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Astigmatizm, glob basısı, ptozise sebep olan 1 cm'den büyük lezyonu olan ve kardiyoloji tarafından kontrendikasyon düşünülmeyen hastalara 2mg/kg oral propranolol tedavisi başlandı. Hastalara ortalama 7 ay (3-- ile 24 ay arası) oral dideral 2mg/kg verilmiştir. Tüm hastalara ayrıntılı oftalmolojik muayeneleri yapılarak orbital MRG çekildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Konjenital kapiller cilt hemanjiomu, doğuştan var olan yada doğumdan sonraki birkaç haftada ortaya çıkan benign vasküler bir tümördür(1). Bu tumorler vasküler kanallarında trombositleri tuzağa uğratarak "Kasabach-Meritt sendromu" olarak bilinen trombositopeni ve sekonder koagulopatiler ile seyreden bir duruma yol açabilirler(2). Periorbital kapiller hemanjiomlar, yüksek astigmatizma, anizometropi ve ambliyopi yanısıra ekstraoküler kasların tutulması nedeniyle ya da sekonder olarak kaymaya yol açabilirler (3). Yapılan bir çalışmada, kardiyomyopati tedavisi için verilen sistemik propranololün aynı hastada mevcut olan periorbital kapiller cilt hemanjiomunda küçülmeye yol açtığı tesadüfen saptanmıştır(4). Propranolol büyüme faktörlerinin seviyesini azaltıp vazokonstriksiyon yaparak, progresyonu durdurucu ve apoptozisi indükleyici etkiler oluşturmaktadır(5). Bu sayede tedavi sonrası ilk haftada, lezyonda yumuşama, küçülme ve solma oluşturarak hemanjiomunda küçülmeye yol açar (4,5). Bu ucuz ve kolay bulunabilir ilaç 2 mg/kg dozunda günde 2-3 defaya bölünerek verilmektedir(4). Etkinliği arttırmak için 4 mg/kg/gün tedavi dozuna da çıkılabileceği bildirilmiştir. Çalışmamıza yaş ortalaması 12. 4 ay (2 ay ile 8 yaşarası) toplam 40 hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalar kardiyoloji tarafından muayene edildi, elektrokardiyografi çekilerek transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Astigmatizm, glob basısı, ptozise sebep olan 1 cm'den büyük lezyonu olan ve kardiyoloji tarafından kontrendikasyon düşünülmeyen hastalara 2mg/kg oral propranolol tedavisi başlandı. Hastalara ortalama 7 ay (3-- ile 24 ay arası) oral dideral 2mg/kg verilmiştir. Tüm hastalara ayrıntılı oftalmolojik muayeneleri yapılarak orbital MRG çekildi. Çalışmamızın sonucunda; 36 olguda lezyon tamamen geriledi, 1 olguda nefes darlığı geliştiği için lezyon tamamen küçülmeden tedavi kesilmek zorunda kaldı, 3 olgu tedaviden fayda göremediği için intralezyoner steroid enjeksiyonu yapıldı ve enjeksiyon sonrası 2 olguda lezyon geriledi. 1 olgu ise enjeksiyondan fayda görmedi. Sonuç olarak; Biz bu çalışmada kapiller hemanjiomlarda oral propranololün etkili ve güvenli olduğunu gözlemledik. Ancak bu çalışmanın daha geniş serilerle desteklenmesi gerkebilir.

SB-27

REPRODUCIBILITY OF TILT TABLE TEST; A SINGLE CENTER STUDY

Çayan Çakır

SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

GİRİŞ VE AMAÇ: In this study we aimed to find the reproducibility of Tilt Table Test in patients who were investigated due to repetitive syncope or near syncope.

YÖNTEM: Fifty consecutive patients with a positive test result (Group 1) and 32 consecutive patients with a negative test result (Group 2) included in the study. Patients who admitted to give written consent admitted to the study. Patients with cardiovascular or neurological disease were excluded. The test was repeated in 3-7 days following the initial test.

BULGULAR: Gender, age, education level did not differ between two groups. The reproducibility of the symptoms in the Group 1 was 84 % whereas a repetitive negative result in the Group 2 was 91%.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Reproducibility of tilt table test is high. Tilt table test may be repeated in a selected patient group who had an initial negative test result.

SB-28

İLK AKUT KORONER SENDROM ATAĞI GEÇİRİME YAŞININ CİNSİYETLERE GÖRE FARKININ DEĞERLENDİRİLMESİ. HANGİ CİNSİYET DAHA ERKEN YAŞTA KALP KRİZİ GEÇİRİYOR?

Deniz Demirci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Antalya

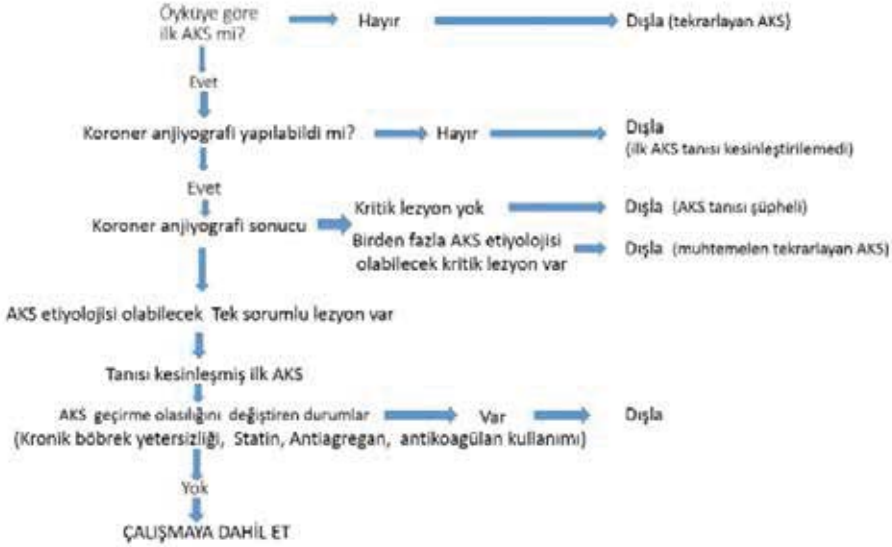
GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada erişkin yaştaki ölümlerin en önemli nedeni olmaya devam etmektedir. Bu durum her iki cinsiyet için de geçerlidir. Kardiyovasküler hastalıklar açısından erkek cinsiyet daha yüksek risk olarak bilinmektedir. Bu çalışmamızda ilk akut koroner sendrom (AKS) atağı geçirme yaşı ve sıklığı açısından cinsiyetler arasında fark olup olmadığını inceledik.

YÖNTEM: Bu çalışma, koroner yoğun bakım ünitesine 2014 – 2019 yılları arasında AKS tanısı ile kabul edilen erişkin (>18 yaş) hastalarda yapılan, kesitsel gözlemsel bir değerlendirmedir. Çalışmaya, ilk AKS tanısı kesinleştirilmiş ardışık hastalar dahil edildi. Hastaların yatış süresinde yüzyüze görüşme, fizik muayane ve laboratuvar bulguları ile risk faktörleri saptandı. Sigara içiciliği açısından hastalar, hiç sigara içmemiş, sigara içmiş ancak şu anda içmiyor (sigarayı bırakma süresi > 6 ay), halen sigara içen hastalar olmak üzere üç gruba ayrıldı. Bilinen geçirilmiş kardiyovasküler olay öyküsü, aterosklerotik hastalık, kronik renal hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, malignite varlığı; AKS geçirme ihtimali etkileyeceği düşünülen ilaç (statin, antiagregan, antikoagülan) kullanımı, herhangi bir nedenle hasta ile sözlü iletişimin kurulamadığı ve kesin tıbbi öykü alınamadığı durumlar, dışlama kriterleri olarak kabul edildi (şekil 1).

BULGULAR: İlk AKS tanısı netleştirilmiş 1000 hasta çalışmaya dahili edildi. Hastaların %80,7'si (n:807) erkekti. İlk AKS geçirme yaş ortalaması erkek cinsiyette $56,2 \pm 11,5$ kadın cinsiyette ise $62,5 \pm 13,5$ saptandı ($p < 0,001$). Ancak hastalar sigara içiciliği durumuna göre gruplara ayrıldığında (hiç sigara içmemiş, sigara içmiş bırakmış, halen sigara içen) sigara içen hastalarda ilk AKS yaş ortalaması cinsiyetler arasında istatistiksel fark ortadan kalkmıştı. (kadın $52,3 \pm 9,6$, erkek $52,6 \pm 10,0$; $p = 0,850$) (tablo 1). Yine sigara içip bırakmış kişilerde de ilk AKS geçirme yaşı arasında cinsiyetler arasında fark yoktu (şekil 2). Hiç sigara içmemiş hasta popülasyonunda ise kadınların ilk AKS yaşı daha yüksekti. Sigara içen kadınlar içmeyenlere göre 15,3 yıl ($p < 0,001$), erkekler ise 10,4 yıl ($p < 0,001$) daha önce AKS geçiriyorlardı. İlk AKS tanısı ile başvuru sıklığı açısından incelendiğinde hastaların sigara durumuna bakılmadığında erkek cinsiyetin belirgin daha fazla olduğu saptandı (erkek n: 807, % 80,7; kadın 163 % 19,3). Ancak hiç sigara içmemiş hasta grubuna bakıldığında AKS ile başvuru sıklığı açısından cinsiyetler arasında fark yoktu (toplam n:251; erkek n:126 % 50,2; kadın n:125 % 49,8) (şekil 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Erkek cinsiyette daha erken yaşlarda ve daha sık AKS görülmesinin temel nedeni sigara içiciliğinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Her iki cinsiyette de sigara maruziyeti daha erken yaşta AKS ile ilişkili bulunmuştur. Ancak kadınların sigara maruziyeti ile ilk AKS ortalama yaşı daha fazla düşmektedir. Bu durum kadın kalbinin sigaradan daha fazla zarar gördüğünü düşündürmektedir.

Şekil 1) Temel çalışma dizaynı, ilk AKS hastalarının belirlenmesi



AKS: Akut Koroner Sendrom

Şekil 2) İlk AKS geçirme yaşının Sigara içme durumuna ve cinsiyetlere göre değişimi



AKS: Akut Koroner Sendrom

Şekil 3) İlk AKS ile başvuran hastaların sigara içme ve cinsiyetlere göre dağılım sıklığı



Tablo 1

	Sigara içiyor			Sigarayı bırakmış			Hiç sigara içmemiş		
	kadın	erkek	p	kadın	erkek	p	kadın	erkek	p
DM (n: %)	9 (16,7)	94 (19,5)	0,616	2 (22,2)	51 (31,5)	0,722	53 (43,4)	37 (32,2)	0,74
HT (n: %)	22 (40,0)	128 (25,7)	0,024	7 (63,6)	62 (37,3)	0,083	85 (70,2)	50 (43,1)	<0,001
HDL-K (mg/dl)	45,4	41,2	0,16	48,1	43,5	0,199	47,7	43,2	0,001
LDL-K (mg/dl)	142,2	138,3	0,519	131,7	131,3	0,963	127,5	130,8	0,507
Non-HDL (mg/dl)	162,5	165,8	0,779	171,1	153,4	0,963	153,4	161,8	0,312
TG (mg/dl)	146,7	163,6	0,358	139,7	228,3	0,311	137,9	153,7	0,244
Total K (mg/dl)	211,9	209,1	0,689	214,7	199,4	0,365	201,2	202,9	0,774
Yaş (yıl)	52,3	52,6	0,963	62,1	61,9	0,85	67,2	63	0,008

HDL:High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein) K:Kolesterol, LDL: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein) TG:Trigiserid

SB-29

LEAD EKSTRAKSİYONU SIRASINDA BEKLENMEYEN KOMPLİKASYON; LEAD KİLİTLEME CİHAZININ-STYLET (LLD-LEAD LOCKING DEVICE) KOPMASI

Ahmet Korkmaz, Ümit Güray

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Lead ekstraksiyonu, daha önce implante edilmiş leadlerin vücuttan geri çekilerek çıkarılma işlemidir. Pacemaker veya implante edilen alet (ICD- Implantable Cardiac Device) leadlerinin veya elektrodlarının fonksiyonlarının bozulması ve enfekte olması gibi durumlarda, vücuttan çıkarılması gerekmektedir. Leadler, implantasyonu takiben zamanla, içerisinden geçtikleri ven ve endokarda yapışmaktadır. Bu nedenle lead ekstraksiyonu implantasyondan sonra zaman geçtikçe zorlaşarak komplike ve tehlikeli bir girişim olmaktadır. Son zamanlarda teknolojiye ilerlemelerle geliştirilen yeni teknik ve aletlerle lead ekstraksiyonu artık daha güvenli bir şekilde yapılabilmektedir.

YÖNTEM: Transvenöz elektrod çıkarılmasında lazer veya radyofrekansla çıkarma cihazları, elle çekim, forsepsle veya snare ile çekme veya mekanik çıkarma sistemleri gibi yöntemler kullanılabilmektedir. Hangi yöntemin kullanılacağı ise genel olarak merkezin ve operatörün deneyimine, cihazın teminine ve pil/ICD takılması sonrası geçen süreye bağlıdır. Bu yazıda yeni nesil TightRail™ (Spectranetics; Colorado Springs, Colorado) mekanik dilatörlü lead ekstraksiyon sistemi ile lead ekstraksiyonu yapılan ve işlem sırasında nadir görülen bir komplikasyonlu olgu sunuldu.

BULGULAR: OLGU: 2008 yılında hasta sinüs sendromu ön tanısı ile dış merkezde DDD-R pacemaker takılan ve bir yıl önce jeneratör replasmanı yapılan 36 yaşında erkek hasta nasofarenks kanseri tanısı almış ve MR tetkiki gereken kalp pili nedeni ile MR çekilemeyen hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın bazal ritmi normal sinüs ritmiydi. Yapılan pil kontrolünde %99,8 kendi ritmi olduğu ve pil ihtiyacı olmadığı görüldü. Bunun üzerine jeneratör ve lead ekstraksiyonuna karar verildi. Pace cebi açılıp jeneratör çıkarıldıktan sonra leadler serbestleştirildi. Düz stylet ve uygun çapta locking stylet ile yapılan traksiyonların başarısız olması üzerine TightRail™ Spectranetics mekanik dilatör ile ekstraksiyon denenirken EZ lead locking styleti koptu. Bunun üzerine koroner standart klavuz tel ile leadin ucundan bağlandı. Daha sonra kalan EZ lead locking styletine sarmal şeklinde sarılarak düğümlendi. Ardından dilatör sheath desteği alınarak tekrar yapılan traksiyon ile leadler çıkarıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatür tarandığında bu bizim bulabildiğimiz locking lead styletinin koptuğu ilk vakadır. Önemli olan kopma sonrasında lead dışında locking lead styletinin belli bir kısmının kalması halinde bizim olgumuzdakine benzer teknikler uygulanarak işleme devam edilebilir.

Figure 1



Figure 2



Figure 3



SB-30

LONG-TERM MORTALITY AMONG JUXTA-RENAL-AORTIC OCCLUSION PATIENTS

Hacer Ceren Tokgöz

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ: Juxta-renal-aortik occlusion is frequently characterized by atherothrombotic occlusion. Atherosclerotic juxta-renal-aortic occlusion(JAO) frequently associated with mortality because of coronary artery disease(CAD) and stroke. Severity of peripheral arterial disease and predicted outcomes is effected by multiple factors. We aimed to search whether plasma d-dimer and fibrinogen levels on admission may predict survival, and long term prognosis.

YÖNTEM: In our study, 11345 patients which evaluated by peripheric angiography between 1998-2012 retrospectively examined and 7956 of them were diagnosed as peripheral arterial disease and 102 of them diagnosed as JAO(acute occlusion are excluded). Patients which have malignancy, recent pulmonary embolism, active infection, trauma or surgery history are also excluded. Classification of peripheral arterial disease has done by Fontaine calcification. Patients which have laboratory measurements at the time of diagnosis are included.

BULGULAR: JAO ratio between diagnosed patients by angiography in our center was %1,1. Mean age of JAO patients was 58 ± 8.4 (38 to 87) with 87.2% male, 25.6% diabetes mellitus, 60.5% hypertension and 98.8% positive smoking history ratios. %26,7 of patients had critical limb ischemia(rest pain or ulcerated lesion or gangrene). 4.1% of patients were asymptomatic, 68.6% of them had intermitant claudication complaint.%41,2 of patients did not have CAD proven by angiography, one-vessel, two-vessels and three-vessels disease ratio were %18,8, %22,4 and %17,6 consequently. %91,9 of patients had invasive treatment by surgical or percutaneous method. Mean follow-up period was 81 months and 38(%44,2) patients died during this period. Median survival time was 95 months. One-way analysis demonstrated low hemoglobin, high neutrophil and platelets, high d-dimer and fibrinogen levels and fontain class were associated. However, at multiple regression analysis, only d-dimer and fibrinogen levels were related with long-term mortality.

TARTIŞMA VE SONUÇ: In the light of these data, which is widest and longest data in the literature, high fibrinogen and d-dimer levels in JAO patients foresights mortality and provides attention and option to more invasive intervention during follow-up and treatment process.

SB-31

LEFT VENTRICULAR CLEFT DETECTED BY TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY IN A PATIENT WITH AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE

Gülay Gök
Medipol Hospital, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Left ventricular clefts are defined as slit or fissure-like protrusions through the >50% of compact myocardium and tending to occlude with the myocardial contractions. however in our case the left ventricular cleft was incidentally detected in a patient who has end stage autosomal dominant polycystic kidney (ADPKD) disease. Besides this, ADPKD has many cardiac manifestations, association with left ventricular cleft hasn't been reported before to the best of our knowledge

YÖNTEM: A 55 years old woman without any known history of coronary artery disease or family history was referred to us due to ischemic ECG changes. She has had ADPKD for 5 years and she was planning for hemodialysis due to end stage ADPKD. Her blood pressure was 100/60mmhg and the heart rate was 73 bpm. ECG revealed ST elevation in lead aVR and ST depression predominantly in leads DII,DIII,aVF,V4-V6 (Figure 1). In laboratory measurements; her mineral status and the cardiac enzymes were in normal range. Subsequently, transthoracic echocardiography (TTE) was performed and it showed no wall motion abnormality in parasternal long or short-axis views. In apical 4-chamber view; a U-shaped, slit-like appearance with an extension through the compact myocardium was noted in mid interventricular septum (Figure 2). This fissure-like abnormality was tending to narrow with myocardial contractions which was compatible with the diagnosis of left ventricular clefts. There was no evidence of flow though the myocardial defect with color doppler examination or no pressure gradient by pulse wave examination which helped to distinguish from ventricular septal defects by TTE. Although ECG changes theoretically showed the presence of LMCA stenosis, immediate coronary angiography showed no significant stenosis of the coronary arteries. The patient underwent dialysis programme, soon after discharged with anticoagulation therapy. **BULGULAR:** The cause of clefts is not known but it is thought to be disarray of myocardium in patients with HCM. Left ventricular clefts should be differentiated from left ventricular diverticulum which are defined as saccular protrusions beyond the myocardial borders and has a high incidence of thromboembolism. The treatment of left ventricular cleft is medically follow up with anticoagulation therapy to prevent trombeembolism. Surgery is usually not needed.

TARTIŞMA VE SONUÇ: The detected cardiac manifestations of ADPKD are; left ventricular hypertrophy, heart valve abnormalities, coronary artery dilatation, atrial septal aneurysms, Interrupted aortic arc, aortic dissection, dilatation and coarctation. But, the presence of Left ventricular cleft in patients with ADPKD hasn't been reported before. Boutter et al have found that pkd1 and pkd2 gene mutations are associated with ventricular and atrial septation in mice and that could be a possible explanation of coexistence of left ventricular clefts and ADPKD.

Figure 1

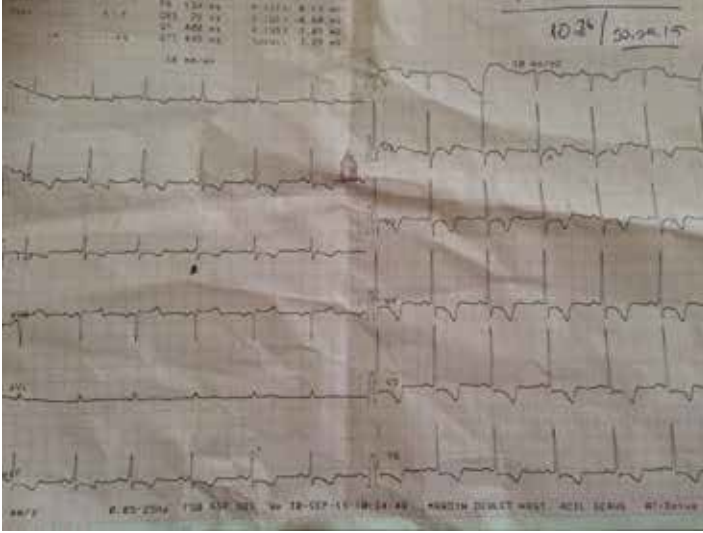


Figure 1: Shows ECG changes: ST elevation in lead aVR and ST depression in leads II,III,aVF,V4-V6.

Figure 2



Figure 2: TTE apical view shows interventricular septal cleft in mid diastolic frame. Arrow points the cleft in mid interventricular septum.

SB-32

İZOLE KORONER ARTER EKTAZİSİNDE ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ SEVİYELERİ

Sadettin Selçuk Baysal

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

GİRİŞ VE AMAÇ: İnflamasyonun koroner arter ektazisinin (KAE) evriminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ortalama trombosit hacmi (MPV), kronik inflamasyonlu hastalıklarda inflamasyon, hastalık aktivitesi ve anti-inflamatuvar tedavi etkinlik indeksi olarak önerilmiştir.

YÖNTEM: İzole KAE'si olan 55 hasta ve normal koroner anjiyogramı olan 50 cinsiyet ve yaş eşleştirilmiş kontrol hastası alındı. Ortalama trombosit hacmi değerleri hasta dosyalarından kaydedildi.

BULGULAR: Demografik özellikler ve laboratuvar bulguları gruplar arasında benzerdi ($p>0.05$). MPV düzeyleri KAE grubunda kontrol grubuna göre artmıştı (9.21 ± 0.77 vs 8.62 ± 0.69 ; $p = 0.002$). Ancak, denekler Markis sınıflandırmasına göre gruplandırıldığında, gruplar arasında MPV konsantrasyonunda anlamlı bir fark saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İzole KAE hastalarında daha yüksek MPV düzeyleri saptadık ancak bu, Markis sınıflandırmasına göre KAE'nin şiddeti ile ilişkili değildi. Bu veriler, MPV'nin KAE'nin saptanmasında yararlı bir belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma popülasyonunun demografik ve laboratuvar verileri

	KAE (n=55)	NKA (n=50)	p
Klinik data			
Yaş, yıl	54±8	53±7	0.911
Erkek, n (%)	36(70)	20(40)	0.334
BMI, kg/m ²	27.4±4.3	26.9±3.5	0.584
Diabetes mellitus, n (%)	15 (29)	10 (20)	0.814
Hipertansiyon, n (%)	22 (43)	12 (24)	0.546
Sigara, n (%)	22 (43)	9 (18)	0.051
Laboratuvar bulguları			
Total kolesterol, mg/dl	218.5±41.4	199.5±37.3	0.203
LDL, mg/dl	117.5±27.7	104.1±27.4	0.221
HDL, mg/dl	32.1±8.8	34.3±6.4	0.733
Trigliserit, mg/dl	234±65	203±48	0.486
Açlık glukoz, mg/dl	104.3±21.4	100.4±21.2	0.384
Kreatinin, mg/dl	0.76±0.11	0.74±0.12	0.399
Hemoglobin, g/dl	15.7±1.3	15.1±1.2	0.557
WBC, 10 ³ /mm ³	8.17±1.15	8.51±1.58	0.481
Nötrofil, 10 ³ /mm ³	4.98±1.13	4.76±0.82	0.355
Lenfosit, 10 ³ /mm ³	2.99±0.54	3.27±0.62	0.117
Trombosit, 10 ³ /mm ³	218.6±38.3	231.4±31.6	0.321
MPV	9.21 ±0,77	8.62±0.69	0.002

SB-33

YÜKSEK PROKALSİTONİN DÜZEYLERİ ENFEKTİF ENDOKARDİT HASTALARINDA HASTANE İÇİ ÖLÜM İLE İLİŞKİLİDİR

Veysel Özgür Barış, Serkan Asil, Hatice Taşkan, Özkan Eravcı, Muhammet Geneş, Murat Çelik, Cem Barçın
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Prokalsitonin bakteriyel enfeksiyonlarda sistemik enflamatuvar yanıtın bir belirtecidir. Prokalsitoninin enfektif endokardit hastalarında erken tanı ve etyolojiye yönelik değeri araştırılmış fakat mortaliteyi göstermedeki rolünü araştırılan çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmada bakteriyel enfektif endokardit hastalarında hastane içi ölüm ile prokalsitonin düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya 51 enfektif endokardit tanısı alan hasta dahil edildi. Birincil sonlanım noktası herhangi bir nedenle hastane içi ölüm olarak kabul edildi. Hastaların tedavi öncesi hematolojik, biyokimyasal ve ekokardiyografik parametreleri ile hastane içi ölüm arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR: 25 hastada hastane içi ölüm gerçekleşti. Hastane içi ölüm gerçekleşen grupta prokalsitonin düzeyi anlamlı olarak yüksek saptandı (1,89(39,13) vs 0,19(5,43) p:0.001). Prokalsitonin düzeyinin 0.48 ng/ml düzeyi ve üzerinde olmasının hastane içi mortaliteyi öngördürmede seçiciliği %88, duyarlılığı %62 olarak hesaplandı. Ayrıca total protein (5,8 (1) vs 6,7 (1) p<0.001) ve albumin düzeyleri (2,4 (0,95) vs 3 (0,9) p<0.001) hastane içi ölüm gerçekleşen grupta anlamlı derecede düşük saptanırken sistolik pulmoner arter çapı ise yüksek saptandı (42,50 (22,50) vs 35,00 (19,00) p:0.02)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu bulgular yüksek prokalsitonin düzeyi ile EE hastalarında hastane içi ölüm arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

SB-34

TRANSKATETER AORT KAPAK REPLASMANI YAPILAN HASTALARDA İŞLEM ÖNCESİ BETA- BLOKER TEDAVİ KULLANIMI KLİNİK SONLANIMLARI NASIL ETKİLER ?

Kamil Gülşen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Transkateter aort kapak replasmanı (TAVR) yapılan hastalarda işlem öncesi kronik beta- bloker tedavinin klinik sonuçlarına olan etkisi ile ilgili literatürde yeterli veri yoktur. Çalışmamızda ciddi aort darlığı nedeni ile TAVR yapılan hastalarda işlem öncesi beta- bloker kullanımının kardiyak ileti sistemine potansiyel baskılayıcı etkisinin işlem sonrası kalp pili ihtiyacı, mortalite, yeni gelişen sol dal bloğuna olan etkisini, aynı zamanda beta- bloker tedavi ile sempatik aktivitenin baskılanmasının koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliğinde olduğu gibi bu hastalarda da olumlu etkilerinin varlığının araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya merkezimizde 2013-2018 yılları arasında ciddi aort darlığı nedeni ile TAVR yapılan hastalar alındı. Hastaların hastane içi ve ilk 30 gün mortalite, uzun dönem sağ kalım, işlem sonrası pace maker ihtiyacı, işlemden hemen sonra yeni gelişen atrial fibrilasyon, yeni gelişen sol dal bloğu verileri not edildi. Hastalar işlem öncesi kronik beta bloker kullanımı olmasına göre iki gruba ayrıldı ve bu iki grup arasındaki klinik sonuçları yönünden farklılıklar araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya merkezimizde 2013-2018 yılları arasında transkateter aort kapak replasmanı yapılan toplamda 129 hasta (66 kadın [%51.2] Ortalama yaş 78.4 [± 7.2]) dahil edildi. Hastaların 65 (% 50.4)'inin TAVR işlemi öncesi beta- bloker tedavi kullanım öyküsü vardı. Tüm hastaların beta- bloker tedavisine işlem öncesi ve şayet bradikardi, av blok ya da hemodinami stabil ise işlem sonrası devam edildi. Beta- bloker tedavi kullanan hastaların yaş ortalaması daha düşüktü (76.5 $\pm$ 6.9 vs. 80.3 $\pm$ 7.1 p= 0.03). Hastane için ve uzun dönem mortalite yönünden iki grup arasında fark yoktu (beta bloker kullananlarda % 28 kullanmayanlarda % 21 p= 0,3). İşlem sonrası yeni gelişen sol dal bloğu ve atrial fibrilasyon yönünden iki grup arasında anlamlı fark yoktu (yeni gelişen sol dal bloğu beta bloker alanlarda % 38, almayanlarda % 32 p=0,3; işlem sonrası hastane içi yeni gelişen atriyal fibrilasyon beta bloker alanlarda %10.7, almayanlarda % 10.9 p=0,9). İşlem sonrası geçici kalp pili ihtiyacı beta bloker tedavi alanlarda anlamlı olarak fazla saptanırken kalıcı kalp pili ihtiyacı oransal olarak fazla olmak ile beraber istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (Geçici kalp pili beta bloker tedavi alanlarda % 32.8, almayanlarda %11.9 p=0.02; kalıcı kalp pili beta bloker alanlarda % 14.2, almayanlarda % 6.2 p= 0,11)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışma popülasyonumuzda TAVR işlemi öncesi kronik BB tedavi kullanımının artmış geçici kalp pili ihtiyacı dışında klinik sonuçlarına anlamlı etkisi olmadığı görüldü. İşlem öncesi BB tedavi alan hastaların tedavilerinin işlem öncesi kesilmesi durumunda nasıl bir sonuçla karşılaşılacağı ön görülemediğinden hastaların mevcut tedavilerine devam edilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır.

SB-35

HİPERTANSİF RETİNOPATİ İLE EPİKARDİYAL YAĞ DOKUSU KALINLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Işıl Kutlutürk Karagöz

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Hipertansif retinopati etiyolojisi olarak hipertansiyon ana sebep olarak gösterilmekle beraber farklı etki mekanizmalarının da süreçte rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma ile hipertansif retinopati ve ekokardiyografi ile ölçülen epikardiyal yağ dokusu kalınlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflendi.

YÖNTEM: Polikliniğe başvuran ve hipertansiyon için en az 5 yıldır ilaç alan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Hipertansiyonu olup bir tam doz ilaç ile kontrol altında olan (grup 1;n=58), iki veya üç tam doz ilaç ile kontrol altında olan (grup2;n= 53) ve kontrol grup olarak da tansiyon holter ölçümleri normal <130/80 olan hastalar çalışmaya dahile edildi (kontrol grup; n=56).Klinik olarak laboratuvar değerleri olan üç grup eşleştirildi. Hastaların gözdibi bulguları Keith-Wegener klasifikasyonuna göre sınıflandırıldı.Tüm hastaların epikardiyal yağ dokusu kalınlığı ve retinal bulguları değerlendirildi. Diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, dal bloğu, inme, nefropati, nöropati ve edinilmiş görüntü kalitesi zayıf olanlar hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: Hastaların vücut yüzey alanı, trigliserid, LDL kolesterol, HbA1c ve kreatinin değerleri arasında fark gözlemlenmedi. Grup 2 de kontrol grubuna göre epikardiyal yağ dokusu kalınlığı daha yüksek izlendi ($p=0.014$), ayrıca grup 1 ile kontrol grubu arasında epikardiyal yağ dokusu açısından her hangi bir fark izlenmedi ($p=0.231$). Grup 1 ve grup 2 de retinopati derecesindeki artışı ile epikardiyal yağ dokusu kalınlığındaki artış arasında korelasyon izlendi (korelasyon katsayısı 0.45; $p<0.001$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Epikardiyal yağ doku kalınlık artışı inflamatuvar süreçlerle ilişkili bir ekokardiyografik ölçümdür. Mevcut çalışmada hipertansif retinopati bulunan hastalarda epikardiyal yağ doku artışı saptanmıştır. Mevcut sonuca göre epikardial yağ dokusundaki artış ile hipertansif retinopatinin ilerlemesi arasında ilişki izlenmiştir. Mevcut bilgiler ışığında hipertansif retinopatili hastalarda epikardiyal yağ dokusu kalınlığı değerlendirilmesi hastaların takibi açısından yol gösterici olabilir.

SB-36

EİSENMEYER SENDROMU ÖN TANISI İLE TAKİP EDİLEN HASTADA BEKLENMEDİK SON TANI

*Abdullah Tunçez, Muhammed Ulvi Yalçın
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya*

GİRİŞ VE AMAÇ: 50 yaşında kadın hasta acil servise şiddetli nefes darlığı, uyuyamama şikayetleri ile başvurmuş. Hastanın başvuru anındaki kan gazında oksijen saturasyonu %73 tespit edilmiş. Hastanın operasyon sırasında kaç yaşında olduğunu hatırlamadığı kalbindeki deliğin kapatıldığını belirttiği açık kalp ameliyatı öyküsü vardı. Hastanın fizik muayenesinde; inspeksiyonda down sendromu fenotipi vardı. oskültasyonda sternum solunda pansistolik bir üfürüm duyulurken akciğer oskültasyonunda kabalaşan solunum sesleri dışında patolojik bir muayane bulgusu saptanmadı. Hastaya yapılan transtorasik ekokardiyografide membranöz septumda onarım materyali-patch ile uyumlu hipereksten bir görünüm ve bu yapının komşuluğunda 5-6 mm'lik bir defekt görüldü. Renkli doppler ve devamlı akım doppler incelemelerinde soldan sağa şant tespit edildi. Hastanın tahmini pulmoner arter basıncı 110 mmHg ölçüldü. Hasta pulmoner arteriyel hipertansiyon-eisenmenger sendromu ön tanılarıyla yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya oksijen tedavisi, destek tedaviler ve daha önceden kullanmakta olduğu bronkodilatör ilaçları dışında herhangi bir ilaç verilmedi. Hastanın yatışındaki hemoglobin değerlerinin 11 gr/dl olması ve parmaklarında belirgin bir çomaklaşma olmaması ön tanı olarak düşünülen Eisenmenger Sendromu hakkında şüphe oluşturdu ve hastaya yeni tanı bir pulmoner arteriyel hipertansiyon hastası gibi yaklaşmayı planladık. Hastaya ventilasyon perfüzyon sintigrafisi, pulmoner BT anjiyografi, alt ekstremiteler venöz doppler, rutin laboratuvar tahlilleri ve romatolojik, göğüs hastalıkları, göz hastalıkları ve dermatolojik değerlendirmeleri yapıldı. Hastanın ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde sağ akciğer alt ve orta loblarda mismatch defekt tespit edilmesi kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon şüphesini doğurdu. Pulmoner BT anjiyografisi radyoloji kliniği tarafından değerlendirilen hastada sağ pulmoner arter ve dallarında agenezi düşünüldüğü belirtildi. Hasta tekrar sorgulandı. Hasta ve yakınları daha önce böyle bir durumdan bilgileri olmadığını belirttiler ancak eski tomografilerini temin edemediler. Hastanın yatışında ve sonra tekrar edilen D-Dimer testleri normal sınırlardaydı. Ancak hastanın elektronik kayıtları tekrar incelendiğinde yaklaşık 2 ay önceki acil serviste bakılan D-dimer değerinin normalin 10 katından daha yüksek olduğu ancak ileri bir değerlendirme yapılmadığı görüldü. Bu veriler ışığında hastaya sağ kalp kateterizasyonu ve pulmoner anjiyografi yapıldı. Hastanın sağ alt ve orta loblara giden pulmoner arterinin total tıkalı olduğu sol pulmoner anjiyografide de web yapısının olduğu görüldü. Yapılan sol ventrikül anjiyografisinde soldan sağa opal geçişi görüldü. hastanın Qp/Qs değeri 1,15 tespit edildi. hastaya KTEPE cerrahisi kararı verilerek hasta taburcu edildi. Bizim bu vakayı sunmaktaki amacımız PAH düşünülen hastalarda kılavuzların önerdiği algoritmik yaklaşımın her hastada uygulanması gerektiğini vurgulamaktır.

SB-37

ST ELEVASYONLU MİYOKARD ENFARKTÜS HASTALARINDA TIMI, ZWOLLE VE CADILLAC RİSK SKORLARININ ATRIAL FİBRİLASYON GELİŞİMİ İLE İLİŞKİSİ

Oktay Gülcü

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Erzurum

GİRİŞ VE AMAÇ: ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüs (STEMI) gelişen hastalarda hem mekanik komplikasyonlar hemde aritmik komplikasyonlar gözükabilir ve bu komplikasyonlar gözükten hastalarda mortalite yüksektir. Yüksek riskli hastaların tespit için risk skorları yaygın olarak kullanılmaktadır. STEMI hastalarında risk skorlarının advers olay tahmininde rolü iyi bilinmesine ragmen Atrial fibrilasyon (AF) gelişimi ile ilişkisi üzerine çalışma bulunmamaktadır.

YÖNTEM: Çalışmaya 2015 ve 2018 yılları arasında STEMI tanısıyla kliniğimize başvuran ve koroner anjiyografi yapılan 1107 hasta alındı. Takiplerinde telemetri yada EKG kayıtlarında AF tespit edilen 72 hasta ile (%6.5) gelişmeyen hastalar karşılaştırılarak risk skorlarının AF gelişimini tahmin etme güçleri araştırıldı.

BULGULAR: Çalışma 1107 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 65 ± 4.3 , % 67'si erkekti. 72 hastada(%6.5) AF tespit edildi ve 6 (%0.5) hastada acil kardiyoversiyon ihtiyacı oldu. ROC analizinde TIMI, Zwolle ve Cadillac skorları sırasıyla 0.63, 0.76, 0.79 AUC değerlerine sahipti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: AF gelişimi STEMI hastalarında artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir ve risk skorları AF gelişiminde de iyi kestirim değerlerine sahiptir. STEMI hastalarında işlem öncesi hesaplanan risk skorları ile AF gelişimi açısından riskli hastalar tespit edilerek erken antiaritmik tedavi başlanması ve risk azaltılması yapılabilir.

SB-38

KARDİYAK SEMPATİK AŞIRI AKTİVİTENİN KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR İLE İLİŞKİSİ

Furkan Yetmiş¹, Kadir Uğur Mert¹, Gurbet Özge Mert², Muhammet Dural¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

²Yunus Emre Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ: Kalp hızı değişkenliği (HRV) kardiyak otonomik sistemi değerlendirmek için altın standart kabul edilir. HRV parametrelerinden RR intervallerinin standart deviasyonu (SDNN) düşük-frekanslı güç (LF) ile koreledir ve sempatik aktiviteyi göstermektedir. Bunun yanında, art arda RR aralıklarının ortalama kareler arasındaki farkının karekökü (rMSSD) ve 50 milisaniyeden fazla değişen bitişik NN aralıklarının yüzdesi (pNN50) ise yüksek-frekanslı güç (HF) ile ilişkilidir ve parasempatik aktiviteyi gösterir. Spektral alandaki analiz bulgularından olan LF hem sempatik hem parasempatik aktivite ile ilişkiliyken HF çoğunlukla sinüs noda efferent vagal (parasempatik) aktiviteyi göstermektedir. Çok-düşük frekanslı güç termoregülatuar aktivite ve renin-angiotensin-aldosteron sistemindeki değişiklikleri yansıtır. LF/HF oranı ise sempatovagal dengeyi göstermek için kullanılan bir parametredir. Biz bu çalışma ile cinsiyetin HRV değişkenleri üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışmada iki yıl boyunca 24 saat holter kaydı alınan 1832 hastanın holter verileri ve eşlik eden hastalıkları değerlendirildi. Hastaların holter kayıtları üç kanallı dijital kayıt cihazı olan Biomedical Instruments Holter sistemi (BI9800TL+3) ile alınmıştır. HRV parametrelerinin analizinde Biomedical Instruments Co holter yazılımı kullanılmıştır. HRV standart analiz parametreleri olan SDNN, RMSSD, pNN50 ve üçgen indeks analiz edilmiştir. HRV spektral analiz ise her bir frekans bandının gücünün toplamı ile elde edilmiştir [yüksek-frekans (HF) komponent (0.15– 0.40 Hz); düşük-frekans (LF) komponent (0.04–0.15 Hz) ve çok-düşük-frekans komponent (VLF) (0–0.04 Hz)]. Her hasta için düşük-frekans komponent/yüksek-frekans komponent oranı hesaplanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların 747 (%41) erkek ve 1085 (%59) kadın idi. HRV parametreleri değerlendirildiğinde rMSSD, pNN50, üçgen ve HF verileri arasında fark yokken SDNN, LF, VLF ve LF/HF oranı erkeklerde daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 1). Bunun yanında erkeklerde kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar açısından önemli risk faktörleri olan HT, DM ve sigara öyküleri karşılaştırıldığında anlamlı fark yokken; koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalıkların erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklar için major risk faktörleri cinsiyete göre karşılaştırıldığında fark yokken, kardiyovasküler sempatik aktivasyon göstergesi olan HRV parametreleri erkeklerde yüksek bulunmuştur. Bilinen önemli risk faktörleri yanında sempatik aşırı aktivite kardiyak ve serebrovasküler hastalıkların erkeklerde daha fazla görülmesini açıklayabilir.

Çalışma popülasyonunun kalp hızı değişkenliği parametreleri ve bazal karakteristik özellikleri

	Erkek (n=747)	Kadın (n=1085)	P value
SDNN	132,0 (105,0-168,0)	123,0 (100,0-148,0)	<0,001
rMSSD	27,0 (19,0-41,0)	26,0 (19,0-36,0)	0,315
pNN50	5,0 (2,0-15,0)	6,0 (2,0-13,0)	0,422
Üçgen	24,0 (19,0-30,0)	23,0 (18,0-29,0)	0,063
HF	146,2 (69,7-384,2)	152,7 (74,9-316,5)	0,826
LF	418,5 (227,7-760,2)	359,4 (198,3-586,2)	<0,001
VLF	887,2 (585,6-1216,8)	750,3 (504,1-1000,2)	<0,001
LF/HF Ratio	2,6424(1,43-4,21)	2,1201 (1,36-3,23)	<0,001
Yaş	54,0 (42,0-68,0)	53,0 (41,0-65,0)	0,318
Koroner arter hastalığı	129 (17,3%)	129 (11,9%)	0,001
Kalp Yetmezliği	38 (5,1%)	36 (3,3%)	0,07
KOAH	18 (2,4%)	28 (2,6%)	0,880
Senkop	21 (2,8%)	26 (2,4%)	0,652
Serebrovasküler Hastalık	232 (31,1%)	214 (19,7%)	<0,001
Hipertansiyon	320 (42,8%)	442 (40,7%)	0,385
Diyabetes Mellitus	119 (15,9%)	191 (17,6%)	0,375
Sigara	60 (8,0%)	61 (5,6%)	0,051

SB-39

OLGU SUNUMU: KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ BAĞLI ATRİYAL FİBRİLASYON OLGUSU

Mevlüt Demir¹, Müslüm Şahin¹, Ahmet Korkmaz²

¹Birecik Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

²Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

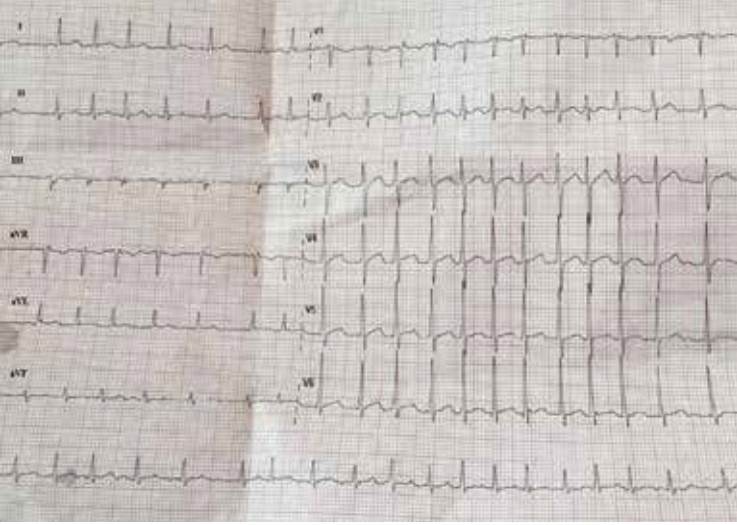
GİRİŞ VE AMAÇ: Karbon monoksit zehirlenmesi, genellikle bir yangın, fırın, ev ısıtıcısı, jeneratör, motorlu taşıt sonucunda yayılan karbon monoksit solunması yoluyla gerçekleşir. Patofizyolojik etkileri nedeni ile birden çok organda disfonksiyona neden olabilir. Biz olgumuzda karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı olduğunu düşündüğümüz atriyal fibrilasyon olgusunu sunduk.

YÖNTEM: 37 yaşında erkek hasta, karısı ve çocukları ile birlikte acil servise sabah saat 5.00 civarında, tüm aile fertlerinde olan bulantı, kusma ve baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde ev ısıtıcısı olarak soba kullandığı ve zehirlenmeden şüphelendiği öğrenildi. O2 tedavisi başlanan hastanın ilk muayenesinde, Glasgow koma skalası 15/15, kan basıncı 135/75 mmHg, vücut ısısı 36.3 santigrat derece, kalp atımı 143 atım / dakika ve solunum hızı dakikada 22 idi. Venöz kan gazında, pH 7.29, pCO₂ 42 mmHg, pO₂ 28 mmHg, COHb% 12.7 (referans aralığı:% 0.5-2.5) ve oksijen satürasyonu% 52.4 idi. Nörokognitif muayenesi normal izlendi. Posteroanterior (PA) akciğer grafisi incelemesi normaldi. Ekokardiyografide patolojik kapak hastalığı olmadığı, kalp boşluklarının normal büyüklükte olduğu, ejeksiyon fraksiyonunun% 65 olduğu ve segmental duvar hareket bozukluğu olmadığı görüldü.

BULGULAR: Elektrokardiyogram incelemesinde hastanın sinüs ritminde olmadığı, atriyal fibrilasyonda olduğu görüldü (Resim 1). Hasta sadece normobarik oksijen ile monitorize olarak takip edildi. Üç saat sonra laboratuvar tetkikleri tekrarlandı: Troponin, 1.2 pg / ml ve arteriyel kan gazında COHb % 3 olarak görüldü. Monitorize takip edilen hastanın sinüs ritmine döndüğü izlendi. Tekrarlanan elektrokardiyografi ile sinüs ritmi doğrulandı (Resim 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Karbonmonoksit maruziyetinden sonra, karbonmonoksitin toksik etkilerine duyarlı olan kardiyak doku gibi organlarda fonksiyonel, morfolojik ve elektriksel bozukluklar beklenmelidir. Olgumuzda atriyal fibrilasyonun, daha önce görülen bir çarpıntının olmaması, kronik bir hastalığın olmaması, bir aile ritmi öyküsünün olmaması, alkol veya predispozan ilaçların yokluğu ve zehirlenmeden hemen sonra ortaya çıkması nedeniyle karbon monoksit ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Bildiğimiz kadarıyla hastamız, CO zehirlenmesi nedeniyle atriyal fibrilasyonun gelişmesinden sonra normobarik oksijen tedavisi ile spontan sinüs ritminin sağlandığı ikinci vakadır. CO zehirlenmesi, uygun önlemlerle önlenilecek bir sağlık sorunudur. Farklı organ işlev bozuklukları nedeniyle karbonmonoksitin ölümcül olabileceği ve CO tarafından indüklenen atriyal fibrilasyonun prognozu olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalar için tıbbi veya elektriksel kardiyoversiyon düşünülebilir. Ayrıca, serebrovasküler olay ve periferik emboli gibi risk faktörleri olan hastalarda tedavi yaklaşımı daha ileri çalışmalarla tartışılmalı ve araştırılmalıdır. Her hastada kardiyovasküler fizik muayene, EKG ve kardiyak enzim takibi, kardiyak patolojilerin takibi ve tedavisi her hastada düşünülmelidir.

Resim 1.



Hastaneye başvuru anında görülen atriyal fibrilasyon

Resim 2.



Normobarik oksijen tedavisi sonrası izlenen spontan sinüs ritmi

SB-40

AKUT PULMONER EMBOLİ TANISI ALAN HASTALARDA YÜKSEL TROİD UYARICI HORMAN DEĞERLERİ HASTANE İÇİ ARTMIŞ MORTALİTE İLE İLİŞKİLİDİR

Veysel Ozan Tanık¹, Tufan Çınar², Barış Şimsek³

¹Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

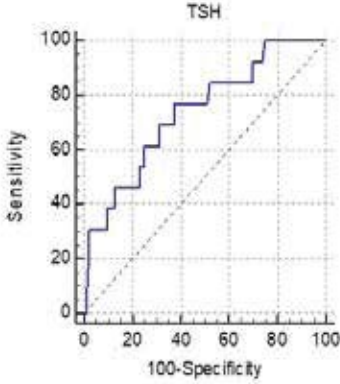
GİRİŞ VE AMAÇ: Daha önceki çalışmalarda tiroid fonksiyonlarında bozukluk bulunan hastaların tromboze eğilimli oldukları ve tiroid fonksiyon bozukluğunun venöz tromboembolizmler için bir risk faktörü olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmamızda hastaneye akut pulmoner emboli ile yatışı yapılan hastalarda tiroit uyarıcı hormon (TSH) değerlerinin hastane içi mortalite ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Daha önce bilinen tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalar çalışmadan dışlandıktan sonra, akut pulmoner emboli ile hastaneye yatırılan 109 hasta geriye dönük olarak analiz edildi. Çalışmanın birincil sonlanım noktası tüm nedenlere bağlı hastane içi ölümlerdi. Çalışmada hastalar hastane içi mortalite gelişen ve gelişmeyen grup olarak ikiye ayrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 62 ± 18 yaş ve 70 (%64,2) hasta bayandı. Hastaların bazal demografik, laboratuvar ve ekokardiografik bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. Toplam 13 (%11,9) hastada tüm nedenlere bağlı hastane içi ölüm gelişti. Hipertansiyon ve şeker hastalığı sıklığı her iki grupta benzer saptandı. Yine T3 ve T4 değerleri arasında her iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmadı. TSH değeri hastane içi mortalite gelişen grupta gelişmeyen gruba kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek saptandı. [2.79 ± 1.88 vs 1.37 ± 1.44 , $p=0.006$]. İşlem karakteristik eğri analizinde; TSH'nın hastane içi mortaliteyi öngörücü en uygun değeri 76.92% duyarlılık ve 62.5% özgüllük ile >1.56 dir. [eğri altında kalan alan: 0.738, 95%CI: 0.645-0.818, $p<0.001$] (Şekil 1).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışma sonuçlarına göre, TSH değeri yüksek olan hastalar artmış hastane içi ölüm riskine sahip olabilir. Ucuz, basit ve kolay bir laboratuvar parametresi olarak TSH düzeyleri akut pulmoner emboli hastalarında değerlendirilmeli ve bu hastalarda vakit kaybetmeden tedaviye başlanmalıdır.

ROC



İşlem karakteristik eğri analizinde; TSH'nın hastane içi mortaliteyi öngörücü en uygun değeri 76.92% duyarlılık ve 62.5% özgüllükle >1.56 dir. [eğri altındaki alan alan: 0.738, 95% CI: 0.645-0.818, $p < 0.001$]

Tablo 1

Tablo 1 Her iki grubun demografik, laboratuvar, klinik ve ekokardiyografik özellikleri

	Çalışma grubu, n: 109	Sağ kalanlar, n: 96	Hastane içi ölenler, n :13	P değeri
Yaş, yıl	62 ± 18	63 ± 18	54 ± 19	0.08
Kadın, cinsiyet, n (%)	70 (64.2)	61 (63.5)	9 (69.2)	0.689
Hikaye				
Hipertansiyon, n (%)	51 (46.8)	46 (47.9)	5 (38.5)	0.523
Diyabet mellitus, n (%)	19 (17.4)	18 (18.8)	1 (7.7)	0.326
Kardiyopulmoner hastalıklar, n (%)	27 (24.8)	24 (25)	3 (23.1)	0.881
Sigara öyküsü, n (%)	32 (29.4)	31 (32.3)	1 (7.7)	0.069
Bağvuruda derin ven tromboz varlığı, n (%)	9 (8.3)	6 (6.3)	3 (23.1)	0.039
Kanser, n (%)	10 (9.2)	10 (10.4)	0 (0)	0.224
Başvuru sırasında özellikleri				
Sistolik kan basıncı, mm/Hg	122.0 ± 23.0	124.0 ± 23.0	109.0 ± 21.0	0.034
Diastolik kan basıncı, mm/Hg	73 ± 14	74 ± 13	67 ± 20	0.116
Ateş, °C	36.7 ± 0.5	36.7 ± 0.5	36.6 ± 0.5	0.547
Kalp hızı, atım sayısı/dakika	99 ± 16	99 ± 16	100 ± 15	0.786
O ₂ saturasyonu, %	90 ± 5	89 ± 5	91 ± 6	0.215
Solumun sayısı, atım sayısı/dakika	20 ± 3	20 ± 3	20 ± 2	0.860
Başvuru laboratuvar bulguları				
Başvuru kan şekeri, mg/dL	151 ± 61	150 ± 61	163 ± 63	0.424
D-dimer, ng/mL	4840 ± 5267	5007 ± 5535	3603 ± 2293	0.701
Troponin I, ng/dL	1.862 ± 4.116	1.749 ± 3.876	2.695 ± 5.722	0.700
Bazal kreatinin, mg/dL	1.00 ± 0.26	1.01 ± 0.26	0.98 ± 0.26	0.743
Tepe kreatinin, mg/dL	1.18 ± 0.46	1.18 ± 0.48	1.16 ± 0.35	0.911
Beyaz küre sayısı, hücre/μL	11.56 ± 4.04	11.49 ± 4.03	12.05 ± 4.26	0.463
Hemoglobin, g/dL	13.15 ± 2.06	13.21 ± 2.05	12.68 ± 2.21	0.519
Trombosit sayısı, hücre/μL	238 ± 92	240 ± 95	226 ± 64	0.815
Serbest T3 seviyesi, pg/mL	2.74 ± 0.57	2.70 ± 0.53	3.07 ± 0.76	0.052
Serbest T4 seviyesi, ng/dL	1.08 ± 0.28	1.08 ± 0.28	1.04 ± 0.28	0.405
TSH, IU/mL	1.54 ± 1.56	8253 ±	7334 ± 3673	0.006
Ekokardiyografi parametreleri				
SVEF, %	59.0 ± 7.0	58.0 ± 8.0	59.0 ± 7.0	0.408
PASB, mm Hg	40.0 ± 17.0	41.0 ± 17.0	37.0 ± 17.0	0.438
Basit PESI skoru	2.06 ± 0.97	2.09 ± 0.96	1.77 ± 1.01	0.203

Kısaltmalar: n: sayı, SVEF: sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, PASB: pulmoner arter sistolik basıncı

SB-41

STABİL ANJİNA PEKTORİSLİ HASTALARDA KORONER ARTER BAYPAS CERRAHİSİ ÖNCESİ RANOLAZİN TEDAVİSİNİN PEROPERATİF MİYOKARD HASARI ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Fatih Yılmaz¹, Emrah Acar², Süleyman Çağan Efe³, Mehmet İnanır⁴, Çetin Geçmen⁴, İbrahim Akın İzgi⁴, Cevat Kırmacı⁴

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Gümüşhane Devlet Hastanesi, Gümüşhane

³İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁴Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde endüstrileşmiş ülkelerde ölümlerin önde gelen nedenlerindendir ve koroner arter hastalığı (KAH) kardiyovasküler hastalıkların en yaygın ortaya çıkan şeklidir. vardır. Kararlı Anginanın 3 temel tedavisi vardır. Ayrı ayrı veya birlikte seçilebilir.

1-İlaç tedavisi

2-Girişimsel yöntemler

3-Cerrahi tedavi

Bu çalışmanın amacı elektif CABG uygulanan hastalarda operasyon öncesi ranolazin tedavisinin peroperatif miyokard hasarı üzerine olan etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Stabil angina pectoris tanısı ile koroner anjiyografi (KAG) yapılan ve cerrahi karar verilen hastalar dışlama kriterleri gözetilerek çalışmaya dahil edildi. Rutin tedaviye ek olarak ranolazin alan 70 hasta ile sadece rutin tedavi alan 50 hasta çalışmaya alındı. Ameliyat sonrası 0, 12 ve 24. saatlerde troponin ölçümü yapıldı. Günlük ekg takibi yapıldı. Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Daha önce açık kalp cerrahisi yapılmış,
- Ejeksiyon fraksiyonu (EF) % 40'ın altında olan,
- Preoperatif böbrek hastalığı tanısı bulunan (preop.kreatin>1.3 mg/dl yada kreatin klerensi <80 ml/dk),
- EKG'de uzun QT olan hastalar,
- Yakın zamanda (<3 ay) miyokard enfarktüsü (MI) geçirmiş olan hastalar ve Unsatabil angina pectoris (USAP) hastaları
- Operasyon öncesi herhangi bir nedenden dolayı troponin değeri yüksek olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

BULGULAR: Ranolazin alan grupta ortalama yaş 61,2±8,6 iken standart tedavi alan hastaların ortalamayaşı 57,9±8,8 olarak saptandı. (p=0,073). 1. grupta diyabetik hasta oranı %52,8 iken ikinci grupta %38 idi. (p=0,077) 1. Grupta sigara içen hasta oranı %45,7 iken 2. grupta %54 idi (p=0,239). Hastaların operasyon öncesi değerlendirilen ve işlem sırasındaki mortaliteyi öngörmek amacıyla kullanılan EuroSCORE' ları benzerdi. Hastaların KAG' deki tüm lezyonların morfolojik özellikleri gözönünde bulundurularak hesaplanan Syntax skorları benzerdi. 1. grup hastaların ortalama EF değeri %60 (65-40), 2. grup EF 65 (65-45) (p=0,714). Her iki grup hastaların perfüzyon süresi ve aortik klemp zamanları benzerdi. Ayrıca operasyon boyunca ölçülen en düşük ısı ve en düşük pH değeri de benzerdi. 1. Grup hastaların ortalama 0. Saat troponin değeri 1,73 (14,87-0,23) iken 2. Grup hastaların 0. Saat troponin değeri 2,76 (72,08-0,25) (p=0,008)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda postoperatif olarak hemen bakılan troponin 0 değeri ranolazin alan grupta daha düşük saptandı. 12. Ve 24. Saatte bakılan troponin değerleri bakımından istatistiksel fark saptanmadı. Bu sonuçlara bakarak ranolazinin koroner arter bypass operasyonu sonrası postoperatif MI açısından anlamlı azalma sağlamadığı tespit edilmiştir. Ranolazinin geç sodyum kanal blokajı ve dolaylı olarak hücre içi kalsiyum seviyesinin azalması iskemi ve nekrozun daha az olabileceğini düşündürmüştür. Ancak çalışma sonuçları açısından özellikle önemli olan troponin 12. ve 24.saat sonuçlarının benzer saptanması bu hipotezi desteklememiştir Bu konuyla ilgili geniş-multimerkezli randomize çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri

	grup 1	grup 2	
Yaş	61,2 ± 8,6	57,9 ± 8,8	p: 0,073
BMI	27,9 ± 3,3	27,7 ± 2,0	p: 0,759
Euroscore	1,09 (4,48-0,75)	1,02 (2,02-0,65)	p: 0,051
Syntax score	18 (26-14)	18 (32-14)	p: 0,148
Troponin 0 değeri	1,73 (14,87-0,23)	2,76 (72,08-0,25)	p: 0,008
Troponin 12 değeri	1,62 (10,05-0,03)	1,75 (21,33- 0,42)	p: 0,522
Troponin 24 değeri	0,72 (7,55-0,12)	1,03 (21,65-0,14)	p: 0,143
Perfüzyon süresi	80 (164-41)	79 (135-42)	p: 0,657
Aortik klemp time	53,51 ± 14,7	56,16 ± 15,4	p: 0,313

SB-42

PAROKSİSMAL ATRİYAL FİBRİLASYON OLAN VEYA OLMAYAN PREMATÜR ATRİYAL VURULU HASTALARDA OTONOM SİNİR SİSTEMİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Mustafa Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, Erzurum

GİRİŞ VE AMAÇ: Paroksizmal atriyal fibrilasyon (PAF) olan veya olmayan prematür atriyal vurulu (PAV) hastalarda otonom sinir sisteminin (OSS) olası rolünü değerlendirmek

YÖNTEM: 24 saatlik ritm holter monitorizasyon kayıtlarında sık PAV (10/saat ve üzerinde) saptanan toplam 38 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak PAV'ı olmayan 73 hasta alındı. PAV hastaları PAF olan ve olmayan diye iki gruba ayrıldı. Kontrol grubu da dahil olmak üzere toplam üç grupta çalışmaya 111 hasta dahil edildi. Otonom sinir sisteminin PAV'lı hastalarda kalp üzerine etkilerini değerlendirmek için 24 saatlik ritm holter monitorizasyon kayıtlarında otomatik olarak ölçülen kalp hızı değişkenliği (KHD) parametrelerinden zaman alanı ölçümünü kullandık.

BULGULAR: Hastaların yaşları her iki grupta da benzerdi. ($p=0.1$) 24 saat ritm monitorizasyon kayıtlarında ortalama kalp atış hızı kontrol grubunda diğer gruplara göre daha yüksek bulundu. ($p = 0.029$) Global KHD parametrelerinden hem sempatik hem de parasempatik etkileri gösterebilen SDNN (normal ile normal aralıkların standart sapması) değerleri tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.565$). Buna rağmen, rMSSD (ardışık farkların kare kök ortalaması), PAV ve PAF'ı olan hastalarda diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.001$). Ayrıca PAV olan ve PAF olmayan hastaların rMSSD değeri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0.005$). pNN50 gibi diğer vagal aracılı atım-atım değişkenliği parametresi de (50 ms'den daha farklı olan ardışık normal ile normal aralıkların oranı) PAV ve PAF'ı olan hastalarda diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0.003$). PAF'sız PAV hastalarda kontrollere kıyasla bu parametrede anlamlılık bulunmadı ($p=0.068$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamız, bozulan parasempatik tonusun kalpte atriyal ektoptik uyarıları tetikleyebileceğini gösterdi. Ayrıca PAV'ı olan ve PAF gelişen hastalarda parasempatik tonus daha da fazla bozulma eğilimine sahiptir. Bu sonuçlar ışığında kompleks aritmi oluşumunda bozulmuş otonom sinir sisteminin aritmilere yatkın bir miyokardiyal substrat oluşturabileceğini düşündürmüştür.

PAV ve kontrol hastalarının 24 saat ambulator ritm monitorizasyon parametreleri

	Kontrol (n=73)	PAF olmayan PAV(n=34)	PAF olan PAV (n=4)	p değeri
Total PAV sayısı	28.9±28.5	1777.8±3359.6	15209.5±15253.6	
Total AF süresi, sn	1.4±2.8	6.4±7.4	7778.8±12911.9	
Yaş, yıl	55.5±13.8	57.7±16.8	62±7.9	0.101
Ortalama kalp hızı, atım/dk	75.1±10.6	69.8±8.5	69.7±8.1	0.029
SDNN, msn	128.2±36.1	132.5±37.7	182±91.1	0.565
rMSSD, msn	26.8±11.8	35.1±15.1	62.8±22.2	<0.001
pNN50, %	7.3±7.3	10.5±9.2	24±4.5	0.003

Kısaltmalar: AF: Atriyal fibrilasyon, PAV: Prematür atriyal vuru, pNN50: 50 ms'den daha farklı olan ardışık normal ile normal aralıkların oranı, rMSSD: Ardışık farkların kare kök ortalaması, SDNN: Normal ile normal aralıkların standart sapması

SB-43

TİBİA KIRIKLARININ İNTRAMEDÜLLER ÇİVİ İLE TEDAVİSİ SONRASI SIK GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYON OLAN DİZ ÖNÜ AĞRISININ YAŞAM TARZI İLE İLİŞKİSİ

Serda Duman¹, Hanifi Uçpunar²

¹Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır

²Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Erzincan

GİRİŞ VE AMAÇ: Tibia kırıklarından intramedüller çivi tedavide ilk seçeneklerdendir ve en sık görülen komplikasyonlardan biri diz önü ağrısının varlığıdır. Çalışmamızın amacı tibia kırıklarının intramedüller çivi ile tedavi edilen hastalarda diz önü ağrısının sıklığını tespit etmek ve bunun yaşam tarzı ile ilişkisini tespit edebilmektir.

YÖNTEM: 2013-2019 yılları arası tibia diafiz kırığı tanısı ile opere edilen 63 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların uygun pozisyonda postoperatif çekilmiş olan tibia ve diz lateral grafilerinde çivi protrüzyonu değerlendirildi. Body mass index (BMI), diz çökme çömelme tuvalet kullanım alışkanlığı, bağdaş kurma aktiviteleri değerlendirildi. Lysholm skorları dolduruldu. 50 yaş üstü hastalar, Ao klasifikasyonuna göre tip B ve C kırıklar, grfaillerde osteoartrit bulgusu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

BULGULAR: Ortalama takip süresi 32 aydı (8-44 ay) 63 hastanın 31 (49.2%) sinde diz önü ağrısı tespit edilirken 32 hastada (50.8%) diz önü ağrısı tespit edilmemiştir. Diz önü ağrısı olan hastalarda ortalama BMI 26.2 kg/m² olup ağrısı olmayan grupta 25,7 kg/m² (p=0,63). Çivi proksimal ucu tibia plato mesafesi ağrısı olan grupta 1.8 mm olup diğer grupta 2.6mm olarak ölçülmüştür (p=0.18) Çivi -tibia anterior korteks mesafesi ağrılı grupta ortalama 0,25 mm olup ağrısı olmayan grupta 0,19 mm olarak ölçülmüştür. çömelme, bağdaş kurma, diz üstü durma ve alaturka tuvalet kullanma alışkanlıkları göz önüne alındığında diz üstü çökme hareketinin diz önü ağrısı olan grupta daha sık olduğu görülmüştür. Lysholm skorları karşılaştırıldığında ise diz önü ağrısı olan grupta ortalama 89.2 iken olmayan grupta 93.1 olarak hesaplanmıştır (p=0.83)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak dizin aşırı fleksiyona geldiği ve diz önünde gerilimi artırarak skar dokusunu zorlayan hareketlerin sıklığı diz önü ağrısı olan grupta daha fazladır. Ayrıca çivinin proksimal ucunun anterior yerleşimli olması halinde ağrı varlığının belirgin arttığı gözlenmiştir. Yaşam tarzı dizi zorlayıcı hareketler üzerine kurulu hastalarda diz önü ağrısının daha fazla olabileceği akılda tutulmalı ve hastalar ameliyat sonrası dönemde bu hareketlerden kaçınmaya yönelik uyarılmalıdır. Aksi takdirde memnuniyetsizliklerde artış kaçınılmazdır.

SB-44

ACİL GASTROİNTESTİNAL CERRAHİ UYGULANAN KRİTİK HASTALARDA WEANİNG BAŞARISIZLIĞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Fatma Yıldırım

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: İnvaziv mekanik ventilasyon (MV) yoğun bakımdaki solunum yetmezliği olan kritik olgularda en sık kullanılan tedavi modalitelerinden biridir. Uzun süreli MV artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu nedenle erken ekstübasyon ve gereksiz uzamış MV'nin önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Şimdiye kadar yapılmış çalışmalarda weaning başarısı ve başarısızlığı için öngörücü faktörler çalışılmış olmasına rağmen çok az çalışmada postoperatif dönemde MV ihtiyacı olan kritik cerrahi hastalar incelenmiştir.

YÖNTEM: Bu çalışmada acil gastrointestinal cerrahi yapılmış hastalarda weaning başarısızlığına etki eden faktörler incelendi. Ağustos 2016- Ocak 2019 tarihleri arasında acil gastrointestinal cerrahi yapılan ve postoperatif dönemde 48 saatten daha uzun süre MV ihtiyacı olup genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 71.8 ± 14.2 olan 97 hasta dahil edildi. Hastaların 63'ü (%64.9) erkek, 34'ü (%35.1) kadın idi. Ortalama APACHE II skoru 25.2 ± 6.7 idi. En sık ek hastalıklar %72.1 ile gastrointestinal malignite, %53.6 ile hipertansiyon ve %36.1 ile konjestif kalp yetmezliği idi. Medyan mekanik ventilasyon uygulama süresi 9 [2-56] gün, ortalama yoğun bakımda yatış süresi 18.7 ± 12.2 gün idi. Hastaların 93'üne (%95.9) weaning denemesi yapılabilmişken 4 (%4.1) hastaya hiç weaning yapılamamıştı. Weaning yapılan hastaların 73'ü (%75.3) T-tüpe alınabilmişti. Weaning entübasyon sonrası medyan 2 [2-4] gün sonra başlatılmıştı. Ortalama weaning süresi medyan 4 [4-8] gün idi. Hastaların 80'inde (%82.5) weaning başarısızlığı ile karşılaşıldı. Hastaların 21'i (%21.6) basit weaning, 40'ı (%41.2) uzamış weaning, 31'i (%32.0) zor weaning idi. Weaning zorluğu için en sık neden 88 (%90.7) hastada hipervolemi, 21 (%21.6) hastada postoperatif sepsis idi. Weaning başarısızlığı olan hastaların daha fazla oranda laktat yükseliği, eritrosit süspansiyon ve vazopressor ihtiyacı, sepsis ve akut böbrek yetmezliği varlığı mevcuttu. Postoperatif dönemdeki laktat yüksekliği (OR:1.345, %95 CI:1.238-2.310, $p=0.03$), vazopressor ihtiyacı (OR:1.002, %95 CI:1.018-1.342, $p=0.026$) ve sepsis varlığı (OR:2.034, %95 CI: 1.995-3.450, $p=0.04$) weaning başarısızlığı için bağımsız risk faktörü olarak tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Acil gastrointestinal cerrahi uygulanıp postoperatif dönemde MV ihtiyacı olan hastalarda laktat yüksekliği, vazopressör ihtiyacı ve sepsis weaning başarısızlığı için risk faktörüdür.

SB-45

STABİL KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA KORONER KOLLATERAL DOLAŞIMI ÖNGÖRMEDE SERUM MONOSİT / HDL VE TRİGLİSERİD / HDL ORANININ ROLÜ

Mevlüt Demir¹, Ahmet Korkmaz²

¹Birecik Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

²Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Koroner kollateral dolaşım (KKD) miyokardı doku hasarından koruma amacı ile gelişen, kronik miyokard iskemisine adaptif bir cevaptır. Son zamanda yapılan çalışmalarda, yeni inflamasyon markeri olarak monosit HDL-C oranının (MHO), kardiyovasküler hastalıkların yeni bir belirleyicisi ve prognostik göstergesi olabileceği bildirilmiştir. Bu retrospektif çalışmada, stabil koroner arter hastalığında KKD'nin öngörülmesinde Monositin HDL Oranı (MHO) ve Trigliseritin HDL Oranının (THO) yararını araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kararlı angina pectoris ile koroner anjiyografi amacı ile hastanemize yatırılan ve anjiyografisinde %90'dan fazla veya % 90 darlığa sahip olan toplam 355 hasta çalışmaya alındı ve değerlendirildi.

BULGULAR: Koroner kollateral dolaşım (KKD), Rentrop Sınıflandırması kullanılarak derecelendirildi: Hastalar daha sonra kollateral grubuna göre iki gruba ayrıldı. Grup 1 (zayıf koroner kollateral gelişim), $\geq 90\%$ stenoz ve grade-0 veya grade-1 kolaterallere sahip en az bir damarlı hastalardan oluşmaktadır. Grup 2 (iyi koroner kollateral gelişim), ≥ 90 stenoz ve grade-2 veya grade-3 kolaterallere sahip en az bir damarlı hastalardan oluşuyordu. Monosit / HDL oranı (12.5 ± 4.5 ve 16.4 ± 5.7 , $p < 0.01$), monosit seviyesi (0.47 ± 0.12 ve 0.58 ± 0.13 g / dL, $p < 0.01$) ve nötrofil / lenfosit oranı (2.9 ± 2.1) iyi KKD grubunda, 3.7 ± 2.4 , $p < 0.01$), zayıf KKD grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 1). Lenfosit seviyesi (2.21 ± 0.7 vs. 1.92 ± 0.8 , $p = 0.018$), iyi KKD grubunda zayıf KKD grubuna göre anlamlı derecede düşüktü. Trigliserid / HDL oranı her iki KKD grubunda da benzerdi ($p > 0.05$). Post-hoc analizinde MHO düzeylerinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Rentrop III grubunda MHO değeri, Rentrop-0, Rentrop-I, Rentrop-II grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.01$). Rentrop II grubunda MHO değeri, Rentrop-0 ve Rentrop-I grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.01$) (Tablo 2). Yapılan lojistik regresyon analizinde, monosit sayısı ve monosit/ HDL oranı (sırasıyla; 1.015; %95 CI (1.01 - 1.02); $P < 0.01$ ve veya: 1.212; %95 CI (1.14 - 1.29); $p < 0.01$), iyi KKD'nin bağımsız belirleyicileri olarak bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yakın zamanda yapılan çalışmalarda yüksek MHO'un koroner ateroskleroz yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak bu çalışma, stabil koroner arter hastalığı olan hastalarda, MHO seviyelerinin iyi KKD'li hastalarda zayıf KKD'li hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir. MHO, ≥ 90 koroner darlığı olan hastalarda iyi KKD'nin bağımsız bir belirleyicisi olabilir. Bununla birlikte, bu bulguları doğrulamak için daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip farklı popülasyonlarda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır ve altta yatan fonksiyon ve mekanizmayı ele almak için ek çalışmalar gereklidir.

Tablo 1

	Grup 1 Zayıf Koroner Kollateral (n = 134)	Grup 2 İyi Koroner Kollateral (n = 221)	p
Monosit ($10^3 / \mu\text{L}$)	0.47 ± 0.12	0.58 ± 0.13	<0.001
Monosit HDL oranı	12.5 ± 4.5	16.4 ± 5.7	<0.001
Trigliserid HDL oranı	5.0 ± 4.3	4.0 ± 1.9	0.403

Çalışma Popülasyonunun Biyokimyasal ve Hematolojik Parametre Bulguları (ortalama değer $\pm$ standart sapma)

Tablo 2

	Rentrop 0 Mean $\pm$ s.d. Med.	Rentrop 1 Mean $\pm$ s.d. Med.	Rentrop 2 Mean $\pm$ s.d. Med.	Rentrop 3 Mean $\pm$ s.d. Med.	p
Trigliserid HDL Oranı	4.9 ± 4.1 3.7	5.0 ± 4.5 3.8	4.2 ± 1.9 3.9	3.9 ± 1.9 3.5	0.460
Monosit HDL Oranı	12.0 ± 4.9 11.2	12.7 ± 4.3 12.8	15.6 ± 5.8 14.9	17.5 ± 5.5 17.2	<0.001

Koroner Kollateral Dolaşım Ciddiyeti ile MHO ve THO Arasındaki İlişkiler

Tablo 3

	Tek Değişkenli Model	Tek Değişkenli Model	Tek Değişkenli Model	Çok Değişkenli Model	Çok Değişkenli Model	Çok Değişkenli Model
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Nötrofil/ lenfosit oranı	0.992	0.94 - 1.04	0.738			
Monosit	1.013	1.01 - 1.02	<0.001	1.015	1.01 - 1.02	<0.001
Lenfosit	1.000	1.00 - 1.00	0.914			
Monosit / HDL oranı	1.170	1.11 - 1.23	<0.001	1.212	1.14 - 1.29	<0.001

İyi gelişmiş koroner kollateral dolaşımın tek ve çok değişkenli analizleri

SB-46

GENÇ ST YÜKSELMELİ MİYOKART ENFARKTÜSÜ HASTALARINDA LÖKOSİT SAYISI KORONER TROMBÜS YÜKÜNÜ ÖN GÖRDÜRÜR MÜ?

Ahmet Gürdal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: İntrakoronar trombüs yükü St-segment yükselmeli miyokart enfarktüsü(STYMI) hastalarda bazı olumsuz olaylar ve kötü prognoz ile ilişkilidir. İntrakoronar trombüs yükünü arttıran nedenlerin belirlenmesi, tedavi yönetiminde yardımcı olabilir. Bu çalışmada genç hastalarda lökosit sayısının koroner trombüs yükünü ön gördürebilirliğini araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya Haziran 2015-Haziran 2018 tarihleri arasında kliniğimize başvuran primer perkütan koroner girişim yapılan 45 yaş altı 150 hasta alındı. Anjiyografik koroner trombüs yükü 'thrombolysis in myocardial infarction (TIMI)' sınıflamasına göre yapıldı. Hastalar düşük trombüs yükü (DTY) ve yüksek trombüs yükü (YTY) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Lökosit sayısı YTY olanlarda DTY olanlara göre anlamlı yüksekti(14,12±4,8 ve 12,08±3,4, p<0.05). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde lökosit sayısı yüksek trombüs yükü açısından bağımsız risk faktörü saptandı.(odds ratio: 1,122, 95% CI: 1,0211-1,232; p <0.05) **TARTIŞMA VE SONUÇ:**Sonuç olarak lökosit sayısı, perkütan koroner girişim yapılan STYMI ile başvuran genç hastalarda koroner trombüs yükünü ön gördüren bağımsız bir parametredir.

Tablo 1

Değişkenler	DTY(N:62)	YTY(N:88)	P(P<0.05)
Yaş	41±3,8	41±4,7	0,881
Erkek	55(%37)	80(%53)	0,868
Hipertansiyon	19(%13)	24(%16)	0,790
Tip 2 DM	15(%10)	21(%14)	0,963
Lökosit(109/L)	12,08±3,4	14,12±4,8	0,004
Nötrofil %	62,9±13,2	67,2±14,4	0,072
Lenfosit %	28,8±11,7	25,2±12,9	0,078
Monosit %	6,4±2,1	5,9±1,9	0,083
Hemoglobin(g/dL)	15,2±1,6	14,9±1,8	0,279
Trombosit(109/L)	261,9±101,2	259,8±71,4	0,883
TotalKolesterol(mg/)	206,6±39	191,1±47	0,035
HDL-K(mg/dL)	38,6±8,8	38,1±8,9	0,639
LDL-K(mg/dL)	133,1±34,2	120,9±43	0,056
Trigliserid(mg/dL)	179±96,4	176±118	0,817
Kreatinin(mg/dL)	0,81±0,2	0,92±0,8	0,290
EF(%)	48,4±8,1	47,5±8,1	0,317

Hastaların bazal klinik ve laboratuvar özellikleri

Tablo 2

Değişkenler	Multivariate OR (95% CI)	P (P<0.05)
Lökosit(109/L)	1,122(1,021-1,232)	0,016
Nötrofil %	0,786(0,572-1,079)	0,136
Lenfosit %	0,801(0,577-1,112)	0,185
Monosit %	0,667(0,429-1,036)	0,071
TotalKolesterol(mg/)	0,966(0,922-1,012)	0,148
HDL-K(mg/dL)	1,041(0,914-1,186)	0,544
LDL-K(mg/dL)	1,003(0,971-1,036)	0,841

Yüksek trombüs yükünü ön gördürücü bağımsız değişkenleri gösteren çok değişkenli lojistik regresyon analizi

SB-47

PRESENCE OF FRAGMENTED QRS IS ASSOCIATED WITH CORONARY FRACTIONAL FLOW RESERVE IN PATIENTS WITH ISOLATED LEFT ANTERIOR DESCENDING CORONARY ARTERY STENOSIS

İsmail Gürbak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp-Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Fragmented QRS complexes (fQRS) are defined as various RSR' patterns in 2 contiguous leads corresponding to a major coronary artery territory. The association between presence of fQRS and myocardial ischemian and scarring has been suggested in previous studies which is a prognostic marker of cardiovascular events and mortality. Pressure derived myocardial fractional flow reserve (FFR) is an invasive method used to evaluate functional severity of intermediate coronary artery stenosis The main aim is this study whether fQRS is associated with FFR

YÖNTEM: We retrospectively reviewed the medical records of 88 patients who underwent coronary angiography (CAG) and FFR measurement for isolated intermediate left anterior descending coronary artery stenosis were included in the study. The patients were divided into two groups according to fractional flow reserve (FFR). The low FFR group (abnormal FFR ≤ 0.80 , n=26) and normal FFR group (FFR > 0.80 , n=62). Both groups were compared in terms of the presence of fQRS.

BULGULAR: Presence of fragmented QRS was more frequent in the group with FFR ≤ 0.80 (n=19, 73,1%) than the group with FFR > 0.80 (n=26, 41,9%). In the low FFR group, fQRS was significantly higher (p=0,008). Logistic regression analysis showed that fQRS was independently associated with FFR (OR: 0,266; 95 % CI, 0,098-0,725, p=0.01)
TARTIŞMA VE SONUÇ: In clinical practice, the presence of fQRS on routine surface ECG is associated with myocardial ischemia detected by FFR in patients with isolated intermediate left anterior descending coronary artery stenosis.

Clinical and laboratory characteristics of patients

	FFR >0.80 (n=62)	FFR ≤ 0.80 (n=26)	P Value
Gender, female % (n)	30,6 (19)	38,5 (10)	0,477
Age (years)	62 $\pm$ 11	65 $\pm$ 8	0,136
Diabetes % (n)	29 (18)	38,5 (10)	0,386
Hypertension % (n)	48,4 (30)	53,8 (14)	0,640
Hyperlipidemia % (n)	35,5 (22)	42,3 (11)	0,546
Smoking % (n)	24,2 (15)	19,2 (59)	0,612
Atrial fibrillation % (n)	6,5 (4)	3,8 (1)	0,535
Total cholesterol (mg/dL)	188 $\pm$ 45	190 $\pm$ 42	0,882
HDL-c (mg/dL)	42 (24-84)	39 (16-63)	0,377
LDL-c (mg/dL)	119 $\pm$ 44	114 $\pm$ 41	0,623
Triglyceride (mg/dL)	131 (53-457)	163 (42-511)	0,224
Serum creatinine (mg/dL)	0,85 (0,5-1,3)	0,88 (0,5-1,2)	0,675

Hemoglobin, g/dL	13,7±1,9	13,9±1,6	0,767
WBC	8,43±2,64	8,43±2,01	0,625
Platelet (10 3/ml)	251±70	263±78	0,497
Fragmented QRS % (n)	41,9 (26)	73,1 (19)	0,008

Pearson Chi-Square Test (Exact)- Independent T Test (Bootstrap)- Mann Whitney U Test (Monte Carlo) / SD.: Standart deviation- IQR: Interquartile Range. eHDL-c, high-density lipoprotein cholesterol; LDL-c, low-density lipoprotein cholesterol; WBC:White blood cell

Logistic regression analysis showing independent factor associated with FFR

Variables	Odds ratio	95% C.I.for Odss Ratio	P Value
Gender, female % (n)	0,707	0,272-1,841	0,478
Age (years)	1,032	0,984-1,082	0,194
Diabetes % (n)	0,655	0,250-1,712	0,388
Hypertension % (n)	0,804	0,321-2,012	0,641
Hyperlipidemia % (n)	0,750	0,294-1,912	0,547
Smoking % (n)	0,746	0,240-2322	0,613
Atrial fibrillation % (n)	1,724	0,183-16210	0,634
Total cholesterol (mg/dL)	1,001	0,990-1,011	0,881
HDL-c (mg/dL)	0,977	0,937-1,018	0,259
LDL-c (mg/dL)	0,997	0,986-1,008	0,619
Triglyceride (mg/dL)	1,003	0,999-1,008	0,122
Serum creatinine (mg/dL)	0,339	,026-4,498	0,412
Hemoglobin, g/dL	1,040	0,806-1,340	0,764
WBC	0,953	0,785-1,155	0,621
Platelet (10 3/ml)	1,002	0,996-1,009	0,493
Fragmented QRS % (n)	0,266	0,098-0,725	0,010

C.I.: Confidence Interva- (eHDL-c, high-density lipoprotein cholesterol; LDL-c, low-density lipoprotein cholesterol; WBC:White blood cell

SB-48

THE RELATIONSHIP BETWEEN VENTRICULAR TACHYCARDIA AND FIBRILLATION OCCURRING WITHIN THE FIRST 48 HOURS IN PATIENTS WITH ACUTE ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND IN-HOSPITAL MORTALITY AND CARDIOPULMONARY ARREST

Evliya Akdeniz¹, Barış Şimşek¹, Veysel Ozan Tanık², Mehmet Saygı¹, Levent Pay¹, Kemal Emrehan Parsova¹, Furkan Durak¹, Ahmet Çağdaş Yumurtas¹, Osman Uzman³, Duygu İnan¹, Duygu Genç¹, Can Yücel Karabay¹

¹Dr. Siyami Ersek Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital, Cardiology, Istanbul

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Cardiology, Istanbul

³Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Training and Research Hospital, Cardiology, Istanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Arrhythmic complications in patients with acute coronary syndromes during hospitalization are not uncommon conditions in cardiology practice. Particularly, short and long term mortality may be affected adversely by arrhythmias originating from ventricle. In our retrospective study, we investigated the effect of primary ventricular arrhythmias (Ventricular Tachycardia and Ventricular Fibrillation) (VT and VF), which occurred within the first 48 hours from the time of hospitalization, on the primary outcome of in-hospital mortality and resuscitated cardiopulmonary arrest in patients with acute coronary syndrome accompanied by ST segment elevation on surface electrocardiogram.

YÖNTEM: In our single center and retrospective study, among 18 year-old and older patients who presented to Sağlık Bilimleri University Dr. Siyami Ersek Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital emergency department with symptoms suggesting ischemia and were admitted to hospital with the diagnosis of acute coronary syndrome, patients with ≥ 1 mm persistent ST segment elevation at least two consecutive leads on surface electrocardiogram were included into the study. Primary endpoint was in-hospital mortality and resuscitated cardiopulmonary arrest.

BULGULAR: 1137 patients were included into the study. VT/VF (Primary VT/VF) which occurred within the first 48 hours from the time of hospitalization was observed in 8.2 percent of patients (93 patients), new onset of atrial fibrillation and at least second degree atrioventricular block (AVB) were observed 7.3% and 3.1%, respectively (83 and 35 patients, respectively). Previous MI history (3.47 OR, %95 CI 1,41-8,55 p=0,0068, LASSO regression coefficient: 0.388), KILLIP class at the time of admission (1.52 OR, %95 CI 0,94-2,45 p=0,0813, LASSO regression coefficient:0.627), Primary VT/VF (4.02 OR, %95 CI 1,44-11,21 p=0,0077, LASSO regression coefficient: 0.440), left ventricle ejection fraction measured by transthoracic echocardiography before discharge (0.88 OR, %95 CI 0,78- 0.99 p=0,0444, LASSO regression coefficient: -0.032) and serum CRP level (1.81 OR, %95 CI 0,22-14,53 p=0,57, LASSO regression coefficient:0.036) were independent predictor of inhospital mortality and resuscitated cardiopulmonary arrest.

TARTIŞMA VE SONUÇ: VT and VF occurring within the first 48 hours from the time of hospitalization are independent predictors of in-hospital mortality and resuscitated cardiopulmonary arrest events in patients with ST segment elevation acute MI.

SB-49

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM İLE TEDAVİ EDİLEN ÇOKLU KORONER LEZYONU OLAN HASTALARDA TÜM NEDENLİ ÖLÜMLERİN SYNTAX II SKORU TEDAVİ ÖNERİSİNE GÖRE RETROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

Cengiz Burak¹, İbrahim Yıldız², İbrahim Rencüzoğulları¹

¹Kafkas Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kars

²Osmaniye Devlet Hastanesi, Kardiyoloji, Osmaniye

GİRİŞ VE AMAÇ: SYNTAX skoru, koroner lezyonların kompleksliği, yeri ve fonksiyonel etkileri dikkate alınarak hesaplanan ve tedavi seçenekleri açısından rehber niteliğinde olan bir skordır. SYNTAX II skoru, yakın zamanda geliştirilmiş, SYNTAX skorunu da içeren iki anatomik ve 6 klinik özelliği barındıran, revaskülarizasyon stratejisi açısından yönlendirici, mortalite açısından valide edilmiş bir skordur. Günümüzde Syntax II, kılavuzlarca revaskülarizasyon stratejisinin belirlenmesinde ana faktör olarak önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, SYNTAX II'nin kullanılmadığı, perkütan koroner girişim (PKG) kararının kalp ekibi tarafından alınıp, PKG'nin uygulandığı hastaların kararının retrospektif olarak SYNTAX II ile değerlendirilmesi ve kalp ekibinin kararının SYNTAX II ile karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM: 2012-2016 yılları arasında Kafkas Üniversitesi ve Osmaniye Devlet Hastanesi kardiyoloji kliniklerinde çoklu damar ve/veya LMCA lezyonları nedeniyle PKG yapılan 265 hasta retrospektif olarak incelendi ve tüm nedenli mortalite verileri elde edildi. Hastaların SYNTAX II skoru retrospektif olarak hesaplandı. Hastalar SYNTAX II skorunun önerdiği şekilde 'PKG önerilen hastalar', 'CABG önerilen hastalar' ve 'CABG veya kompleks PKG önerilen hastalar' olarak 3 gruba ayrıldı. Hastaların sonuçları ve mortalite verileri gruplar arasında karşılaştırıldı. **BULGULAR:** Periferik arter hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalar, CABG veya PKG önerilen grup olan SYNTAX II skoru yüksek hastalarda daha yüksekti. SYNTAX II PKG ve CABG skorları, CABG' nin önerildiği grupta sırasıyla 37.19 ve 25.52 idi. SYNTAX II PKG ve CABG skorları PKG önerilen hastalarda sırasıyla 25.35 ve 12.97 idi. PKG önerilen grupta ölüm yoktu, CABG önerilen grupta 9 (% 13,8) ölüm ve CABG veya PKG önerilen grupta 10 (% 6,6) ölüm olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kalp takımına göre PKG uygulanan hastaları değerlendiren bu çalışma, SYNTAX II skoruna göre 'CABG önerilen' veya 'PKG veya CABG önerilen' (SYNTAX II' ye göre direkt PKG önerilmeyen) hastaların mortalitesinin oldukça yüksek olduğunu gösterdi. SYNTAX II kompleks koroner lezyonları olan stabil hastalarının tedavi modalitelerinin belirlenmesinde kantitatif bir skordur. SYNTAX II öncesi dönemde koroner kompleksiteyi belirleyen SYNTAX skoru yanında kalp takımının kararı tedavi modalitesini belirleyen temel belirteç idi. Bizim çalışmamızda, kalp takımının PKG önermesine rağmen SYNTAX II skorunun PKG önermediği hastalarda mortalitenin daha yüksek olması; revaskülarizasyon stratejisinin belirlenmesinde, SYNTAX II'nin bireysel veya lokal kalp takımlarına tercih edilmesi gerektiğinin bir bulgusu olabilir.

Table

Tablo. Tüm hastaların ve SYNTAX II skoruna göre gruplandırılmış hastaların demografik özellikleri, SYNTAX, SYNTAX II skorları ve tüm nedenli ölüm verileri.

	PKG yapılmış hastaların SYNTAX II skoruna göre revaskülarizasyon önerisi				p değeri
	Tüm hastalar n=265	PKG (n=50)	CABG veya PKG (n=150)	CABG (n=65)	
Yaş (yıl)	61.02 ±13.15	53.60 ±12.34	65.99 ±11.53	65.23 ±12.32	0.000
Erkek n (%)	180 (67.90)	30 (60)	123 (82)	27 (41.50)	0.000
VKI (kg/m ²)	29.05 ±6.86	30.69 ±6.80	28.43 ±6.83	29.21 ±6.86	0.127
Diyabet n (%)	55 (20.8)	10 (20.0)	31 (20.7)	14 (21.5)	0.979
HT n (%)	139 (52.5)	24 (48.0)	82 (54.7)	33 (50.8)	0.682
Sigara n (%)	119 (44.9)	28 (56.0)	63 (42.0)	28 (43.1)	0.214
ACEi / ARB n (%)	67 (25.3)	15 (30.0)	37 (24.7)	15 (23.1)	0.675
KKB n (%)	27 (10.2)	8 (16.0)	15 (10.0)	4 (6.20)	0.222
β-Bloker n (%)	19 (7.2)	3 (6.0)	14 (9.3)	2 (3.1)	0.247
Statın n (%)	46 (17.4)	7 (14.0)	28 (18.7)	11 (16.9)	0.748
ASA n (%)	48 (18.1)	9 (18.0)	27 (18.0)	12 (18.5)	0.996
PAH n (%)	137 (51.7)	3 (6.0)	96 (64.0)	38 (58.5)	0.000
KOAH n (%)	137 (51.7)	16 (32.0)	102 (68.0)	19 (29.2)	0.000
LVEF (%)	52.7 ±9.62	52.96 ±8.58	52.72 ±9.97	52.45 ±9.72	0.960
eGFR (ml/dk)	95.72 ±44.66	126.64 ±47.63	84.09 ±37.66	96.76 ±45.97	0.000
SYNTAX skoru	19 12-25	15 9-22	19 12-26	20 15-26	0.013
SS II PKG	36.94 ±10.39	25.35 ±5.53	40.69 ±9.03	37.19 ±9.73	0.000
SS II CABG	34.26 ±14.35	12.9 10.6-27.8	42.8 35.4-49.5	25.5 20.7-30.4	0.000
Tüm nedenli ölüm n (%)	19 (%7.17)	0 (%0)	10 (%6.67)	9 (%13.84)	0.000

PKG; perkütan koroner girişim, CABG; koroner arter by-pass cerrahisi, VKI; vücut kitle endeksi, HT; hipertansiyon, PAH; periferik arter hastalığı, KOAH; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, LVEF; sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, SS II; SYNTAX II skoru.

SB-50

ICD YA DA CRT-D'Sİ OLUP DEFİBRİLATÖR ŞOKU YA DA KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ İLE KORONER YOĞUN BAKIMA YATIRILAN HASTALARDA MELD-Xİ SKORUNUN HASTANE İÇİ VE 1 YILLIK MORTALİTEYİ ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ-RETROSPEKTİF TEK MERKEZ DENEYİMİ

Orçun Çiftci, Bülent Özin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: MELD-XI (Model for End-Stage Liver Disease Excluding INR) skoru, kalp yetersizliği gibi kardiyak ve kardiyak olmayan çeşitli hastalıklarda hastane içi mortaliteyi öngörebilen bir skordur. Bu çalışmada implante edilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) ya da defibrilatörlü kardiyak resenkronezasyon tedavisi (CRT-D) takılan ve doğru şok/elektriksel fırtına ya da kalp yetersizliği ile koroner bakıma yatırılan hastalarda MELD-XI skorunun hastane içi ve 1 yıllık toplam sağkalıma olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: ICD veya CRT-D cihazı takılmış ve dekompanse kalp yetersizliği ya da cihaz şoku/elektriksel fırtına nedeniyle Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne 01 Ocak 2013 ile 01 Kasım 2018 tarihleri arasında yatırılan hastalar MELD-XI skoru yönünden değerlendirildiler. MELD-XI skoru, hastane içinde ve 1 yıl içerisinde ölen ve yaşayan hastalar arasında karşılaştırıldı. MELD-XI skorunun hastane içi mortalite ile korelasyonu ve hastane içi mortalitenin bağımsız öngördürücüsü olup olmadığı araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 67 hastaya ait toplam 106 koroner bakım yatış epizodu alındı. Hastaların 52 (%77.6) erkek ve 15 (%22.4) kadındı. Ortalama yaş 64.8 (19-93) idi. Hastaların kalp yetersizliği etiyolojileri 43 (%64.2) hastada iskemik, 24 (%35.8) hastada noniskemik kardiyomiyopati idi. Cihaz takılma endikasyonları 25 (%37.3) hastada ilerleyici kalp yetersizliği (CRT-D'li hastalar), 31 (%46.3) hastada primer aritmik koruma ve 11 (%16.4) hastada sekonder aritmik koruma idi. Yatış epizodlarının 88(%83.0)'i dekompanse kalp yetersizliği ve 18 (%17.0)'i uygun cihaz şoku veya elektriksel fırtına nedeni ile yapılmıştı. Hastaların ortanca yatış süresi 6 (min 2-maks 118) gündü. Hastaların toplam 16 (%15.1)'si hastanede öldü, 24 (% 22.6)'ünde ise total mortalite görüldü. Ortalama MELD-Xİ skoru 12.78 ± 5.80 idi. MELD-Xİ skoru hastane içinde ölen hastalarda yaşayanlara kıyasla anlamlı oranda daha yüksekti (11.80 (0.59-28.98)'e karşılık 15.24 (9.11-24.64); $p < 0.05$) ancak tüm ölen hastalar ve yaşayan hastalar arasında MELD-Xİ yönünden anlamlı fark yoktu (11.80 (0.59-28.98)'e karşılık 14.87 (2.71-24.64); $p > 0.05$). Tek değişken analizde MELD-Xİ skoru hastane içi ölümle anlamlı ilişkili iken ($r = 0.242$; $p < 0.05$) toplam ölüm ile anlamlı ilişkili değildi. İkili lojistik regresyon analizinde MELD-Xİ skoru hastane içi ölümün bağımsız prediktörüydü ($X^2 = 1.229$ (%95 GA 1.06-1.43); $p < 0.05$). MELD-Xİ skorunun ≥ 13.88 olması hastane içi ölümü %68,8 duyarlılık ve % 65,6 özgüllük ile öngörebilmekteydi (AUC= 0.695 (%95 GA 0.57-0.82); $p < 0.05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: MELD-Xİ skoru, kalp yetersizliği ya da uygun cihaz şoku veya elektriksel fırtına ile hastaneye yatan ICD ve CRT-D hastalarında hastane içi ölümü iyi şekilde öngörebilen, az parametre ile hesaplanan görece basit ve kullanışlı bir test olabilir. Bu konuda ileri çalışmalara gereksinim vardır.

SB-51

İLK AKUT KORONER SENDROM ATAĞI GEÇİREN HASTALARDA LDL-K DEĞERLERİNİN YAŞA GÖRE DEĞİŞİMİ

Deniz Demirci, Duygu Ersan Demirci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

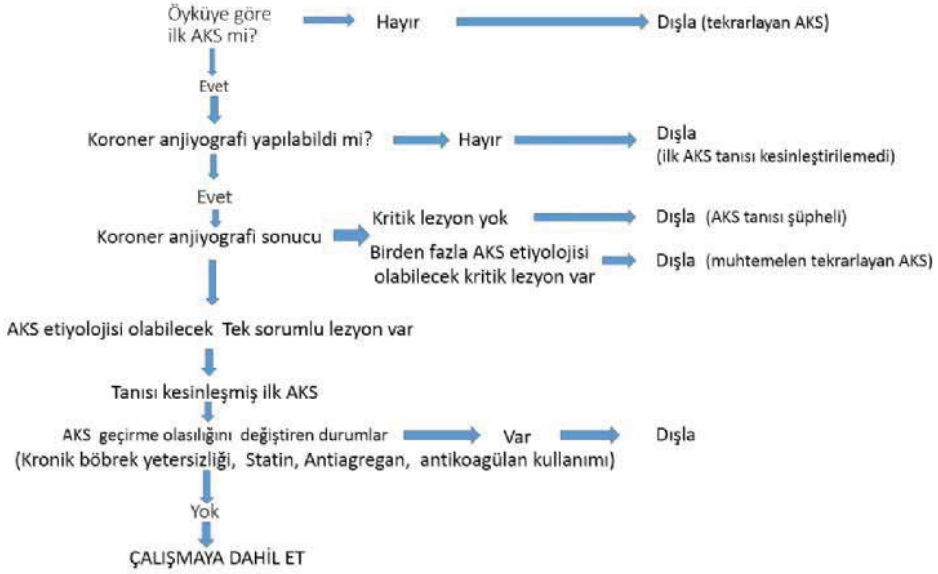
GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) değerlerinin yüksek olması önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir. Kolesterol hipotezinde yakın zamanlarda kolesterol yükünün önemi üzerine hipotezler önerilmektedir. Kolesterol yükü LDL-K değeri ve buna maruziyet süresini bir göstergesidir. Bu çalışmada ilk AKS atağı ile başvuran hastalarda yaş ve LDL-K değerleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

YÖNTEM: Bu çalışma, koroner yoğun bakım ünitesine 2014 – 2019 yılları arasında AKS tanısı ile kabul edilen erişkin (>18 yaş) hastalarda yapılan, kesitsel gözlemsel bir değerlendirmedir. Çalışmaya, ilk AKS tanısı kesinleştirilmiş ardışık hastalar dahil edildi. Hastaların yatış süresinde yüz yüze görüşme, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile risk faktörleri saptandı. Hastalar 60 yaş altı 60-74 yaş ve 75 yaş üstü olmak üzere üç grupta değerlendirildi, LDL değerlerini 60 yaş ve üstü iki grup olarak karşılaştırıldı. Bilinen geçirilmiş kardiyovasküler olay öyküsü, aterosklerotik hastalık, kronik renal hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, malignite varlığı; AKS geçirme ihtimali etkileyeceği düşünülen ilaç (statin, antiagregan, antikoagülan) kullanımı, herhangi bir nedenle hasta ile sözlü iletişimin kurulamadığı ve kesin tıbbi öykü alınamadığı durumlar, herhangi bir nedenle koroner anjiyografi (KAG) yapılamamış olması (AKS tanısı anjiyografik olarak teyit edilemediği için) dışlama kriterleri olarak kabul edildi.

BULGULAR: 1047 hasta çalışmaya dahil edildi. İlk AKS geçirme yaşı ile LDL-K değerleri arasında istatistiksel olarak çok anlamlı olmakla birlikte zayıf bir korelasyon vardı ($p < 0,001$, $r: -0,121$). LDL kolesterol değerlerinde 60 yaş altı ve 60 yaş üstü hastalar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Diğer kolesterol parametrelerinde de < 60 yaş hastalarda dislipidemik özelliklerde artış saptandı (tablo 1). DM ve HT varlığı ise > 60 yaş hastalarda daha fazla idi. Sigara içiciliği yine 60 yaş hastalarda belirgin yüksekti ($p < 0,001$)

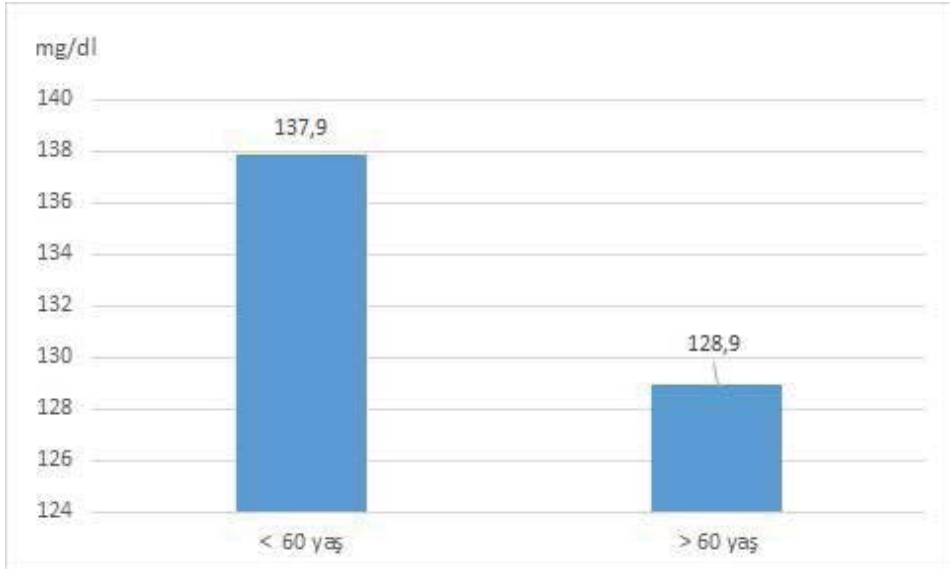
TARTIŞMA VE SONUÇ: Yüksek LDL-K seviyeleri daha genç yaşta AKS ile sonuçlanıyor. Daha ileri yaşta AKS geçiren hastalardaki LDL-K seviyesi görece düşük olması bu hastalarda daha uzun sürede AKS eşğini aşılabildiğini düşündürmektedir. Bu bulgular kardiyovasküler olayların önlenmesinde ya da geciktirilmesinde maruz kalınan kolesterol yükünün azaltılmasının önemini vurgulamaktadır.

Şekil 1) Çalışma dizaynı, İlk AKS tanısının netleştirilmesi



AKS: Akut Koroner Sendrom

Şekil 2) LDL-K değerlerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması



P < 0,001 LDL-K: Low density lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Kolesterol)

Tablo 1) Genel Özellikler

	< 60 yaş	> 60 yaş	
LDL (mg/dl, ss)	137,88 ± 42,26	128,99 ± 35,14	0,001
Total-K (mg/dl, ss)	210,28 ± 52,32	197,29 ± 40,99	< 0,001
HDL (mg/dl, ss)	41,85 ± 11,06	44,77 ± 12,32	< 0,001
VLDL (mg/dl, ss)	34,44 ± 26,43	25,62 ± 17,42)	0,010
Non- HDL (mg/dl, ss)	164 ± 51,32	155,42 ± 40,62)	0,049
TG (mg/dl, ss)	172,36 ± 138,09	130,28 ± 90,83)	<0,001
DM (n, %)	150 (24,3)	111 (30,70)	0,028
HT (n, %)	190 (30,6)	180 (50,1)	<0,001
Male (n, %)	561 (85,6)	283 (72,2)	<0,001
Sigara (n %)	544 (84,2)	227 (59,4)	<0,001

DM:Diabetes Mellitus, HDL:High Density Lipoprotein (Yüksek yoğunluklu lipoprotein), HT:Hipertansiyon, K: kolesterol LDL:Low density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein), TG:Trigliserit

SB-52

ST-ELEVASYONLU MİYOKARD İNFARKTÜSÜ HASTALARINDA YENİ OLDUĞU VARSAYILAN SAĞ VEYA SOL DAL BLOĞUNUN PROGNOSTİK ÖNEMİ

Flora Özkalaycı¹, Berhan Keskin², Aykun Hakgör², İbrahim Halil Tanboğa¹, Ali Karagöz², Vecih Oduncu³, Cihangir Kaymaz²

¹Hisar İnterkontinental Hospital, İstanbul

²Kartal Koşuyolu Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

³Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Park Fatih, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Yeni olduğu düşünülen dal bloğu ile başvuran ST- elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) hastalarında prognozun daha kötü olduğu düşünülmektedir. Ancak, sağ dal(RBBB) veya sol dal (LBBB) bloğunun ayrı ayrı prognostik önemi hakkında tartışmalı yayınlar mevcuttur. Bizde bu çalışmamızda, primer perkütan girişim (pPKG) yapılan STEMI hastalarında yeni olduğu varsayılan RBBB veya LBBB'nin kısa dönem istenmeyen olaylarla ilişkisini saptamayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup, pPKG uygulanan STEMI hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Geliş EKG sinde sağ veya sol dal bloğu olan hastaların, eski EKG'si olanlar tekrar gözden geçirildi. Eski EKG'sinde dal bloğu varlığı, yeni dal bloğu olarak kabul edilmedi. Hastalar 1 aylık takip sonunda ölüm, MI ve stroke açısından sorgulandı. Ölüm, tekrarlayan MI (re-MI) ve stroke birleşiminden oluşan sonlanım majör istenmeyen kardiyovasküler olaylar (MACE) olarak tanımlandı. 1 aylık MACE riskini tahmin etmede hangi aday prediktörlerin, MACE ile ilişkili olduğunu saptamak için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı.

BULGULAR: Çalışmamıza 3058 pPKG uygulanan STEMI hastası alındı (yaş ortalaması 58.7±11.9, erkek cinsiyet %77.7 idi). Hastaların 134'ünde (%4.4) sol dal bloğu, 67'sinde (%2.2) sağ dal bloğu vardı. Dal bloğu olan hastalar daha yaşlı olup, hemoglobin, glomeruler filtrasyon hızı, ejeksiyon fraksiyon değerleri daha düşük, ve diabet sıklığı daha fazlaydı. Bir aylık takip sonunda hastaların %4.8'inde ölüm, %2.6'sında re-MI/Stent trombozu, % 0.5'inde stroke izlendi. MACE hastaların %7.6'sında gözlemlendi. Tek değişkenli analizde hem RBBB (OR=4.41, %95 GA, 2.50-7.78, p<0.001) hem LBBB (OR=3.36, %95 GA, 2.15-5.25, p<0.001) MACE ile güçlü bir şekilde ilişkiliydi. 1 aylık MACE riskini predikte etmek için yapılan lojistik regresyon analizinde sağ dal bloğu önemli bir prediktör olarak saptandı (OR=2.63, %95 GA, 1.01-7.10, p=0.049), ancak sol dal bloğu (OR=1.09, %95 GA, 0.49-2.37, p=0.831) 1 aylık MACE ile ilişkili bulunmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: STEMI hastalarında yeni olduğu varsayılan RBBB'u 1 aylık MACE riski ile ilişkili iken, LBBB'u ilişkili bulunmadı

SB-53

YARDIMCI ÜREME TEKNOLOJİSİ İLE OLUŞAN TEKİL GEBELİKLERDE GELİŞEN HİPERTANSİF HASTALIKLARIN OBSTETRİK VE PERİNATAL SONUÇLARI

Alparslan Deniz

Özel Manavgat Kadın Doğum Kliniği, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ: Son dönemde artan kanıtlar yardımcı üreme teknolojisi (ART) ile gebe kalan kadınlarda obstetrik ve perinatal olumsuz sonuç riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, spontan gebeliklere oranla yardımcı üreme teknolojisi ile gebe kalan kadınlarda gelişen hipertansif hastalıklarda obstetrik ve perinatal sonuçlarla ilgili çok az şey bilinmektedir.

YÖNTEM: Retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmada yardımcı üreme teknolojisi ile hamile kalan hipertansif hastalık (HT) ile komplike olmuş 130 gebe (ART-HT) ve normotansif 130 gebe (ART-NT) ile spontan gebe kalan hipertansif hastalık ile komplike 158 gebe (SG-HT) ve normotansif 158 gebenin (SG-NT) sonuçları incelenmiştir. Veri analizinde Windows için IBM SPSS Statistics, Sürüm 22.0, ki-kare ve tekyönlü ANOVA kullanıldı, önem seviyesi $\alpha = 0.05$ alındı.

BULGULAR: ART-HT grubunda preeklampsi %12.30, antepartum kanama %9.23, gestasyonel diabetes %9.23, acil sezaryen gereksinimi %26.92, preterm doğum %11.53, düşük doğum ağırlığı %18.46, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi %4.61 olarak tespit edildi. ART-NT grubunda preeklampsi %5.38, antepartum kanama %4.61, gestasyonel diabetes %3.84, acil sezaryen gereksinimi %19.23, preterm doğum %6.92, düşük doğum ağırlığı %7.69, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi %2.30 olarak tespit edildi. SG-HT grubunda preeklampsi %6.96, antepartum kanama %6.96, gestasyonel diabetes %4.43, acil sezaryen gereksinimi %18.98, preterm doğum %8.86, düşük doğum ağırlığı %12.65, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi %1.89 olarak tespit edildi. SG –NT grubunda preeklampsi %3.79, antepartum kanama %1.89, gestasyonel diabetes %1.26, acil sezaryen gereksinimi %15.82, preterm doğum %3.79, düşük doğum ağırlığı %3.79, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi %1.26 olarak tespit edildi. ART-HT grubunda diğer gruplara göre preeklampsi, gestasyonel diabetes, acil sezaryen gereksinimi gibi obstetrik ve preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğan yoğun bakım gereksinimi gibi perinatal olumsuz sonuçlar daha yüksek tespit edildi. Hipertansif gruplara bakıldığında sistolik 150mmHg ve diastolik 100mmHg üzeri kan basıncı olan hastalar incelendiğinde ART-HT grubunda SG-HT grubuna göre; acil sezaryen gereksinimi %90'a %62.5, preeklampsi gelişimi %50'ye %37.5, gestasyonel diabetes gelişimi %60'a %37.5 ve antenatal kanama %50'ye %25 gibi olumsuz obstetrik sonuç riski daha yüksek ve preterm doğum %60'a %37.5, düşük doğum ağırlığı %40'a %25 gibi olumsuz perinatal sonuç riski daha yüksek izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu çalışma bulguları ART sonrası gelişen hipertansif hastalıklarda olumsuz obstetrik ve perinatal sonuç riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Özellikle hipertansiyonun kontrol edilemediği ve sistolik kan basıncı 150 diastolik kan basıncı 100 ve üzeri olan ART gebe hastalarda olumsuz obstetrik ve perinatal sonuç riski çok arttığı için bu hastaların obstetri ve kardiyoloji hekimlerince multidisipliner bir yaklaşımla yakından izlenmesi ve hipertansiyonun kontrol altına alınması gerekmektedir.

SB-54

PULMONER EMBOLİ VAKALARINDA KLİNİK, LABORATUAR BULGULARININ VE PROKALSİTONİN DEĞERİNİN ERKEN TANI VE MORTALİTEYE ETKİSİ

Akif Nuri Doğan

Hisar intercontinental Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Pulmoner emboli tanısı alan hastalarımızda klinik, laboratuvar, Prokalsitonin değeri ve radyolojik bulguların ilk 48 saatte tanı ve ilk 30 günde mortalite üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Hisar İntercontinental hastanesine başvuran, klinik laboratuvar ve pulmoner BT anjio(PABTA) ile tanı alan 395 pulmoner emboli(PE) hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Ateş, göğüs ağrısı, dispne varlığı, prokalsitonin, crp,troponin t, proBNP, d-dimer, PA akciğer grafisi, alt extremitte venöz dopler US(AEVDUS), ekokardiyografi, trombofili paneli, seyahat, majör cerrahi öyküsü, ek hastalık varlığı değerlendirildi. Prokalsitonin değerlerine göre hastalar <0,25 ng/dl ve 0,25 ng/dl ve üstü olarak 2 gruba ayrıldı. Semptomların başlamasından 48 saat sonra tanılana grup, gecikmiş tanı grubu kabul edildi. Bulguların ilk 30 gündeki mortalite ile ilişkisi değerlendirildi. Veri analizi SPSS programında Mann whitney U, Pearson Ki-kare Testi, Fisher Exact Testleriyle yapıldı

BULGULAR: Hasta grubunun yaş ortalaması 51,41±14,09'dur, %40,3'ü kadın ve %56,9'u erkekti, CRP değeri 2,26±2,16 ve prokalsitonin değeri 0,56±0,88 olarak belirlendi. %36,8'inde (n=106) pulmoner basınç 35 mm Hg üstü, %15,8'inde (n=45) sağ ventrikül/sol ventrikül oranı 0,9 üzeri, %27,8'inde (n=79) ateş yüksek, ilk 30 günde mortaliteyle laboratuvar bulguları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; trombofili paneli pozitifliği, prokalsitonin, CRP, MPV, troponin-t, ateş, d-dimer ve pro-BNP yüksekliği ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Ekokardiyografide pulmoner basınç (PAB) yüksek (>35mmHg) (p=0,006) ve RV/LV oranı >0,9 (p=0,012) olanlarda mortalite daha yüksekti. X-ray'de infiltrasyon, AEVDUS' de derin ven trombozu, ilk 48 saatte tanı alma, anti-koagülan, seyahat, cerrahi öyküsüyle erken mortalite arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Ancak prokalsitonin 0,25 ng/ml'den yüksek olan hastalarda AEVDUS normal oluşunun geç tanıya neden olduğu saptandı (p<0,001). Ek hastalığı olanlarda (p=0,034) ve X-ray incelemede infiltrasyon tespit edilmeyenlerde (p=0,001) ilk 30 günde mortalite oranları daha yüksek bulundu. Ateş 38o C üstünde olması (p<0,001) ve X-ray'de infiltrasyon bulunması (p<0,001) 48 saatten daha geç tanı alma ile anlamlı şekilde ilişkili bulundu. X-ray'de infiltrasyon olanlarda prokalsitonin seviyesiyle ilk 30 günde mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Düşük prokalsitonin seviyesiyle 48 saat içinde tanı ilişkili bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ateş, göğüs ağrısı, dispne semptomları ile başvuran hastalarda ateş, X-ray'de infiltrasyon, prokalsitonin değerinin yüksek oluşu ve prokalsitonin 0,25 ng/ml'den yüksek olan hastalarda AEVDUS negatifliğinin, tanıyı geciktirdiği saptandığından, bu grup hastalarda tek başına X-ray ve dopler USG ile tanı dışlanması uygun değildir, PABTA yapılmalıdır. Prokalsitonin 0,25 ng/ml den küçük oluşu, RV/LV genişliği oranının 0,9'dan büyük oluşu, ek hastalık varlığı, PAB'ın 35 mmHg'den yüksek oluşu dışındaki klinik ve laboratuvar bulgularla 30 günlük mortalite ilişkili bulunamamıştır.

SB-55

TRANSKATETER AORT KAPAK REPLASMANI YAPILAN HASTALARDA İŞLEM YERİ KANAMASI VE KAN TRANSFÜZYONUNUN ÖN GÖRDÜRÜCÜLERİ NELERDİR ?

Kamil Gülşen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Transkateter aort kapak replasmanı (TAVR) yapılan hastalarda giriş yeri kanaması sık görülen bir komplikasyondur. Daha önce yapılan çalışmalarda işlem sonrası kanama ve kan transfüzyonunun mortalite artışına ve hastanede yatış süresinde uzamaya neden olduğu gösterilmiştir. Günlük pratik uygulamada giriş yeri bölgesi kanaması ve kan transfüzyonu ihtiyacı yönünden artmış riskli olan hastaları ön görebilmek işlem öncesi bazı tedbirlerin alınması için önemlidir. Bu çalışmada tek merkezde TAVR işlemi yapılan hastalarda giriş bölgesi kanaması ve kan transfüzyonu ön gördürücülerinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya merkezimizde 2013 ve 2018 yılları arasında TAVR yapılan hastalar dahil edildi. İşlem giriş yeri kanaması giriş bölgesine kanama nedeni ile ek bir işlem uygulanması (cerrahi ya da perkutan), kanama nedeni ile işlem bölgesine uzun süreli kompresyon ihtiyacı olması ve/veya sonrasında hematoma oluşması olarak belirlendi. Tüm hastaların demografik özellikleri not edildi. İşlem sonrası kan transfüzyonu yapılan hastalar tespit edildi. İşlem yeri kanaması ve kan transfüzyonu ön gördürücülerini tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı

BULGULAR: Çalışmaya toplamda 151 hasta (76 kadın [% 50.3] ortalama yaş 78.3 ± 7.4) dahil edildi. Toplamda 38 (% 25,1) hastada işlem giriş yeri kanaması geliştiği ve 67 (% 44) hastada kan transfüzyonu yapıldığı saptandı. İşlem bölgesi kanaması yönünden tek değişkenli lojistik regresyon analizinde sadece beden kitle indeksi (OR 1,125 [CI 1,031-1,227 p= 0,008]) istatistiksel anlamlı öngördürücü olarak saptandı. Cinsiyet, yaş, işlem öncesi kreatinin düzeyi, beden kitle indeksinin hesaba katıldığı çok değişkenli lojistik regresyon analizinde diğer faktörler anlamlılık düzeyine ulaşmazken beden kitle indeksi istatistiksel anlamlı (OR 1,128 [CI 1,030-1,235 p= 0,01]) olarak işlem yeri kanamasının bağımsız ön gördürücüsü olarak saptandı. Kan transfüzyonu için yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizinde sadece işlem öncesi hemoglobin düzeyi (OR 0,550 [CI 0,425-0,712 p<0,0001]) istatistiksel anlamlı düzeyde transfüzyonu ön görebilirken; cinsiyet, yaş, işlem öncesi kreatinin düzeyi, işlem öncesi hemoglobin düzeyi, beden kitle indeksi, STS skoru'nun hesaba katıldığı çok değişkenli lojistik regresyon analizinde sadece işlem öncesi hemoglobin düzeyi (OR 0,497 [CI 0,370-0,666 p <0,000]) kan transfüzyonunun bağımsız ön gördürücüsü olarak saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda işlem bölgesi kanaması için beden kitle indeksi, kan transfüzyonu için işlem öncesi hemoglobin düzeyi bağımsız ön gördürücü olarak saptandı.

SB-56

NONSTEMİ HASTALARINDA SERUM ÜRİK ASİT DÜZEYLERİNDEKİ DEĞİŞİMLERİN RİSK SKORLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Oğuzhan Birdal

Horasan Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Erzurum

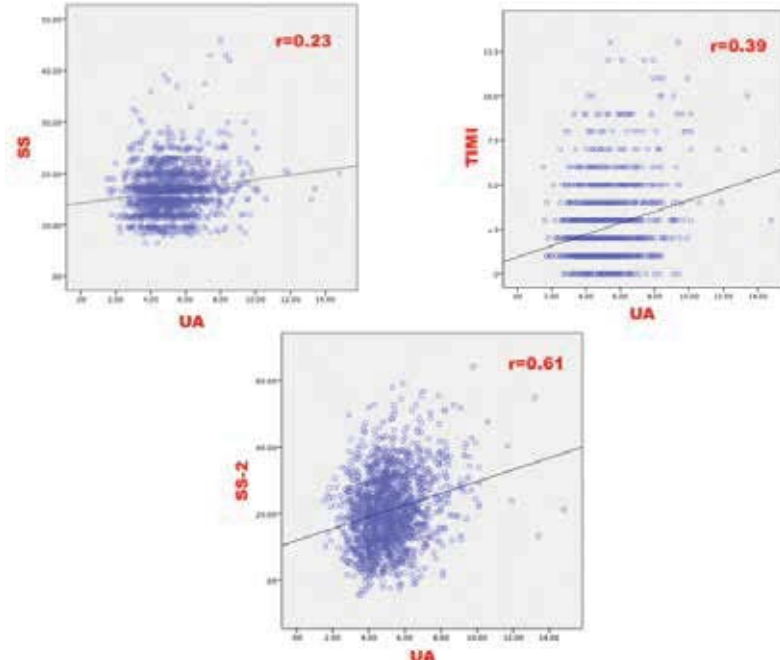
GİRİŞ VE AMAÇ: Non-ST segment elevasyonlu miyokardiyal infarktüs (NONSTEMİ) hastalarında Serum ürik asit(UA) düzeylerindeki değişimlerin advers olaylarla ilişkisi iyi bilinmesine rağmen UA düzeyinde ki artışların risk skorlarına etkisi net değildir. Biz bu çalışmada NONSTEMİ hastalarında serum UA düzeylerinin TIMI, SS ve SS-2 ile korelasyonlarını araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmaya NONSTEMİ tanısıyla başvuran hastalar dahil edilmiştir. Hastaların bazal UA düzeyleri not edilmiş ve UA düzeyindeki değişimlerin risk skorlarına etkileri incelenmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 1430 NONSTEMİ hastası dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 62.5 ve %71'i erkekti. UA düzeyleri ile TIMI risk skoru ve SS ile UA arasında zayıf düzeyde korelasyon mevcutken SS-2 arasında orta derece korelasyon tespit edildi (Resim-1).

TARTIŞMA VE SONUÇ: UA düzeyi artmış kardiyovasküler risk ile ilişkilidir ve UA düzeyinde ki değişimler risk skorlarına etki edebilir ve bu etkinin klinik yansıması SS-2 ile daha net ortaya konabilir.

Resim-1



Ürük asit düzeyleri ile risk skorlarının ilişkisi

SB-57

DRUG ELUTING STENTS AND CORONARY BY-PASS SURGERY IN LEFT MAIN CORONARY STENOSİS: EVIDENCE FROM A NETWORK META-ANALYSIS

Arzu Kalaycı

Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States

GİRİŞ VE AMAÇ: There are several studies and meta-analyses on comparison of drug eluting stents (DES) and coronary by-pass surgery (CABG) in patients with unprotected left main coronary disease (ULMCA). However, there are no data evaluating safety and efficacy of DES types and CABG. In this study, we performed network meta-analysis (NMA) to evaluate more efficacious and safer treatment approach to ULMCA disease.

YÖNTEM: Randomized or observational studies comparing at least two types of DES or different types of DES with CABG were considered eligible. Study stents included sirolimus eluting stent, paclitaxel eluting stent, everolimus eluting stent (EES), zotaralimus eluting stent and biolimus eluting stent. The study outcomes are all cause death, cardiovascular (CV) death, myocardial infarction (MI), stroke and target vessel/lesion revascularization (TVR). The prespecified safety endpoints comprised all cause death, cardiovascular death, MI and stroke and the efficacy endpoint was TVR.

BULGULAR: A total of 19 trials including 10503 patients were analyzed in this study. All cause death and CV death were comparable between treatment strategies. Coronary by-pass surgery had having the lowest rate of TVR, EES had having the lowest rate of MI, whereas BES having the highest rates of stroke and MI. Clustered ranking analysis demonstrated that more effective and acceptable treatment seems to be EES in terms of efficacy and safety.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Coronary artery by-pass surgery was associated with favorable outcomes than drug eluting stents. However, everolimus-eluting stent was the most acceptable alternative to CABG in patients with ULMCA

SB-58

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA SAĞ ATRİYUM DİLATASYONU ATRİYAL FİBRİLASYON İLE İLİŞKİLİDİR

Veysel Özgür Barış¹, Hüseyin Göksülük², Cansın Tulunay Kaya², Çetin Ero²

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Birçok gözlemsel çalışmada; atriyal fibrilasyonun (AF), kronik obstrüktif akciğer hastalığında(KOAH) genel popülasyona kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu ilişkiyi açıklayabilecek bir çok mekanizma ileri sürülmüş olmasına rağmen, sağ atriyal dilatasyon ve AF arasındaki ilişki incelenmemiştir. Bu çalışmada, KOAH hastalarında sağ atriyal dilatasyon ile AF arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışmaya, Haziran 2014 ve Haziran 2015 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş 61 KOAH hastası dâhil edildi. Hastaların 36'sı sinüs, 25'i AF ritmindeydi. Sağ atriyal dilatasyonu değerlendirmek amacıyla bilgisayarlı toraks tomografi kullanılarak atriyum boyutları ölçüldü. Triküspit ve mitral anülüs çapları; triküspit anülüs çap / mitral anülüs çap oranı her iki grupta bilgisayarlı tomografi kullanılarak hesaplandı. Çalışmaya organik triküspit kapak hastalığı, şiddetli aort ve mitral kapak hastalığı, kapak protezi olan ve hemodinamik olarak stabil olmayan akut / kronik pulmoner embolisi olan hastalar dahil edilmedi.

BULGULAR: AF grubundaki hastalar daha yaşlı, hipertansif ve daha fazla kalp yetmezliğine sahipti. AF grubunda ekokardiyografi ile ölçülen sistolik pulmoner arter basıncı anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0.001$). Sağ atriyal dilatasyonu gösterebilecek; triküspit anüler çap ve triküspit anülüs çapı / mitral anülüs çapı oranı AF grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($3.16 \text{ cm} \pm 0.60$; $4.62 \text{ cm} \pm 0.8$ $p < 0.001$ / 0.85 ± 0.12 ; 1.26 ± 0.15 $p < 0.001$). Triküspit anüler çapın $3,4 \text{ cm}$ 'den büyük olması AF de iki kat artış ile ilişkili saptandı (OR 2.0 95% CI 1.51-2.63; $p = 0.002$). Ayrıca triküspit anülüs çapının $3,4 \text{ cm}$ ve üzerinde olması KOAH hastalarında AF yi öngördürme duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla% 92 ve% 67 olarak saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu çalışmada, daha önceki çalışmalarda belirtilmeyen, KOAH hastalarında AF ile sağ atriyum dilatasyonu arasında ilişkiyi saptadık. Diğer hastalardan farklı olarak KOAH hastalarında AF patogenezinde pulmoner ven tetiklemesinin yanında sağ atriyum dilatasyonu ve yeniden şekillenmesi de rol alabilir. Ayrıca KOAH tanı ve takibinde sıkça kullanılan toraks tomografisinde sağ atriyal dilatasyonun belirlenmesi ile AF riski yüksek olan hasta grubu önceden belirlenip daha yakından takip ve tedavi edilebilir.

SB-59

AMBULATUAR KAN BASINCI DEĞİŞKENLİĞİ İLE PLAZMA ATEROJENİK İNDEKS ARASINDAKİ İLİŞKİ

Veysel Özgür Barış, Serkan Asil, Özkan Eravcı, Murat Çelik, Hatice Taşkan, Muhammet Geneş, Cem Barçın
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Ambulatuvar kan basıncı takip çalışmalarında Non- Dipper hipertansif (NDHT) bireyler dipper hipertansif (DHT) bireylere göre daha kötü kardiyovasküler sonlanıma sahip olduğu gösterilmiştir. Fakat ambulatuvar kan basıncı değişkenliği ile koroner arter hastalığı arasındaki ilişkiyi gösteren herhangi bir çalışma mevcut değildir. Plazma aterojenik indeks (PAI), büyük ölçekli çalışmalarda koroner arter hastalığının bir belirtici olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bilinen koroner arter hastası olmayan hipertansif bireylerde kan basıncı değişkenliği ile koroner arter hastalığının göstergeci olan PAI arasındaki ilişki araştırılmıştır.

YÖNTEM: 158 hipertansif hasta çalışmaya dahil edildi. 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı takiplerine göre hastalar NDHT ve DHT olmak üzere iki gruba ayrıldı. 49 hasta DHT grubuna dahil edilirken, 109 hasta NDHT grubuna dahil edildi. Hastaların biyokimya, tam kan ve ekokardiyografik tetkikleri yapıldı.

BULGULAR: Her iki grupta yaş, kadın cinsiyet, serum kreatinin, hemoglobin, total kolesterol düzeyleri benzer olarak saptandı. RDW, MPV gibi daha önceki çalışmalarda NDHT bireylerde yüksek saptanan inflamatuvar belirteçler her iki grupta benzer olarak saptanırken, PAI DHT grubunda, NDHT grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($0,250 \pm 0,262$ vs $0,141 \pm 0,262$ p:0,017). Ekokardiyografik karşılaştırmada her iki grubun ejeksiyon fraksiyonu, relatif duvar kalınlığı, sol atriyum çapları benzer iken NDHT grubunda asendan aort çapı anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Koroner arter hastalığının güçlü bir öngördürücüsü olan PAI, DHT grubunda daha yüksek saptanmıştır. NDHT koroner arter hastalığı riskinde artış olmadan kardiyovasküler kötü sonlanım ile ilişkili olabilir. Bu çalışma PAI ile ambulatuvar kan basıncı değişkenliği arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmadır.

Tablo

	Dipper (49)	Non Dipper (109)	p
Women n(%)	17 (34,7 %)	45 (41,3%)	0,433
24 h Ambulatory SBP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	138,16 $\pm$ 16,00 136,00 (20,5)	137,03 $\pm$ 16,99 133,00 (20,50)	0,475
24 h Ambulatory DBP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	84,53 $\pm$ 9,60 84,00 (11,50)	84,33 $\pm$ 12,09 82,00 (14,00)	0,423

Day Time SBP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	143,16 $\pm$ 15,10 141,00 (23,50)	137,80 $\pm$ 17,20 133,00 (17,50)	0,015
Day Time DBP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	89,20 $\pm$ 9,47 88,00 (11,00)	85,66 $\pm$ 12,65 83,00 (13,50)	0,004
Night Time SBP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	119,67 $\pm$ 21,20 123,00 (19,50)	135,55 $\pm$ 17,99 131,00 (21,50)	<0,001
Night Time DBP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	72,02 $\pm$ 9,71 71,00 (12,50)	81,66 $\pm$ 11,90 79,00 (16,00)	<0,001
Creatinin (mg/dl) Mean $\pm$ SD Median (IQR)	0,97 $\pm$ 0,19 0,98 (0,26)	0,96 $\pm$ 0,16 0,95 (0,21)	0,931
WBC Mean $\pm$ SD Median (IQR)	8,06 $\pm$ 1,73 7,60 (2,63)	7,47 $\pm$ 1,95 7,20 (2,30)	0,036
Hg Mean $\pm$ SD Median (IQR)	14,86 $\pm$ 1,52 14,80 (2,30)	14,52 $\pm$ 1,67 14,60 (2,40)	0,236
PLT Mean $\pm$ SD Median (IQR)	275,47 $\pm$ 58,18 265,00 (61,00)	263,63 $\pm$ 71,86 260,50 (88,75)	0,180
MPV Mean $\pm$ SD Median (IQR)	9,12 $\pm$ 1,07 9,10 (1,50)	9,39 $\pm$ 1,27 9,25 (1,27)	0,211
RDW Mean $\pm$ SD Median (IQR)	13,49 $\pm$ 1,77 13,30 (0,85)	13,54 $\pm$ 1,23 13,40 (1,00)	0,594
Total Cholesterol Mean $\pm$ SD Median (IQR)	209,98 $\pm$ 54,46 209,00 (64,50)	208,00 $\pm$ 45,62 206,00 (55,50)	0,813
LDL Mean $\pm$ SD Median (IQR)	130,39 $\pm$ 47,44 124,00 (60,00)	128,35 $\pm$ 40,71 131,00 (52,00)	0,784
TG Mean $\pm$ SD Median (IQR)	188,06 $\pm$ 83,60 184,00 (119,50)	170,36 $\pm$ 97,79 142,00 (102,00)	0,067

HDL Mean $\pm$ SD Median (IQR)	43,14 $\pm$ 8,84 41,00 (14,50)	47,90 $\pm$ 11,52 46,00 (16,50)	0,14
AIP Mean $\pm$ SD Median (IQR)	0,250 $\pm$ 0,262 0,233 (0,357)	0,141 $\pm$ 0,262 0,111 (0,331)	0,017
LVEF % Mean $\pm$ SD Median (IQR)	64,09 $\pm$ 5,48 65,00 (0)	63,30 $\pm$ 6,65 65,00 (0,75)	0,477
LA diameter Mean $\pm$ SD Median (IQR)	36,58 $\pm$ 4,63 37,00 (5,00)	36,52 $\pm$ 4,10 36,00 (5,00)	0,906
RWT Mean $\pm$ SD Median (IQR)	0,41 $\pm$ 0,10 0,40 (0,12)	0,51 $\pm$ 0,52 0,44 (0,10)	0,80
Asendan Aorta Mean $\pm$ SD Median (IQR)	31,90 $\pm$ 3,79 31,00 (4,75)	33,19 $\pm$ 3,57 33,00 (4,00)	0,049

SBP:Sistolic Blood Pressure, DBP: Diastolic Blood Pressure, LDL: Low Density Lipoprotein, TG: Triglicerydes, AIP: Atherogenic index of Plasma, LVEF: Left Ventricle Ejection Fraction, LA: Left Atrium, Relative Wall Thickness,



İNDEKS

İNDEKS

-A-

		ÇELİK, Murat	SB-33, SB-59
ACAR, Emrah	SB-41	ÇİFTÇİ, Orçun	SB-50
ACAR, Rezzan Deniz	SB-12	ÇINAR, Tufan	SB-40
AKBAL, Özgür Yaşar	SB-02, SB-12		
AKDENİZ, Evliya	SB-09, SB-48	-D-	
AKIN, Halil	SB-14	DEMİR, Kenan	SB-18
AKSAKAL, Emrah	SB-20	DEMİR, Koray	SB-09, SB-15
AKSU, Uğur	SB-17	DEMİR, Mevlüt	SB-39, SB-45
ASİL, Serkan	SB-33, SB-59	DEMİRCİ, Deniz	SB-08, SB-28,
ASOĞLU, Emin	SB-07		SB-51
ASOĞLU, Ramazan	SB-07	DENİZ, Alparslan	SB-53
ATICI, Adem	SB-15	DOĞAN, Akif Nuri	SB-54
AVCI, İlhan İlker	SB-09	DOĞAN, Cem	SB-03, SB-12

-B-

BABAT, Naci	SB-19	DURAK, Furkan	SB-48
BALSAK, Selahattin	SB-26	DURAL, Muhammet	SB-38

-E-

BARÇIN, Cem	SB-33, SB-59	EFE, Süleyman Çağan	SB-41
BARIŞ, Veysel Özgür	SB-33, SB-58,	ELİZADE, Elnur	SB-22
	SB-59	ERAVCI, Özkan	SB-33, SB-59
BAYRAM, Zübeyde	SB-12	ERDOĞAN, Emrah	SB-12
BAYSAL, Sadettin Selçuk	SB-32	EROL, Çetin	SB-58
BEŞLİ, Feyzullah	SB-01	ERSAN DEMİRCİ, Duygu	SB-25,
BİRDAL, Oğuzhan	SB-56		SB-51
BURAK, Cengiz	SB-49	ESEN, Ali Metin	SB-22

-C,Ç-

CERŞİT, Sinan	SB-06
ÇAKIR, Çayan	SB-27
ÇAP, Murat	SB-12

-G-

GEÇMEN, Çetin	SB-41
GENÇ, Duygu	SB-48

GENEŞ, Muhammet	SB-33, SB-59	KESKİN, Berhan	SB-52
GÖK, Gülay	SB-23, SB-31	KIRMA, Cevat	SB-41
GÖKSÜLÜK, Hüseyin	SB-58	KORKMAZ, Ahmet	SB-29, SB-39,
GÜLCÜ, Oktay	SB-37		SB-45
GÜLŞEN, Kamil	SB-34, SB-55	KOYUNCU, Atilla	SB-22
GÜMÜŞDAĞ, Ayça	SB-09	KUTLUTÜRK KARAGÖZ, Işıl	SB-35
GÜNGÖREN, Fatih	SB-01		
GÜRAY, Ümit	SB-29	-M-	
GÜRBAK, İsmail	SB-47	MERT, Gurbet Özge	SB-38
GÜRDAL, Ahmet	SB-46	MERT, Kadir Uğur	SB-38
GÜRSEL ÖZKURT, Zeynep	SB-26		
GÜVENDİ, Büşra	SB-12	-O,Ö-	
		ODUNCU, Vecih	SB-52
-H-		ÖZDEMİR, Nihal	SB-12
HAKGÖR, Aykun	SB-52	ÖZDEMİR, Özcan	SB-14
		ÖZİN, Bülent	SB-50
-İ-		ÖZKALAYCI, Flora	SB-52
İNAN, Duygu	SB-09, SB-48	ÖZKURT, Fazıl Emre	SB-24
İNANIR, Mehmet	SB-41	ÖZTÜRK, Mustafa	SB-42
İZGİ, İbrahim Akın	SB-41		
		-P-	
-K-		PARSOVA, Kemal Emrecan	SB-48
KALAYCI, Arzu	SB-57	PAY, Levent	SB-48
KALENDEROĞLU, Koray	SB-09		
KALKAN, Kamuran	SB-16	-R-	
KALKAN, Sedat	SB-05	RENCÜZOĞULLARI, İbrahim	SB-49
KARABAY, Can Yücel	SB-09, SB-48		
KARADUMAN, Ahmet	SB-12	-S,Ş-	
KARAGÖZ, Ali	SB-12, SB-52	SAYGI, Mehmet	SB-09, SB-48
KAYMAZ, Cihangir	SB-12, SB-52	SÜNER, Arif	SB-07

ŞAHİN, Müslüm	SB-39	-Z-	
ŞAN, Bümyamin	SB-22	ZENCİRKIRAN AĞUŞ, Hicaz	SB-21
ŞİMSEK, Barış	SB-40, SB-48	ZEREN, Gönül	SB-09, SB-13

-T-

TANBOĞA, İbrahim Halil	SB-52
TANIK, Veysel Ozan	SB-40, SB-48
TANRIVERDİ, Zülkif	SB-01
TAŞAR, Onur	SB-11
TAŞCANOV, Mustafa Beğenç	SB-01
TAŞKAN, Hatice	SB-33, SB-59
TOKGÖZ, Hacer Ceren	SB-30
TULUNAY KAYA, Cansın	SB-58
TUNÇEZ, Abdullah	SB-10, SB-18, SB-36

-U-

UÇPUNAR, Hanifi	SB-43
UNKUN, Tuba	SB-12
UZMAN, Osman	SB-09, SB-48

-Y-

YALÇIN, Muhammed Ulvi	SB-10, SB-36
YELGEÇ, Nizamettin Selçuk	SB-04
YETMİŞ, Furkan	SB-38
YILDIRIM, Fatma	SB-44
YILDIZ, İbrahim	SB-49
YİLMAZ, Mehmet Fatih	SB-41
YUMURTAŞ, Ahmet Çağdaş	SB-48

NOTLAR

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

