



Ulusal Kardiyovasküler  
Hastalıklar Derneği

National Association of Cardiovascular Diseases

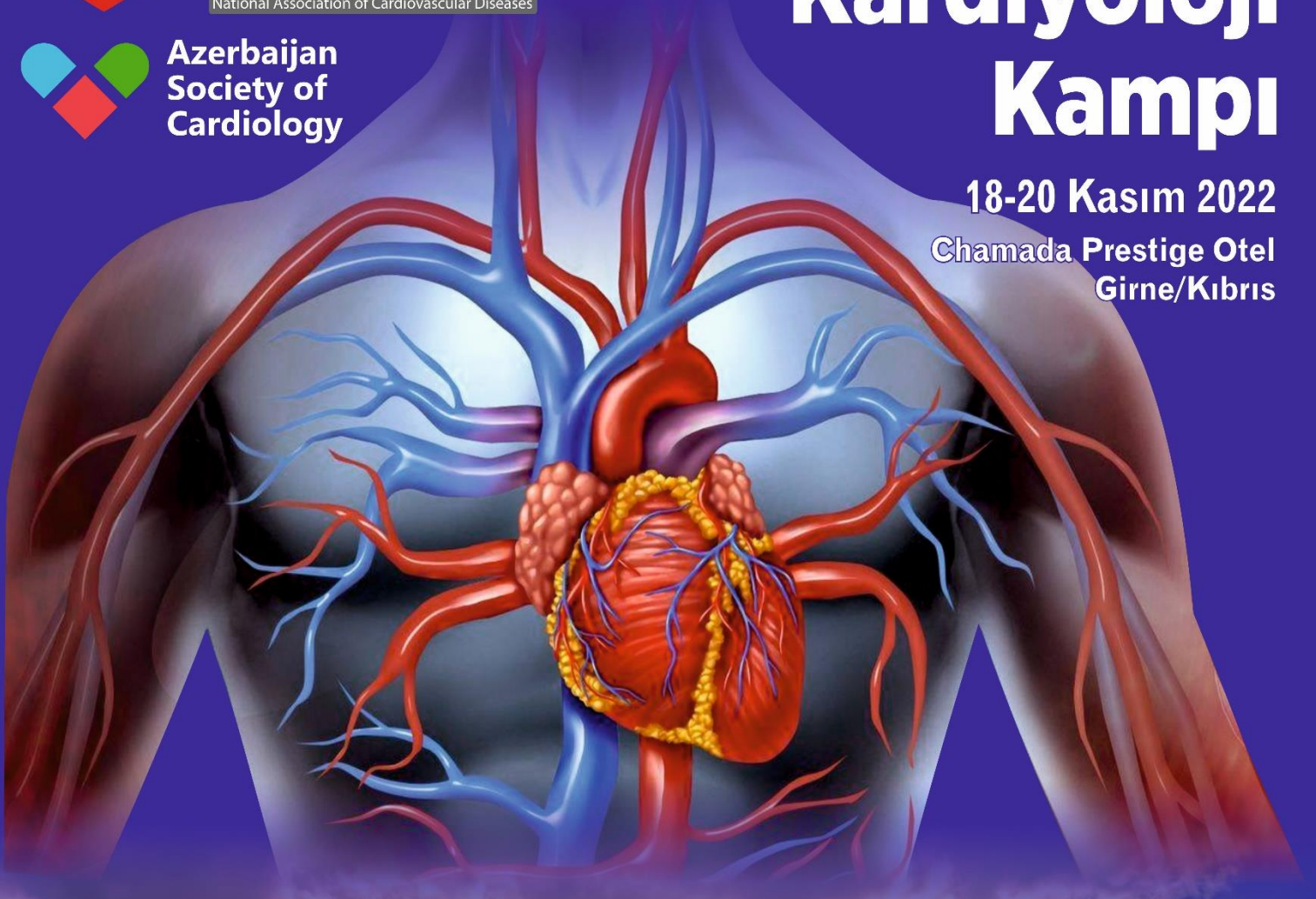


Azerbaijan  
Society of  
Cardiology

# Vakalarla Kardiyoloji Kampı

18-20 Kasım 2022

Chamada Prestige Otel  
Girne/Kıbrıs



[www.hmdvkk2022.org](http://www.hmdvkk2022.org)



Şebnem KÖSEOĞLU  
sebnemkoseoglu@dtborg.com

# VAKALARLA KARDİYOLOJİ KAMPI

18-20 KASIM 2022  
Chamada Prestige Otel  
Girne/Kıbrıs

Dijital Bildiri Kitabı

# İÇİNDEKİLER

---

<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>3</b>
<b>KURULLAR .....</b>	<b>4</b>
<b>BİLİMSEL PROGRAM.....</b>	<b>5</b>
<b>BİLDİRİ ÖZETLERİ .....</b>	<b>8</b>
TRANSSEPTAL POKKSİYON KOMPLİKASYONUNUN CERRAHİSİZ YÖNETİLMESİ.....	9
GENİŞ PATENT DUKTUS ARTERİOZUS'LU (PDA) HASTADA "BALLOON PULL-THROUGH" TEKNİĞİ KULLANARAK BAŞARILI PERKÜTAN TRANSKATETER KAPAMA .....	11
ACUTE ST ELEVATION MYOCARDIAL İNFARCTION; MANAGEMENT OF COMPLICATIONS İN THE RUDİMENTARY ARTERY ..	12

# KURULLAR

---

## **Başkan**

Prof. Dr. İstemihan TENGİZ

## **Sekreter**

Prof. Dr. Ertuğrul ERCAN

## **Düzenleme Kurulu**

Dr. Abbasali Abbasaliyev  
Dr. Abdelhamid Moustaghfir  
Dr. A. İstemi Nalbantgil  
Dr. Cihan Altın  
Dr. E. İpek Türkoğlu  
Dr. Ebru Özpelit  
Dr. Emin Alioğlu  
Dr. Francesco Fici  
Dr. Guido Grassi  
Dr. M. Emre Özpelit  
Dr. M. Remzi Önder  
Dr. Maria Dorobantu  
Dr. Mehmet Burak Özen  
Dr. Nezihi Barış  
Dr. Oğuz Yavuzgil  
Dr. Resad Mahmudov  
Dr. Uğur Önsel Türk  
Dr. Üzeyir Rehimov



# BİLİMSEL PROGRAM

18 KASIM 2022, CUMA

15:30 - 16:00	<b>AÇILIŞ TÖRENİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI OTURUMU</b> <b>Moderatörler:</b> Dr. Remzi Önder, Dr. İstemihan Tengiz
15:30 - 15:40	<b>Açılış konuşmaları ve 2022 dernek faaliyetleri</b> Dr. Remzi Önder, Dr. İstemihan Tengiz
15:40 - 16:00	<b>Kardiyovasküler alanda akılcı ilaç kullanımı</b> Dr. Emre Özpelit
16:00 - 16:30	<b>Kahve Arası</b>
16:30 - 17:30	<b>KOMPLEKS KLİNİK OLGULAR OTURUMU</b> <b>Moderatörler:</b> Dr. Remzi Önder
16:30 - 16:50	<b>69 yaşında optimal medikal tedaviye rağmen semptomatik düşük EF'li KY olan olgunun yönetimi</b> Dr. Ebru Özpelit
16:50 - 17:10	<b>71 yaşında çoklu damar hastalığı olup revaskülarizasyon yapılamayan semptomatik olgunun yönetimi</b> Dr. Cihan Altın
17:10 - 17:30	<b>46 yaşında KAH ile izlenen revaskülarizasyon uygulanmış hiperlipidemik ancak statin intoleransı olan olgunun yönetimi</b> Dr. Emre Özpelit
19 KASIM 2022 CUMARTESİ	
09:00 - 10:30	<b>ESH-TÜRLİYE-AZERBAYCAN ORTAK OTURUMU HİPERTANSİYON VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR ORTAK OTURUMU: FARKLI ÜLKELERDEN BİR GÜNCELLEME</b> <b>Moderatörler:</b> Dr. Francesco Fici, Dr. İstemihan Tengiz
09:00 - 09:15	<b>Dirençli hipertansiyon: Hangi hastaya optimal medical tedavi veya renal denervasyon?</b> Dr. Guido Grassi
09:15 - 09:30	<b>Hipertansiyon ve KY'nin farklı klinik yönleri arasındaki ilişki</b> Dr. E. İpek Türkoğlu
09:30 - 09:45	<b>Yüksek tansiyon ve aritmiler: ilişkisi nedir?</b> Dr. Ferid Aliyev
09:45 - 10:00	<b>Yüksek tansiyon ve böbrek: ilk kurban mı yoksa ilk aktör mü?</b> Dr. Devrim Bozkurt
10:00 - 10:15	<b>Stabil koroner sendrom: Optimal medikal tedavi mi yoksa girişimsel tedavi mi? Ne zaman ve hangi hasta için?</b> Dr. Uzeyir Rahimov
10:15 - 10:30	<b>Tartışma</b>

10:30 – 11:00	<b>Kahve Arası</b>
11:00 – 12:00	<b>ANTIPLATELET TEDAVİ KLİNİK OLGULAR OTURUMU</b> <b>Moderatörler:</b> Dr. Oğuz Yavuzgil
11:00 – 11:20	<b>72 yaşında kararlı anjina ve AF ile izlenmekte olan olgunun elektif stent implantasyonu sonrası antiplatelet tedavisinin yönetimi</b> Dr. E. İpek Türkoğlu
11:20 – 11:40	<b>68 yaşında AKS ve yüksek kanama riskine sahip olgunun antiplatelet tedavisinin yönetimi</b> Dr. Mehmet Burak Özen
11:40 – 12:00	<b>58 yaşında daha önce kanama geçirmiş olgunun uzun dönem monoterapi ile antiplatelet tedavisi</b> Dr. Mehmet Burak Özen
12:00 – 13:30	<b>Öğle Yemeği</b>
13:30 – 14:30	<b>Mini Sempozyum</b> <b>ANTIHIPERTANSİF TEDAVİDE KOMBİNASYON TEDAVİSİ</b> <b>Moderatör:</b> Dr. E. İpek Türkoğlu
13:30 – 13:45	<b>Antihipertansif tedaviye her hastada tek tablet kombinasyon tedavisi ile mi başlayalım?</b> Dr. İstemihan Tengiz
13:45 – 14:00	<b>Tek tablet üçlü kombinasyon: Kime ve ne zaman?</b> Dr. Uğur Önsel Türk
14:00 – 14:15	<b>Üçlü tedavinin ötesi: Sonraki adım ne olmalı?</b> Dr. Ebru Özpelit
14:15 – 14:30	<b>Tartışma</b>
14:30 – 15:00	<b>Kahve Arası</b>
15:00 – 16:00	<b>Mini Sempozyum</b> <b>DİRENÇLİ HT TEDAVİSİNDE RENAL DENERVASYON</b> <b>Moderatör:</b> Dr. İstemihan Tengiz
15:00 – 15:15	<b>Renal denervasyon: Kime ve Nasıl?</b> Dr. İstemihan Tengiz
15:15 – 15:30	<b>Uzun dönem etkinliği? Re-innervasyon mümkün m?</b> Dr. Cihan Altın
15:30 – 15:45	<b>Preclinical assessment of renal denervation systems</b> Brad Hubbard, DVM
15:45 – 16:00	<b>Tartışma</b>
16:00 – 16:30	<b>Kahve Arası</b>

16:30 - 17:30	<b>Sempozyum</b> <b>İLERİ KAPAK GİRİŞİMLERİ VE OLGU BİLDİRİLERİ</b> <b>Moderatörler:</b> Dr. Barış Okçun, Dr. Gökhan Kahveci <b>Panelistler:</b> Dr. Kudret Keskin, Dr. İsmail Ateş
16:30 - 16:50	<b>TAVİ Olgusu</b> Dr. Levent Korkmaz
16:50 - 17:10	<b>Mitraklip Olgusu</b> Dr. Hüseyin Bozbaş
17:10 - 17:30	<b>Mitraklip Olgusu</b> Dr. Kudret Keskin
17:30 - 17:50	<b>Triklip Olgusu</b> Dr. Cihan Altın
17:50 - 18:10	<b>Tartışma</b>
18:10 - 18:20	<b>Transseptal ponksiyon komplikasyonunun yönetimi</b> Dr. Gamze Yeter Arslan, Dr. Erkan Baysal
18:20 - 18:30	<b>Geniş patent duktus arteriozus'lu (PDA) hastada "balloon pull-through" tekniği kullanarak başarılı perkütan transkateter kapama</b> Dr. Yemlihan Ceylan
18:30 - 18:40	<b>Acute ST Elevation Myocardial Infarction; Management Of Complications in The Rudimentary Artery</b> Dr. Ramazan Duz
18:40 - 18:50	<b>Yandaldaki tele bağlı koroner rüptür</b> Dr. Ecem Gürses, Dr Yusuf Demir
<b>20 KASIM 2022 PAZAR</b>	
10:00 - 11:20	<b>HİPERTANSİYON KLİNİK OLGULAR OTURUMU</b> <b>Moderatörler:</b> Dr. Abbasali Abbasaliyev <b>Panelistler:</b> Dr. Cengiz Şabanoğlu
10:00 - 10:20	<b>66 yaşında AF ve astımı olan hipertansif bayan hastanın yönetimi</b> Dr. E. İpek Türkoğlu
10:20 - 10:40	<b>56 yaşında proteinürinin eşlik ettiği GFR 42 ml/dk olan KBY'li hipertansif hastanın yönetimi</b> Dr. Emin Alioğlu
10:40 - 11:00	<b>81 yaşında Parkinson hastalığı olan hipertansif hastanın yönetimi</b> Dr. Nezih Barış
11:00-11:20	<b>Tartışma</b>

**BİLDİRİ  
ÖZETLERİ**



# TRANSSEPTAL PONSİYON KOMPLİKASYONUNUN CERRAHİSİZ YÖNETİLMESİ

Dr.Gamze Yeter Arslan, Dr.Erkan Baysal

## Giriş:

Elektrofizyoloji ve girişimsel işlemlerde son 20 yıldaki hızlı gelişmeler sonucunda oldukça sık şekilde transeptal ponksiyon işlemi yapılmaya başlanmıştır. Bu vakamızda katastrofik transeptal komplikasyonun cerrahisiz tedavisini anlatmayı amaçladık.

## Method:

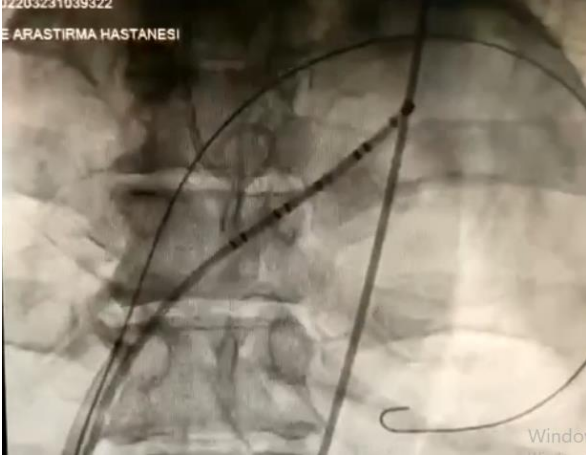
Hastanemize çarpıntı şikayetleriyle başvuran 52 yaş erkek hastanın dökümanente AF(atrial fibrilasyon) atakları olduğu saptandı.AF ablasyonu planlanarak katater laboratuvarına alındı.Hastada programlı elektrofizyolojik çalışma ile AF'ye dejenere olan AVNRT indüklendi.Hastanın 50 üzerinde olması sebebiyle hem AVNRT hem de AF ablasyon kararı alındı.Transeptal girişim yapılan hastamızın görüntüleri kullanıldı (Şekil 1-2-3-4-5). Transeptal ponksiyon sonrası sheathin epikarda olduğu gözlemlendi.İşlem başlangıcında 5000 IU iv heparin uygulanmıştı, komplikasyon farkedilince hemen antidot kullanıldı. Bu hastada transeptal komplikasyonun cerrahisiz yönetimini ele aldık.



**Şekil 1:** Transeptal sheathin LA(sol atrium) roofundan epikarda geçmesi ve epikardın opakla boyanması



**Şekil 2:** Transeptal sheath içerisinde kılavuz telin epikarda yerleştirilmesi



**Şekil 3:** Kılavuz tel yerleştirildikten 15 dk sonra hemodinami kontrolü yapılarak epikardtaki sheathin RA(sağ atriuma çekilmesi)



**Şekil 4:** Hemodinami stabil ve perikardiyal efüzyon olmadığı kontrol edilerek 30. dk da telin tamamen çekilmesi



**Şekil 5:** Perikardiyal efüzyon ve hemodinami kontrolü sonrası indüklenen AVNRT nin ablasyonu

### Sonuç:

AF ablasyonu özellikle son yıllarda birçok merkezde ilk seçenek olarak hastaya sunulmakta ve güvenle uygulanmaktadır. Genel olarak AF ablasyon işleminde komplikasyon riski %3-4 civarında olup birçoğu cerrahisiz yönetilebilmektedir. Transseptal ponksiyon AF ablasyonun en önemli basamaklarından biri olup tecrübeli ellerde düşük komplikasyon oranları ile gerçekleştirilmektedir.

### Tartışma:

Transeptal komplikasyonlar cerrahisiz olarak yönetilebilmektedir.

# GENİŞ PATENT DUKTUS ARTERİÖZUS'LU (PDA) HASTADA ‘‘BALLOON PULL-THROUGH’’ TEKNİĞİ KULLANARAK BAŞARILI PERKÜTAN TRANSKATETER KAPAMA

Dr.Yemlihan Ceylan

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kardiyoloji ABD, Van

## GİRİŞ

Patent duktus arteriozus (PDA), konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %10-15'ini oluşturmaktadır. Erişkin dönemde görüldükleri zaman, çoğunlukla perkütan yöntemle kapama tedavisi uygulanır. Konvansiyonel aortografide, özellikle erişkin ve geniş duktuslu olgularda, defekt çapı ve anatomisini değerlendirmek ve dolayısı ile uygun cihazın seçimi ve implantasyonu güç olabilmektedir. Bu durumda cihaz embolizasyonu, vasküler hasar, rezidü şant gibi komplikasyonların oluşma ihtimali artmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda balon pull-through yöntemiyle yapılan sizing ile uygun ve doğru cihaz seçimi ile birlikte başarılı kapama işlemlerinin yapılabildiği bildirilmiştir.

## OLGU SUNUMU

37 yaşında kadın hasta, kliniğimize efor dispnesi ile başvurdu. Fonksiyonel kapasitesi NYHA 3 olan hastanın laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografisinde, desenden aortadan sol pulmonere artere doğru, CW doppler ile maksimum sistolik 50 mmHg, diyastolik 25 mmHg devamlı akım paterni olan türbülan akım, hafif sol ventrikül sistolik disfonksiyonu, (LVEF %52) ile birlikte sol ventrikül çaplarında genişleme (LVEDD:68mm, LVESD:48mm) izlendi. Hastanın kateter incelemesinde; Qp/Qs:1.8, ortalama pulmoner arter basıncı 28 mmHg saptandı. Aortografide, Krichenko Tip A duktus saptandı. Perkütan kapama işleminde, antegrad yaklaşım planlandı. Defekt çapı ve anatomisi, aortografide yüksek debi, geniş duktusu ve geniş desenden aorta nedeniyle yeterli değerlendirilemediği için balon pull-through yöntemi ile defekt çapına ve kapama cihazı boyut seçimine karar verildi. Amplatzer 18mm sizing balon ile defektten geçilerek desenden aortaya geçildi. Balon düşük atm'de şişirilerek aortadan pulmoner artere geçildiği zaman indentasyon oluşması sağlandı. İndentasyon beli ölçülerek cihaz boyut seçimi yapıldı. Amplatzer 14/16 mm ADO-1 cihazı ile defekt, antegrad yoldan, başarılı bir şekilde kapatıldı. İşlem sonrası rezidü şant izlenmedi. İşlem sonrası erken dönemde LVEF %45 ölçüldü. Kapama sonrası geçici sistolik disfonksiyon düşünülerek ACE inhibitörü ve diüretik medikal tedavisine eklendi. Hastanın 6 ay sonra yapılan kontrolünde; fonksiyonel kapasitesi NYHA 1, ekokardiyografisinde de sol ventrikül çaplarının küçüldüğü (LVEDD:58mm, LVESD:40mm), sol ventrikül sistolik fonksiyonlarının normale geldiği (EF:%59) görüldü ve sistolik pulmoner arter basıncı da 30 mmHg olarak saptandı. Medikal tedavisi sonlandırılan hasta işlem sonrası 1 yıl süre ile sorunsuz takip edildi.

## TARTIŞMA

PDA, konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %10-15'ini oluşturmaktadır. Erişkin dönemde görüldükleri zaman, çoğunlukla perkütan yöntemle kapama tedavisi uygulanır. Konvansiyonel aortografide, özellikle erişkin ve geniş duktuslu olgularda, defekt çapı ve anatomisini değerlendirmek ve dolayısı ile uygun cihazın seçimi ve implantasyonu güç olabilmektedir. Bu durumda cihaz embolizasyonu, vasküler hasar, rezidü şant gibi komplikasyonların oluşma ihtimali artmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda balon pull-through yöntemiyle yapılan sizing ile uygun ve doğru cihaz seçimi ile birlikte başarılı kapama işlemlerinin yapılabildiği bildirilmiştir. Bu teknikte, balon sizing ile defektten desenden aortaya geçildikten sonra, aortada düşük atm.de şişirilip PDA'dan pulmoner artere geçildiği sırada, balonda indentasyon oluşması sağlanır. Böylelikle, indentasyon bel ölçümünü yaparak uygun kapama cihazı seçimi yapılması sağlanmış olur. Biz de, bu vakamızda balon pull-through yöntemini kullanarak başarılı kapama işlemini gerçekleştirebildik.

PDA perkütan kapama işlemlerinde, aortografide yetersiz opasite nedeniyle, defekt çapı ve anatomisine net karar verilemediği durumlarda, balon pull-through tekniği güvenle kullanılabilir ve akılda bulundurulması gereken bir yöntemdir.

# ACUTE ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION; MANAGEMENT OF COMPLICATIONS IN THE RUDIMENTARY ARTERY

Ramazan Duz, Medeni Karaduman,  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van

## INTRODUCTION:

After the use of drug-eluting stents, mortality and morbidity were significantly reduced, especially in myocardial infarction. However, major periprocedural complications such as coronary artery rupture and dissection, catheter-related aortic rupture, stent dislodgement and wire split.

We present a case of a patient with acute inferior myocardial infarction (AIMI), who developed complications of lewis type 3 coronary rupture, type D coronary artery dissection and wire split.

## CASE:

A 62 year old male patient, smoker, with AIMI referred has no known history of chronic disease and no drug use. Coronary angiography revealed that right coronary artery was occluded from the proximal segment. A 0.014" floppy tipped guidewire was passed to the lesion. Lesion was balloon (1.5x15 mm, SC) dilated. The guide catheter moved back from the ostium carrying the balloon. While attempting to advance the floppy, the tip of the floppy was broken, and then it was replaced with a new floppy. After the dilation, lewis type 3 coronary rupture and a type D coronary artery dissection were detected in the distal of the side branch.

Floppy was passed and pericardial effusion was examined by echocardiography. The balloon was inflated twice for 5 and 15 minutes for coronary occlusion simultaneously with protamine injection.

Deployment of the graft stent was not successful, a wire was sent to the ruptured side branch. It was inflated with a 1,25x10 mm SC balloon, and the graft stent was advanced from the main branch wire. After the graft stent was implanted, the drug-eluting stent was deployed in the proximal dissection. It was seen that the distal flow was weak and the extravasation stopped. Pericardial effusion did not increase during the hospitalization. The patient was discharged without any complications.

## DISCUSSION:

The estimated incidence of coronary rupture is 0.5% and is associated with a 13-fold increase in in-hospital major adverse events and a 5-fold increase in 30-day mortality. It is often caused by balloon and stent incompatibility, and rarely by the wire like our case. A graft stent is implanted in the case of persisting extravasation despite protoamine and balloon inflation. In our case, since the graft stent could not be advanced, a wire was sent to the ruptured side branch and the balloon was inflated. In this way, the balloon was like an anchor while the graft stent is advanced. The patient was prevented from the cardiac tamponade by minimizing extravasation.

In conclusion, our case is a good example in terms of considering the profit and loss before the procedure in case of the rudimentary problematic lesion in acute myocardial infarction. In addition, we should not be afraid to wire the ruptured side branch, so it should be kept in mind that it can be like an anchor while advancing the graft stent or stent.

**Keywords:** coronary dissection, coronary rupture, myocardial infarction, rudimentary artery