

HMD Vakalarla Kardiyoloji Kampı

22-24 Ekim 2021
La Blanche Resort
Turgutreis /Bodrum



HMD VAKALARLA KARDİYOLOJİ KAMPI

22-24 EKİM 2021
LA BLANCHE RESORT
TURGUTREİS/BODRUM

Dijital Bildiri Kitabı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
KURULLAR	4
BİLİMSEL PROGRAM	5
BİLDİRİ ÖZETLERİ	12
Persistan Sol Süperior Vena Kavalı Bir Olguda Sol Subklavyen Ven Yoluyla İmplant Edilen ICD Lead'i Revizyonu	13
Hipertansiyonda Enalapril/Lerkandipin Fiks Doz Kombinasyonu	15
Çoklu Nedenlere Bağlı Atipik Takotsubo Kardiyomiyopati Olgusu	16
Preoperatif Yeni Gelişen Atriyal Fibrilasyon.....	17

KURULLAR

Başkan

Prof. Dr. İstemihan TENGİZ

Sekreter

Prof. Dr. Ertuğrul ERCAN

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. A. İstemi NALBANTGİL

Prof. Dr. Ahmet Çağrı AYKAN

Prof. Dr. Azem AKILLI

Prof. Dr. Bahar BOYDAK

Prof. Dr. Bilgin TİMURALP

Prof. Dr. Cahide SOYDAŞ ÇINAR

Prof. Dr. Cevad ŞEKURİ

Prof. Dr. Ceyhun CEYHAN

Prof. Dr. Filiz ÖZERKAN ÇAKAN

Prof. Dr. Giray KABAKÇI

Prof. Dr. Lale KOLDAŞ

Prof. Dr. M. Remzi ÖNDER

Prof. Dr. Melih KAPTANOĞLU

Prof. Dr. Nezihi BARIŞ

Prof. Dr. Oğuz YAVUZGİL

Prof. Dr. Öner ÖZDOĞAN

Prof. Dr. Sema GÜNERİ

Prof. Dr. Teoman KILIÇ

Doç. Dr. Abbasali ABBASALİYEV

Doç. Dr. Abdi SAĞCAN

Doç. Dr. Barış Kılıçaslan

Doç. Dr. Cihan ALTIN

Doç. Dr. Ebru ÖZPELİT

Doç. Dr. Emin ALİOĞLU

Doç. Dr. Emre ÖZPELİT

Doç. Dr. İbrahim ALTUN

Doç. Dr. Salih KILIÇ

Doç. Dr. Serkan SAYGI

Doç. Dr. Şenol COŞKUN

Doç. Dr. Uğur ÖNSEL TÜRK

Uz. Dr. Ahmet TAŞTAN

Uz. Dr. Ayşegül TÜRKÖĞLU

Uz. Dr. E. İpek TÜRKÖĞLU

Uz. Dr. Murat ÖZDAMAR

Uz. Dr. Zülfikar DANAĞLU

BİLİMSEL PROGRAM

22 Ekim 2021, Cuma

A Salonu

13:30 - 13:50	AÇILIŞ TÖRENİ Moderatörler: Dr. Remzi Önder, Dr. İstemihan Tengiz
13:30 - 13:50	Açılış konuşmaları ve Hipertansiyonla Mücadele Derneği 2020 yılı faaliyetleri Dr. Remzi Önder ve Dr. İstemihan Tengiz
13:50 - 14:00	Kahve Arası
14:00 - 15:30	LİPİD VE ATEROSKLEROZ OLGULAR OTURUMU Moderatör: Dr. Ceyhun Ceyhan
14:00 - 14:30	OLGU 1 Öğrenim Hedefi: Medikal tedavi altındayken refrakter anjinal yakınmaları olan ancak revaskülarizasyon imkanı olmayan hastalarda uygun antianjinal ilaçlar. Antianjinal ilaçlar nasıl kombine edilmeli? Paradoksal anjina tetiklenebilir mi? Dr. İbrahim Altun
14:30 - 15:00	OLGU 2 Öğrenim Hedefi: Statin direnci nedir? Hangi hastayı statin intoleran kabul etmek gerekir? Statin dışı seçeneklerimiz nedir? PCSK9 inhibitörlerinin avantajları ve dezavantajları nelerdir? Dr. Emre Özpelit
15:00 - 15:30	OLGU 3 Öğrenim Hedefi: AF, KAH, DM birlikteliğinde hedefler ne olmalı? Antikoagülan tedavi nasıl düzenlenmeli? Statin tedavisinde moleküler farklılıklar önemli mi? HDL hedef

	alınmalı mı? Dr. Öner Özdoğan
15:30 - 16:00	Kahve Arası
16:00 - 17:30	HİPERTANSİYON OLGULAR OTURUMU Moderatör: Dr. Filiz Özerkan Çakan
16:00 - 16:30	OLGU 1 Öğrenim Hedefi: Dirençli sistolik HT ve AF birlikteliği olan ileri yaşlı hastalarda antihipertansif ve antikoagülan tedavi nasıl düzenlenmeli? Postprandial ve postural hipotansiyon atakları ile nasıl baş ederiz? Antikoagülan tedavide kanama riskini nasıl en aza indiririz? Dr. Emin Alioğlu
16:30 - 17:00	OLGU 2 Öğrenim Hedefi: Hangi hastalarda sekonder hipertansiyondan şüphe edilmeli? Yaşa göre sekonder HT nedenleri. Hangi LAB testleri uyarıcı? Dr. Uğur Önsel Türk
17:00 - 17:30	OLGU 3 Öğrenim Hedefi: Patogenetik faktörlere göre HT tedavisi. Taşikardik hipertansiflere yaklaşım nasıl olmalı? Hipertansiyon tedavisinde sempatetik hiperaktivasyonun baskılanması. Betablokör ilaçlarda moleküler özellikler önemli mi? Dr. Ayşegül Türkoğlu Pehlivanoğlu
23 Ekim 2021, Cumartesi	
A Salonu	B Salonu

<p>09:00 - 10:30</p>	<p>KOMPLEKS OLGULAR</p> <p>OTURUMU</p> <p>Moderatör: Dr. Bahar Boydak</p>	<p>08:40 - 09:15</p>	<p>HİPERTANSİYONA GENEL BAKIŞ</p> <p>Moderatör: Hakan Karpuz</p> <p>Hipertansiyonun tanımı, sınıflandırılması ve epidemiyolojik yönleri klinik yönleri - hipertansiyon belirteçleri</p> <p>Panelistler: Mehmet Kılınç, Ahmet Büyük, Esra Kaya Aşık, Mustafa Sarı</p>
<p>09:00 - 09:30</p>	<p>OLGU 1</p> <p>Öğrenim Hedefi: Fabry hastalığını nasıl tanımalıyız? Ne zaman şüphelenmek gerekli? Tedavi seçenekleri?</p> <p>Dr. Ebru Özpelit</p>	<p>09:30 - 10:15</p>	<p>KAN BASINCI ÖLÇÜM METHODLARI</p> <p>Moderatör: Hakan Karpuz</p> <p>Ofis ölçümü, ev ölçümü, 24 saatlik ölçüm</p> <p>Ofis mi ? Ev mi? Klinik değerlendirme</p> <p>Panelistler: Eral İdil, Serdar Güler, İbrahim Oğuz, Cengiz Şabanoglu</p>
<p>09:30 - 10:00</p>	<p>OLGU 2</p> <p>Öğrenim Hedefi: İleri yaş ve</p>	<p>10:30 - 11:15</p>	<p>HEDEF ORGAN HASARI</p> <p>Moderatör: Rezzan Deniz Acar</p>

	<p>nefropatili hastalarda</p> <p>antihipertansif tedavi nasıl</p> <p>düzenlenmeli? RAAS blokajının</p> <p>önemi? Ne zaman başlanmalı?</p> <p>Nasıl takip edilmeli? Doz artış ve</p> <p>ilaç kesilmesi kriterleri.</p> <p>Dr. E. İpek Türkoğlu</p>		<p>Kalp - beyin</p> <p>Böbrekler - gözler - damarlar</p> <p>Hipertansiyon aciller</p> <p>İnme, GİA</p> <p>Sekonder hipertansiyon -</p> <p>Dirençli hipertansiyon</p> <p>Panelistler: Ebru Şahin, Yetkin</p> <p>Korkmaz, Ceyla Zeynep Gevher,</p> <p>Nursel Çizmeci Akbay</p>
<p>10:00 - 10:30</p>	<p>OLGU 3</p> <p>Öğrenim Hedefi: Yüksek KV riski</p> <p>olan hipertansiflerde antihipertansif</p> <p>tedavi nasıl düzenlenmeli? RAAS</p> <p>blokağı yanında daha iyi risk nasıl</p> <p>azaltılabilir? Nokturnal tansiyonun</p> <p>önemi. Gece dozlamasının önemi.</p> <p>Dipper paternin sağlanmasının</p> <p>prognostik avantajları.</p> <p>Dr. İstemihan Tengiz</p>	<p>11:30 - 12:15</p>	<p>HİPERTANSİYON TEDAVİSİ</p> <p>Moderatör: Rezzan Deniz Acar</p> <p>Tedavi algoritması</p> <p>Anti hipertansif sınıfları</p> <p>Kronik böbrek hasarı</p> <p>etabolik sendrom - obezite -</p> <p>diyabet - kalp yetersizliği</p> <p>Panelistler: Özkan Bekler, Söngül</p> <p>Usalp, Serkan Aslan, Ayşegül</p> <p>Satman Durmaz, Yetkin Korkmaz,</p> <p>İbrahim Halil İnanç</p>
<p>10:30 - 11:00</p>	<p>Kahve Arası</p>		

11:00 - 12:30	KALP YETMEZLİĞİ VE KAPAK HASTALIKLARI OLGULAR OTURUMU Moderatör: Dr. Nezihi Barış
11:00 - 11:30	OLGU 1 Öğrenim Hedefi: Düşük LVEF li, tekrarlayan hospitalizasyonu olan hastalarda optimal tedavi nasıl yönetilmeli? Bu grupta ARNİ tedavisinin yeri? ARNİ dışı seçenekler? ARNİ+Vericiquat kombinasyonu. Dr. Cihan Altın
11:30 - 12:00	OLGU 2 Öğrenim Hedefi: Kimlerde Primer pulmoner HT' dan şüphe edelim? Tanıyı nasıl koyalım? Tedaviyi nasıl yönlendirelim? Dr. Caner Topaloğlu
12:00 - 12:30	OLGU 3 Öğrenim Hedefi: Cerrahi riskin çok yüksek olduğu Düşük EF'li ciddi MY olan olgularda tedavi seçenekleri. Hangi hastaya mitralklip uygulayabiliriz? Kısa ve uzun dönem sonuçları nasıl? Dr. İsmail Ateş
12:30 - 14:00	Öğle Yemeği
14:00 - 15:20	GİRİŞİMSEL KARDİYOLOJİ OLGULAR OTURUMU Moderatör: Dr. Oğuz Yavuzgil
14:00 - 14:20	OLGU 1 Öğrenim Hedefi: Akım yönlendiricili aortik stentlerin avantajları ve dezavantajları neler? Hangi hastalarda tercih edilmeli? Hangilerinde tercih edilmemeli? Dr. Aytaç Gülcü

14:20 - 14:40	OLGU 2 Öğrenim Hedefi: Koroner shockwave lithotripsi. Kime ne zaman? Alternatifleri? Avantajları? Dr. İbrahim Kocaoğlu
14:40 - 15:00	OLGU 3 Öğrenim Hedefi: postMI LV pseudoanevrizmasının perkütan kapatılması Dr. Şenol Çoşkun
15:00 - 15:20	OLGU 4 Öğrenim Hedefi: LMCA girişimlerinde nelere dikkat etmek gerekir? Hangi teknik hangi lezyona? Malzeme seçimi? Dr. Ahmet Taştan
15:20 - 16:00	Kahve Arası
16:00 - 16:20	SÖZEL BİLDİRİLER OTURUMU Moderatörler: Dr. Remzi Önder
16:00 - 16:10	OLGU 1 Persistan Sol Süperior Vena Kavalı Bir Olguda Sol Subklavyen Ven Yoluyla İmlante Edilen ICD Leadi Revizyonu Zeynep Yapan Emren
16:10 - 16:20	OLGU 2 Hipertansiyonda Enalapril/Lerkandipin Fiks Doz Kombinasyonu Mustafa Sarı
16:20 - 16:30	OLGU 3 Çoklu Nedenlere Bağlı Atipik Takotsubo Kardiyomiyopati Fatih Kartaler

16:30 - 16:40	OLGU 4 Preoperatif Yeni Gelişen Atriyal Fibrilasyon Emre Özçalık
24 Ekim 2021, Pazar	
10:30 - 11:00	AKILCI İLAÇ KULLANIMI OTURUMU Moderatör: Dr. Remzi Önder Panelist: Fatih Akkaya
10:30 - 11:00	Kardiyovasküler Alanda Fonksiyonel Tıp ve Akılcı İlaç Kullanımı Dr. Zülfikar Danaoğlu
11:00 - 12:40	GİRİŞİMSEL KARDİYOLOJİ KOMPLİKASYON OLGULARI Moderatör: Dr. Ertuğrul Ercan
11:00 - 11:25	OLGU 1 Öğrenim Hedefi: TAVİ komplikasyonu ve yönetimi Dr. Barış Kılıçaslan
11:25 - 11:50	OLGU 2 Öğrenim Hedefi: Koroner perforasyonların yönetimi Dr. Elton Soydan
11:50 - 12:15	OLGU 3 Öğrenim Hedefi: Çok geniş ASD'nin perkütan kapatılması Dr. Şenol Çoşkun
12:15 - 12:40	OLGU 4 Öğrenim Hedefi: Koroner girişim komplikasyonu ve yönetimi Dr. Ahmet Çağrı Aykan

**BİLDİRİ
ÖZETLERİ**

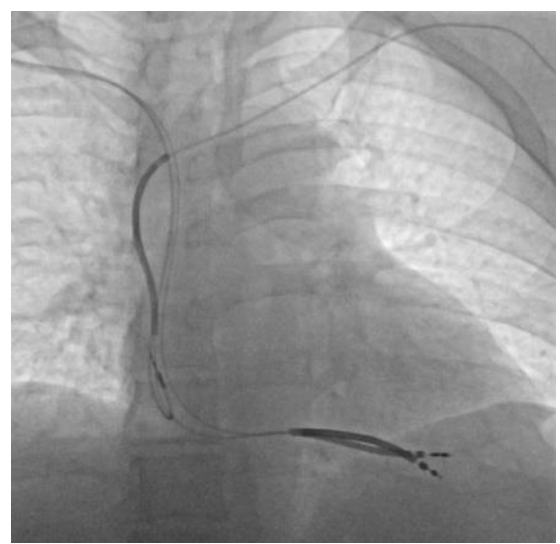
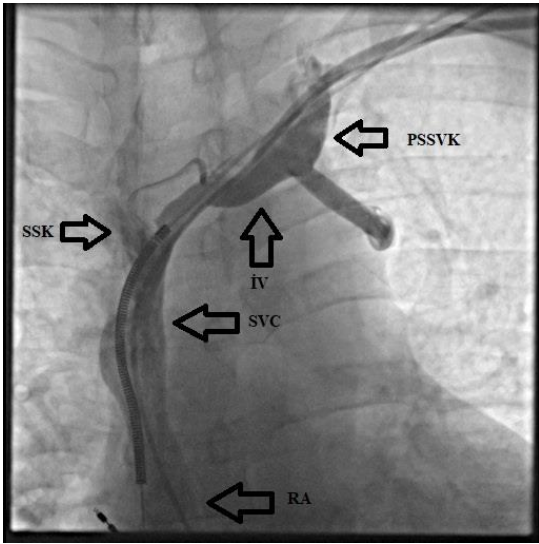
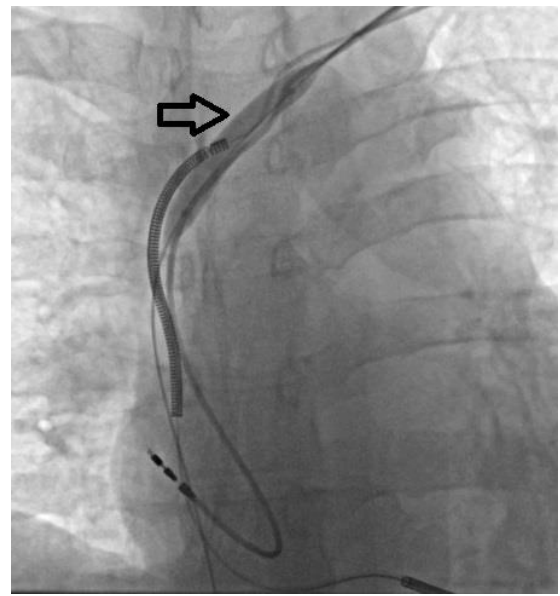
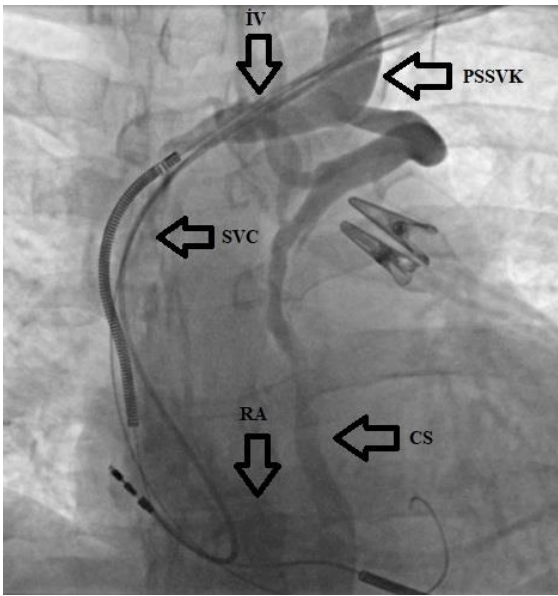
Persistan Sol Süperior Vena Kavalı Bir Olguda Sol Subklavyen Ven Yoluyla İmlante Edilen ICD Leadı Revizyonu

¹Oktay Şenöz, ¹Zeynep Yapan Emren

¹*İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İZMİR*

Giriş: Persistan sol süperior vena kava (PSSVK), genel popülasyonda %0,3-0,5 prevalansa sahip, nadir görülen vasküler bir anomalidir. Konjenital kalp anomalilerinin %2-4'ünü ve sistemik venöz dönüş anomalilerinin %47'sini oluşturur. Sol anterior kardinal venin obliterasyonundaki yetersizlik sonucunda meydana gelmektedir. PSSVK olgularına diğer konjenital kalp hastalıklarının eşlik etme ihtimali yüksektir. Çoğunlukla koroner sinüs aracılığıyla sağ atriyuma, daha nadir olarakta direkt sol atriyuma veya sol pulmoner venlere drene olmaktadır. Çoğu vakada (%70-75) sağ superior vena kava ile PSSVK arasında gelişmiş bir bağlantı mevcuttur. Genellikle asemptomatik seyirlidir ancak sol subklavyen girişli pacemaker implantasyonlarında sorun oluşturabilir. Bu sunumunda, beş yıl önce sol subklavyen ven yoluyla ICD implante edilen PSSVK'lı bir olguda lead revizyonu sırasında yaşanan zorluklar özetlenecektir.

Vaka sunumu: 38 yaşındaki erkek hasta, 5 yıl önce senkop atakları sonrasında brugada sendromu tanısı konulmuş ve DDD-ICD implantasyonu yapılmış. ICD implantasyonundan 1,5 yıl sonra ventriküler taşikardi nedeniyle bir defa şok almış. Yaklaşık 4 yıldır herhangi bir semptomu olmayan hasta sabah yataktan kalkarken 3 defa şok alması üzerine acil servise başvurmuştur. Acil serviste sol kol rotasyonu sırasında 2 defa daha şok alması üzerine ICD kontrolü yapıldı. Ölçüm sırasında sağ ventrikül (RV) leadinin R-dalga sensisi 4.6 mV saptandı ve sol kol hareketiyle parazit olduğu farkedildi. Bunun üzerine RV leadinde insulasyon kusuru olabileceği düşünülerek lead revizyonu planlandı. Sol subklavyen ven yoluyla ve aktif fiksasyonla implante edilen RV leadinin uç vidasını geri sararak çıkarmayı denedik ancak süperior vena kava (SVC) koilinin bu bölgeye adezyonu nedeniyle başarılı olamadık. Bunun üzerine bu leadin proksimal kısmı kesilerek cep içine sabitlendi. Yeni bir ponksiyonla farklı bir RV leadinin yerleştirilmesi planlandı ancak yeni lead yapışıklığının olduğu eski leadin SVC koili hizasından ilerletilemedi. Venografiyle görüntüleme sonrasında olguda PSSVK olduğu ve eski leadlerin innominate ven vasıtasıyla sağ SVC'ye oradanda sağ kalbe eriştiği gözlemlendi (Resim 1). İnnominate ven ile sağ SVC birleşim bölgesinde darlık saptandı. Leadin geçişini engelleyen bu bölge 8.0*40 mm periferik balonla dilate edildi ancak yine de yeni lead ilerletilemedi (Resim 2 ve 3). Bunun üzerine, sol taraftaki atriyal lead geri alındı ve sağ pektoral bölgeye bir cep açılarak, sağ subklavyen ven aracılığıyla yeni bir ICD imlantasyonu gerçekleştirildi (Resim 4). Pil kontrolleri olağan saptanan hasta ertesi gün sıhhatle taburcu edildi. Tartışma ve Sonuç: Persistan süperior vena kava anomalisi nadir görülen ve genellikle bening seyirli bir durumdur. Çoğunlukla insidental olarak bulunur. Beraberinde ASD, VSD, pulmoner darlık ve fallot tetolojisi gibi konjenital anomaliler bulunabilir. PSSVK'nın %92 oranında koroner sinüs aracılığıyla sağ atriyuma, %8 oranında direkt olarak sol atriyuma açıldığı bildirilmiştir. Koroner sinüs yoluyla sağ atriyuma açılan PSSVK genellikle herhangi bir fizyolojik bozukluğa neden olmaz ancak direkt sol atriyuma açılan PSSVK değişik derecelerde sistemik siyanoza, polisitemiye ve çomaklaşmaya neden olabilir. Sol subklavyen yolla kardiyak pacemaker yada ICD implantasyonu sırasında bu anomalinin varlığı sorun oluşturabilir. İnnominate venin yeterince gelişmediği vakalarda işlem başarısız olabilir. Bu bölgedeki sert manipülasyonlar innominate venin hasarlanmasına ve ölümcül komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle lead geçişinin zorlandığı ve ilerleme rotasının olağan dışı olduğu vakalarda venografiyle görüntüleme yapılmalıdır. Vakamızdaki gibi zorlu durumlarda olası komplikasyonların önüne geçmek için işleme sağ subklavyen venden devam etmek akılcı bir yöntemdir.



Hipertansiyonda Enalapril/Lerkandipin Fiks Doz Kombinasyonu

1Mustafa Sarı

1Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Özet: Hipertansiyon (HT) tüm dünyada ölüme en sık sebep olan risk faktörüdür. Güncel tedavi kılavuzları kombinasyon tedavisini öncelemektedir. Kombinasyon tedavisinde, farklı ilaç grupları arasında fizyolojik ve farmakolojik sinerji sayesinde, daha az yan etkiyle kan basıncında daha fazla düşüş sağlanmaktadır. Bizde çalışmamıza kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon 57 hastasını aldık. Bu hastalara enalapril ve lerkandipin fiks doz kombinasyonu başlayıp kontrollere çağırdık. Hastaların kontrollere gelen hastaların %77'sinde hedef kan basıncına ulaştık. Hastalarda herhangi bir yan etkiye rastlamadık. Sonuç olarak, özellikle ileri evre tansiyon hastalarında Enalapril/Lerkandipin kombinasyonu etkili ve güvenli bulunmuştur.

Amaç Bizde kliniğimizde yeni tanı hipertansiyon veya başka bir ilaç tedavisiyle hedefe ulaşamamış hastalarda Enalapril/Lerkandipin kombinasyonu başlandı. Amacımız bu tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve olası yan etkilerinin belirlenmesidir.

Hedef: Çalışmada belirlediğimiz hedef hastalarda tansiyon değerinin 140/90 değerinin altına çekilmesidir. Bu hedef yaşlı hastalarda (>75 yaş) 150/90 altı olarak belirlenmiştir.Yöntem: Şubat 2021-Eylül 2021 tarihlerinde hastanemiz kardiyoloji polikliniğine gelen yeni tanı hipertansiyon ve farklı ilaçlarla kontrol altına alınamayan 57 hipertansiyon hastası alındı. Bu hastalara yaşam sitili değişiklikleri önerilerek Enalapril/Lerkandipin fiks doz kombinasyonu başlandı. Hastalar ikinci hafta birinci vizite, dördüncü hafta ikinci vizite, altıncı ayda üçüncü vizite çağrıldı. İlk vizitte hastaların kan basıncı ölçüldü, yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKI), özgeçmiş, soygeçmiş, öğrenim durumu, sigara kullanımı, biyokimyasal verileri, elektrokardiyogram ve ekokardiyografi verileri, hipertansiyon evresi ve kullandığı ilaçlar kaydedildi. Kontrol ziyaretlerinde ise hastaların kan basıncı ölçüldü. İlaç yan etkileri sorgulandıBulgular Kardiyoloji polikliniğine başvuran 57 hasta çalışmaya alındı. 52 hasta birinci veya ikinci vizite katıldı fakat 5 hasta hiçbir vizite katılmadığı için takip listesinden çıkartıldı. Çalışmaya alınan 57 hastalarımızın yaş ortalaması 59,9 olup, 27 hasta kadın (%47) ve 30 hasta erkekti (%53). Hastaların vücut kitle indeksi (VKI) ortalaması 29,9 olup %75'i fazla kilolu yada obezdi. Hastalarımızın 9'u aktif sigara kullanmakta,6 hastada diyabetik ve 5 hastada ise koroner arter hastalığı vardı. Hastalarımızın 29 tanesinin Ekokardiyografi kaydı mevcuttu ve tamamının ejeksiyon fraksiyonu normal olmakla birlikte bunların 18 tanesinde sol ventrikül hipertrofisi saptandı. Hastaların tamamı evre2 ve evre 3 hipertansiyonu vardı ve ortalama kan basıncı sistolik 181 mmHg, diastolik 94,9 mmHg ölçülmüştür. Enalapril/Lerkandipin kombine tedavisi sonrası kan basıncı ortalaması sistolik 135,6 mmHg, diastolik 82,5 mmHg olarak ölçülmüştür. Kan basıncı ortalama 44 mmHg %25 düşmüştür.Çalışmada kalan 52 hastanın 40'ında(%77) hedef kan basıncına ulaşılmıştır. Bu hastalar arasında 5 yaşlı hasta da bulunmaktadır.

Sonuç: Enalapril/Lerkandipin kombinasyonu etkin kan basıncı düşüşü sağlamıştır. Bu etki ileri evre hipertansiyon hastalarında daha belirgin olmaktadır. Yaşam sitili değişiklikleri ve yakın hasta kontrolünün kan basıncı düşüşünde etkin rolü olduğu görüldü. Ayrıca hastalarımızda Enalapril gurubu ilaçlarda sık görülen öksürük ve Lerkandipin gurubu hastalarda görülen ayak bileği ödemi görülmemiştir.

Tartışma: Çalışmamızda Enalapril/Lerkandipin kombinasyonunun yüksek oranda (%77) etkin olduğunu gördük. Bu duruma hastaların yaşam sitili değişikliği konusunda ikna edilmesi ve daha sıkı kontrol altına alınmasının katkısı olabilir. Yaşlı hastalarda etkili kan basıncı düşüşü sağlamanın altı çizilmelidir. Hastaların %23 ünde hedefe ulaşamamasının nedeni hastaların ileri evre tansiyon hastaları ve sıklıkla obez hastalar olmasına bağlı olabilir. Ayrıca, yan etkilerinin olmaması kombine edilen bu moleküllerin olumlu farmakolojik sinerjisinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çoklu Nedenlere Bağlı Atipik Takotsubo Kardiyomiyopati Olgusu

Fatih Kartaler

ÖZET: Takotsubo kardiyomiyopatisi (TK) genellikle stres ile tetiklenen ve sol ventrikül (SoV) fonksiyon bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Hipofiz cerrahisi sonrası panhipopituitarizm tablosu gelişen, nörolojik ve psikiyatrik bozuklukları olan, uzun QT sendromlu, global tutulumlu, atipik bir TK vakası sunmayı amaçladık. Yaklaşık 2 gündür nefes darlığı şikâyeti olan 40 yaşında erkek hasta senkop ve üriner inkontinans şikâyeti ile acil ünitemize getirildi. Elektrokardiyografide T dalga değişiklikleri, uzun QT aralığı izlendi. Troponin düzeyleri yüksekti. Ekokardiyografide global hipokinezi, SoV dilatasyonu saptandı. Hasta akut kalp yetmezliği ve ST elevasyonsuz miyokard infarktüsü ön tanılarıyla interne edildi. Koroner anjiyografisi normaldi. Yatışının ilk günü torsades de pointes tipi ventriküler taşikardi atağı gözlemlendi ve ritim defibrile edildi. 21 yıl önce hipofiz adenomundan opere olan hastada düzensiz ilaç kullanımı vardı. Hormon analizinde panhipopituitarizm izlendi. Üçüncü gün hormon replasman tedavisi başlandı. Dördüncü gün troponin değerleri normale döndü. Yedinci günde ekokardiyografi bulguları normale döndü. Sekizinci günde kardiyoloji servisinde epileptik nöbet benzeri tablo gelişti. Kraniyal tomografide yaygın kronik hasar bulguları izlendi. Antiepileptik, beta bloker ve hormon replasman tedavileriyle taburcu edildi. Taburculuk sonrası 20. günde EKG'de QTc mesafesinde uzunluk devam etmekteydi (526 ms). Hastaya ICD önerildi. Takotsubo kardiyomiyopatisi, global SoV disfonksiyonu gibi farklı formlarda ortaya çıkabilir. Endokrin, nörolojik veya psikiyatrik hastalıklarda QT aralığı uzaması ve hızla düzelen kalp fonksiyonu durumlarında TK varlığı akla getirilmelidir. TKM'de düzelen ventrikül fonksiyonlarına rağmen QT uzaması devam ettiğinde, riskli hastalarda ICD implantasyonu düşünülebilir.

Preoperatif Yeni Gelişen Atriyal Fibrilasyon

Emre Özçalık

Giriş: Atriyal fibrilasyon (AF) klinik pratikte en sık karşılaşılan devamlı ritim bozukluğudur. AF'nin en önemli komplikasyonu iskemik inme ve sistemik embolizmdir. AF, iskemik inme gelişim riskinde beş kat artış ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskinde iki kat artış ile ilişkilidir (1). Bu nedenle tedavinin ana amacı tromboembolik komplikasyonların önlenmesidir. Bununla birlikte, antikoagülan tedavinin kanama riskini artırmasından dolayı, antikoagülan tedavi kullanımı tromboemboli riski yüksek olan hastalar ile sınırlandırılmalıdır. CHA2DS2-VASc skoru emboli riski düşük olan hastaları, orta ve yüksek riskli hastalardan ayırt etme amacıyla günümüzde AF hastalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (2). Ancak, özellikle düşük riskli hastaları belirlemede CHA2DS2-VASc skorlama sisteminin kısıtlılıkları olduğu bilinmektedir. Böbrek yetersizliği, AF'li hastalarda iskemik inme ve sistemik embolizm gelişimi açısından bağımsız bir risk faktörüdür (3). Ek olarak, mitral stenoz ve sol atriyum dilatasyonu varlığı iskemik inme riskinde artış ile ilişkilidir. Bu klinik parametrelerin CHA2DS2-VASc skor sistemi içinde yer almaması, bu skorlama sisteminin en önemli kısıtlılıklarından biridir. Bu vakada perioperatif dönemde akut AF atağı geçiren ve CHA2DS2-VASc skoru 0 olan hastada peri- ve postoperatif antikoagülasyon yönetimi sunulmuş ve vaka üzerinden bu hasta grubunda klinik karar vermede zorluklar ve kısıtlılıkları tartışılmıştır.

Vaka : 64 yaşında erkek hasta acil servise batında üst kadran ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Kronik hastalık ya da ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ üst kadran hassasiyeti dışında bulgu saptanmadı. Tam kan sayımında inflamasyon markerleri ve karaciğer fonksiyon testleri yüksek saptanan hastada (lökosit 11.600 bin/uL, CRP 45 mg/L, AST 79 U/L, ALT 199 U/L) yapılan batın ultrasonografisinde akut taşlı kolesistit ile uyumlu bulgular saptanması üzerine hospitalize edildi. Diğer laboratuvar testleri olağan sınırlar içindeydi. Preoperatif servis izleminde çarpıntı yakınması olması üzerine çekilen elektrokardiyografide hızlı ventrikül yanıtı AF saptandı. Akut AF tanısı ile hastaya medikal kardiyoversiyon amaçlı propafenon tedavisi (propafenone 150 1*4 tb per oral) uygulandı. Propafenon tedavisi ile sinüs ritmi sağlanan hastanın yapılan ekokardiyografisinde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu % 60, sol atriyum boyutu 34 mm ve hafif mitral yetmezliği izlendi. Akut AF atağı sonrası medikal kardiyoversiyon ile sinüzal ritim sağlanan hastanın CHA2DS2-VASc skoru 0 saptandı. 2020 ESC kılavuzuna göre hasta antikoagüle edilmedi. 6 ay sonra poliklinik kontrolü önerildi. Tekrar CHA2DS2-VASc skoru değerlendirilmesi ve antikoagülan tedavinin gözden geçirilmesi planlandı.

Tartışma: Büyük bir meta-analizde postoperatif AF'si olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında AF'si olan hastalarda erken inme oranı %62, geç inme oranı %37 daha yüksek bulunmuştur. 1 yıllık felç oranları sırasıyla %2,4'e karşı %0,4 saptanmıştır (HR 2.00; 95% CI 1.70-2.35 non-kardiyak cerrahi için ve HR 1.20; 95% CI 1.07-1.34 kardiyak cerrahi için. <0.0001) (4). Bununla birlikte postoperatif AF'li hastalarda oral antikoagülan etkilerine ilişkin kanıtlar güçlü değildir (5). Gözlemsel verilere göre CABG ilişkili postoperatif AF'lerin uzun vadedeki adverse outcome'ları cerrahi dışı AF'lerden farklıdır (6). Ancak kardiyak olmayan cerrahiye bağlı AF'lerde uzun erimli tromboemboli riski cerrahi dışı AF'li hastalarınkine benzerdir ve oral antikoagülan tedaviden benzer şekilde fayda görürler (7). Bu nedenle 2020 ESC kılavuzunda tromboemboli riski olan non-kardiyak cerrahi geçiren hastalarda oral antikoagülan tedavi ile önerilir. Aynı kılavuzda tromboemboli riski olan kardiyak cerrahi geçiren hastalarda oral antikoagülan tedavi IIb ile önerilir.

Bizim hastamızda ekokardiyografik olarak sol atrium boyutu doğaldı (3,4 cm). Mitral kapak doğal görünümdeydi. CHA2DS2-VASc skoru 0 saptandı. Literatüre bakınca tromboembolik riskin düşük olduğu bu hasta grubunda antikoagülan tedavinin gerekliliği net değildir. Nadir olan ve kendi kendini sınırlayan AF epizodları olan hastalarda inme riskinin sürekli AF'si olan hastalara göre daha düşük olduğunu varsaymak mantıklı görünebilir. Bununla birlikte, mevcut veriler aslında paroksizmal ve kalıcı AF'si olan hastalarda tromboembolik komplikasyon riskinin aynı olduğunu göstermektedir. Buna göre, paroksizmal ve kalıcı AF'si olan hastalarda antikoagülasyon için kılavuz önerileri aynıdır (8). Varfarin, CHA2DS2-VASc skorunun 0 olduğu durumlar dışında net bir klinik fayda ile ilişkilendirilmiştir. CHA2DS2-VASc skoru 1 veya daha fazla olan hastalarda, varfarin yokluğunda inme riski, varfarin ile tedavi sırasında kanama komplikasyonlarının sayısını aşmıştır (9). Bizim hastamızda taburculuk esnasında CHA2DS2-VASc skoru 0'dı. Bu nedenle son kılavuz önerisi ile antikoagüle edilmedi. Ancak 5 ay sonra 65 yaşında olan hastanın CHA2DS2-VASc skoru 1'e yükselecektir. Bu durumun iki önemli sonucu olabilir. Birincisi AF tanılı bir hastada poliklinik kontrollerinde düzenli CHA2DS2-VASc skoru hesaplamasının önemidir. İkincisi ise aynı hastanın CHA2DS2-VASc skoru ile 5 ay ara ile değerlendirildiğinde sistemik emboli için farklı risk gruplarında olmasıdır. Bu da özellikle düşük riskli hastalarda CHA2DS2-VASc skorlama sisteminin kısıtlılıkları olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR:

1- VL Roger, AS Go, DM Lloyd-Jones, et al.: Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 125:e2-e220 2012

2- L Friberg, M Rosenqvist, GY Lip: Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182,678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation Cohort Study. *Eur Heart J*. 33:1500-1510 2012

- 3- 12JB Olesen, GY Lip, AL Kamper, et al.: Stroke and bleeding in atrial fibrillation with chronic kidney disease. *N Engl J Med.* 367:625-635 2012
- 4-Lin MH, Kamel H, Singer DE, Wu YL, Lee M, Ovbiagele B. Perioperative/postoperative atrial fibrillation and risk of subsequent stroke and/or mortality. *Stroke* 2019;50:1364_1371.
- 5-Saxena A, Dinh DT, Smith JA, Shardey GC, Reid CM, Newcomb AE. Usefulness of postoperative atrial fibrillation as an independent predictor for worse early and late outcomes after isolated coronary artery bypass grafting (multicenter Australian study of 19,497 patients). *Am J Cardiol* 2012;109:219_225.
- 6-Butt JH, Xian Y, Peterson ED, Olsen PS, Rorth R, Gundlund A, Olesen JB, Gislason GH, Torp-Pedersen C, Kober L, Fosbol EL. Long-term thromboembolic risk in patients with postoperative atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery and patients with nonvalvular atrial fibrillation. *JAMA Cardiol* 2018;3:417_424
- 7- Butt JH, Olesen JB, Havers-Borgersen E, Gundlund A, Andersson C, Gislason GH, Torp-Pedersen C, Kober L, Fosbol EL. Risk of thromboembolism associated with atrial fibrillation following noncardiac surgery. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:2027_2036.
- 8- CT January, LS Wann, JS Alpert, et al.: 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 64:e1-e76 2014
- 9- JB Olesen, GY Lip, ML Hansen, et al.: Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ.* 342:d124 2011 21282258