



Anjina Pectoris ve Koroner

Sendromlar Toplantısı

BİLİMSEL PROGRAM
SÖZLÜ BİLDİRİLER



Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Değerli Meslektaşlarımız,

Kardiyovasküler Akademi Derneğimizin öncülüğünde “Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı” başlığı altında bilimsel faaliyetlerimize devam ediyoruz. Sizleri, 13 — 15 Şubat 2026 tarihlerinde Eskişehir Anemon Otel'de gerçekleştireceğimiz bilimsel toplantımıza davet etmekten mutluluk duymaktayız.

Üç gün sürecek olan toplantımızda anjina pektoris, koroner sendromların güncel tanı, tedavi ve korunma rehberlerinin yanı sıra pratik hayatın içinden olgu sunumları ve tartışmaları konuları da yer alacaktır.

Bildiri göndermek için iletişim adresi: info@kvakademi.org

Çağdaş üniversiteleri, canlı sosyal yaşamı ve hızla gelişen sanayisiyle Anadolu'nun en dinamik kentlerinden biri olan Eskişehir'de, modern bir atmosferde buluşmak dileğiyle.

Saygılarımızla

Dernek Başkanı
Prof. Dr. Ömer Kozan

Genel Sekreter
Prof. Dr. Mehdi Zoghi

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



KVAK Dernek Yönetim Kurulu Üyeleri

Başkan

Prof. Dr. Ömer KOZAN

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Bülent GÖRENEK

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Berkay EKİCİ

Genel Sekreter

Prof. Dr. Mehdi ZOGHI

Genel Sekreter Yardımcısı

Prof. Dr. Pınar TÜRKER DUYULER

Genel Sekreter Yardımcısı

Doç. Dr. Sinem ÇAKAL

Sayman

Prof. Dr. A. Oktay ERGENE

Üyeler

Doç. Dr. Ahmet Öz

Doç. Dr. Ali Çoner

Uzm. Dr. Selvi Öztaş

Uzm. Dr. Mustafa Gönençer

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Komite

Beytullah ÇAKAL

Bülent GÖRENEK

Mehdi ZOGHI

Oktay ERGENE

Ömer KOZAN

Öner ÖZDOĞAN

Pınar TÜRKER DUYULER

Serkan DUYULER

Sinem ÇAKAL

Taner ŞEN

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

13 Şubat 2026

14:00–15:00 Oturum 1: Görüntüleme ve Fizyoloji Temelli PCI Kursu

Oturum Başkanları: Dr. Öner Özdoğan

IVUS ve OCT: Modern PCI'nın Rehberleri

Konuşmacı: Dr. Emrah Erdoğan

Öğrenim Hedefleri: Modern Perkütan Koroner Girişim (PCI) işlemlerinde IVUS ve OCT gibi görüntüleme yöntemlerinin endikasyonlarını, temel prensiplerini ve pratik uygulamalarını anlamak ve yorumlayabilmek.

FFR, iFR ve RFR: Hangi Hastada Hangisi?

Konuşmacı: Dr. Kadir Uğur Mert

Öğrenim Hedefleri: Fraksiyonel Akım Rezervi (FFR), iyileştirilmiş FFR (iFR) ve Dinelenim Basınç Oranı (RFR) gibi fizyolojik değerlendirme araçlarının temel mekanizmalarını ve hangi hastada, hangi yöntemin kullanılacağına dair klinik karar verme algoritmalarını öğrenmek.

15:00–15:30 Kahve Arası

15:30–16:30 Oturum 2: Kronik Koroner Sendromlarda Tanısal Stratejiler

Oturum Başkanları: Dr. Ömer Kozan, Dr. Yüksel Çavuşoğlu

KKS Hastasında Tanı Algoritması: Fonksiyonel Testlerden İleri Görüntülemeye

Konuşmacı: Dr. Selda Murat

Öğrenim Hedefleri: Kronik Koroner Sendromlu (KKS) hastalarda tanısal süreçte fonksiyonel testlerden ileri görüntüleme yöntemlerine kadar uzanan güncel algoritmaları ve bu algoritmaların pratik uygulamadaki yerini kavramak.

Mikrovasküler Anjina ve Endotel Disfonksiyonu: Yeni Sınırdaki Eski Hastalık

Konuşmacı: Dr. Erdi Babayiğit

Öğrenim Hedefleri: Mikrovasküler anjina ve endotel disfonksiyonunun patofizyolojisi, tanı yöntemleri ve yönetimindeki güncel yaklaşımları öğrenmek.

16:30–17:00 Kahve Arası

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

13 Şubat 2026

17:00–18:00 Oturum 3: Kardiyovasküler Risk Faktörleri Yönetimi

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Özgeyik, Dr. Serkan Duyuler

Diyabetli Hastada Kronik Koroner Sendrom Taraması ve Asemptomatik Hastalarda Risk Stratifikasyonu

Konuşmacı: Dr. Özge Tugay Yıldım

Öğrenim Hedefleri: Diyabeti olan hastalarda KKS taraması ve asemptomatik hastalarda risk sınıflandırmasına yönelik güncel kılavuz önerilerini bilmek.

Hipertansiyon Ve Kronik Koroner Hastalıkta Hedefe Yönelik Tedavi

Konuşmacı: Dr. Ayşegül Ülgen Kunak

Öğrenim Hedefleri: Hipertansiyonlu ve Kronik Koroner Hastalığı (KKH) olan hastalarda hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarını ve kan basıncı hedeflerini kavramak; bu kapsamda ilaç seçimi stratejilerini, özellikle Renin–Anjiyotensin–Aldosteron Sistemi (RAAS) blokajı (ACE inhibitörleri/ARB'ler) ve kalsiyum kanal blokerlerinin (KKB) koroner arter hastalığındaki yerini ve önemini anlamak.

LDL–K Hedefleri: Kanıta Dayalı Güncel Kılavuzlar ve Tıbbi Tedavideki

Paradigma Değişiklikleri

Konuşmacı: Dr. Sinem Çakal

Öğrenim Hedefleri: Kanıta dayalı güncel kılavuzlardaki Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol (LDL–K) hedeflerini ve bu hedeflere ulaşmak için kullanılan tıbbi tedavideki yeni paradigmaları ve stratejileri öğrenmek.

18:00–18:30 Açılış

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

14 Şubat 2026

09:00–10:00 Oturum 4: Koroner Sendromların Görünmeyen Yüzü

Oturum Başkanları: Dr. Oktay Ergene, Dr. Gurbet Özge Yunus

Subklinik Ateroskleroz

Konuşmacı: Dr. Taner Şen

Öğrenim Hedefleri: Subklinik aterosklerozun tanı, prognoz ve potansiyel yönetim stratejilerini anlamak.

INOCA ve Mikrovasküler Disfonksiyon

Konuşmacı: Dr. Çağatay Ertan

Öğrenim Hedefleri: Koroner Arterlerde Obstrüktif Olmayan İskemi (INOCA) ve mikrovasküler disfonksiyonun klinik önemini, tanısal yaklaşımını ve tedavi seçeneklerini öğrenmek.

MINOCA: Akut Olayın Görünmeyen Nedenleri ve Uzun Dönem INOCA'ya Geçiş Yönetimi

Konuşmacı: Dr. Ajar Koçak

Öğrenim Hedefleri: Koroner Arterlerde Obstrüktif Olmayan Miyokart Enfarktüsü (MINOCA) nedenlerini, akut olay yönetimini ve uzun dönemde INOCA'ya geçişin yönetimini kavramak.

10:00–10:30 Kahve Arası

10:30–11:30 Oturum 5: Akut Koroner Sendromda Tanısal ve Risk Sınıflama Yaklaşımları

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Görenek, Dr. İsa Ardahanlı

Tip 2 ve Tip 1 Miyokart Enfarktüsü Ayırımı: Patofizyolojik Mekanizmalar, Tanısal Zorluklar ve Tedaviye Yönelik Algoritmalar

Konuşmacı: Dr. Ezgi Çamlı Babayiğit

Öğrenim Hedefleri: Tip 1 ve Tip 2 Miyokart Enfarktüsü arasındaki patofizyolojik mekanizma farklarını, tanısal zorlukları ve tedaviye yönelik algoritmaları ayırt edebilmek; özellikle Tip 2 MI hastasının yönetiminde temel prensipleri ve altta yatan tetikleyici nedenin tedavisine yönelik konsültasyonlarda multidisipliner yaklaşım stratejilerini kavramak.

AKS sonrası kardiyojenik şok sınıflaması ve prognoz belirtecileri

Konuşmacı: Dr. Berkay Ekici

Öğrenim Hedefleri: Akut Koroner Sendrom (AKS) sonrası gelişen kardiyojenik şokun güncel sınıflamasını ve prognoz belirtecilerini değerlendirebilmek.

NSTEMI hastasında risk skorları (GRACE, TIMI, SYNTAX) ve ötesinde, kompleks lezyon morfolojisinin değerlendirilmesi

Konuşmacı: Dr. Serkan Duyuler

Öğrenim Hedefleri: Non-ST Elevasyonlu Miyokart Enfarktüsü (NSTEMI) hastalarında GRACE, TIMI, SYNTAX gibi risk skorlarının kullanımını ve bu skorların ötesinde kompleks lezyon morfolojisinin değerlendirilmesinin klinik karar verme sürecindeki önemini anlamak.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

14 Şubat 2026

11:30–12:00 Uydu Sempozyumu – Servier

**2024 ESC Kılavuzu Sonrası Anjina Pektoris Tedavisi: Zor Karar Süreçleri,
Doğru Tedavi Yönetimi**

Oturum başkanı: Oktay Ergene

Konuşmacı: Kadir Uğur Mert

12:00–13:00 Öğle Yemeği

13:00–14:00 Oturum 6: AKS Yönetiminde Güncel Tedavi Yaklaşımları

Oturum Başkanları: Dr. Mehdi Zoghi, Dr. Ali Cevat Tanalp

Akut Koroner Sendromda P2Y12 tedavisinde güncel durum ve DAPT Süresi

Konuşmacı: Dr. Ahmet Öz

Öğrenim Hedefleri: AKS yönetiminde P2Y12 inhibitörleri tedavisindeki güncel durumu ve Dual Antiplatelet Tedavi (DAPT) süresinin belirlenmesine yönelik kanıta dayalı kılavuz önerilerini öğrenmek.

Multivessel AKS Yönetimi

Konuşmacı: Dr. Bektaş Murat

Öğrenim Hedefleri: Çok damar hastalığı olan AKS hastalarında revaskülarizasyon stratejilerini ve Multivessel AKS Yönetimi konusundaki güncel yaklaşımları değerlendirebilmek.

AKS Sonrası Lipid Yönetimi ve Yeni Ufuklar

Konuşmacı: Dr. Suzan Şahan

Öğrenim Hedefleri: AKS sonrası lipid yönetimi hedeflerini ve bu hedeflere ulaşmada kullanılan yeni ufuklar (yüksek yoğunluklu statinler, ezetimib ve diğer yeni tedaviler) hakkında bilgi sahibi olmak.

14:00–14:30 Kahve Arası

14:30–15:30 Oturumu 7: AKS ve KKS Olgu Sunumları

Oturum Başkanları: Dr. Tolga Kunak, Dr. Muhammet Dural

Olgu 1: NSTEMI hastasında kompleks bifurkasyon lezyonuna yaklaşım

Konuşmacı: Dr. Süleyman Kalaycı

Olgu 2: Geniş anterior STEMI'de erken şok gelişimi: SCAI evreleme ile yönetim

Konuşmacı: Dr. Elton Soydan

Olgu 3: Kronik total oklüzyonlu (CTO) hastada revaskülarizasyon kararı

Konuşmacı: Dr. Beytullah Çakal

15:30–16:00 Kahve Arası

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

14 Şubat 2026

16:00–17:00 Oturum 8: Kılavuzların Ötesinde Kronik Koroner Sendrom Yönetimi: Bireyselleşme, Metabolik Optimizasyon ve Eşlik Eden Klinik Durumların Stratejik Tedavisi

Oturum Başkanları: Dr. Pınar Türker Duyuler

Kronik Koroner Sendromda Gelişmiş Anti-anjinal Stratejiler: Metabolik Tedavinin Anahtar Rolü

Konuşmacı: Dr. Ekren Şahan

Öğrenim Hedefleri: KKS tedavisinde gelişmiş anti-anjinal stratejilerin rolünü ve metabolik tedavinin anjinal yönetimindeki anahtar rolünü anlamak.

De-Eskalasyon ve Monoterapi Alternatifleri

Konuşmacı: Dr. Ali Çoner

Öğrenim Hedefleri: Antiplatelet tedavide de-eskalasyon stratejileri ve monoterapi alternatiflerine yönelik kanıtları ve uygun hasta profillerini öğrenmek.

Obezite Yönetiminde Kardiyoprotektif İlaçlar ve Sonuçları

Konuşmacı: Dr. Ümit Yaşar Sinan

Öğrenim Hedefleri: Obezite yönetiminde kullanılan ilaçların kardiyoprotektif etkilerini ve KKS hastalarındaki tedavi sonuçlarına etkilerini değerlendirebilmek.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

15 Şubat 2026

09:00–09:30 Koroner Arter Hastalığında Çoklu ilaç Kullanımı ve Akılcı İlaç Seçimi

Konuşmacı: Dr. Berkay Ekici

Öğrenim Hedefleri: Koroner Arter Hastalığı (KAH) yönetiminde sıkça karşılaşılan polifarmasinin klinik sonuçları ve potansiyel yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları, kılavuz temelli tedavideki temel ilaç gruplarını (anti-agreganlar, beta blokerler, ACE inhibitörleri/ARB'ler, statinler vb.) akılcı ilaç kullanımı prensipleri çerçevesinde değerlendirebilmeleri, özellikle komorbiditeleri olan ve yaşlı hastalarda ilaç etkileşimlerini, kontrendikasyonları ve doz ayarlamalarını yönetebilme becerisi kazanmaları ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarıyla hastanın genel sağlığı ve yaşam kalitesini optimize eden optimal ve maliyet-etkin ilaç stratejilerini seçebilmeleri hedeflenmektedir.

09:30–10:00 Kahve Arası

10:00–11:00 Oturum 9: Spesifik KKS Durumlarının Yönetimi

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Görenek

İskemik Kalp Yetersizliği

Konuşmacı: Dr. Selvi Öztaş

Öğrenim Hedefleri: KKS zemininde gelişen iskemik kalp yetersizliğinin tanı, ayırıcı tanı ve güncel medikal tedavi yaklaşımlarını öğrenmek; özellikle Ejeksiyon Fraksiyonu Düşük Kalp Yetersizliği (HFrEF) olan hastalarda, revaskülarizasyon (PCI veya CABG) kararının verilmesindeki endikasyonları, ve revaskülarizasyon yönteminin seçimine yönelik güncel kılavuz ve kanıtları kavrayabilmek.

Yaşlı Hastada KKS: İleri yaştaki, çoklu komorbiditesi olan hastalarda revaskülarizasyon (PCI/CABG) kararı ve tedavi yoğunluğunun bireyselleştirilmesi

Konuşmacı: Dr. Uğur Aksu

Öğrenim Hedefleri: İleri yaştaki, çoklu komorbiditesi olan KKS hastalarında revaskülarizasyon (PCI/CABG) kararı ve tedavi yoğunluğunun bireyselleştirilmesi stratejilerini kavramak.

Kronik Total Oklüzyon ve Anjina

Konuşmacı: Dr. Tolga Kunak

Öğrenim Hedefleri: CTO'lu hastalarda anjina semptomlarının yönetimi ve revaskülarizasyon (CTO-PCI) endikasyonlarına dair güncel kanıtları ve yaklaşımları öğrenmek.

11:00–11:30 Kahve Arası

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Bilimsel Program

15 Şubat 2026

11:30–12:00 Bildiri Sunumları–1

Oturum Başkanı: Dr. Mehdi Zoghi

1. Sözlü Bildiri: Bektaş Murat, Selda Murat

Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan STEMI Hastalarında No-Reflow Fenomenini
Öngörmede Hematolojik İnflamasyon İndekslerinin Karşılaştırmalı Prediktif Değeri

2. Sözlü Bildiri: Selim Süleyman Sert

Kapatalım mı, Takip mi Edelim? Koroner Arter Hastalığı ve LAD—Aort Fistülü Olan Hastaya Yaklaşım

3. Sözlü Bildiri: Ayşegül Ülgen Kunak

Türkiye’de Hipertansiyon ve/veya Anjina Pektoris Hastalarında Benidipin

Tedavisinin Etkinlik ve Güvenliliği – Benidipin TR : Çok Merkezli Gözlemsel Çalışma

12:00–13:00 Öğle Yemeği

13:00–13:30 Bildiri Sunumları–2

Oturum Başkanı: Dr. Oktay Ergene

1. Sözlü Bildiri: Esra Can Önder, İstiklal Özkaya

Atipik Bir EKG Bulgusunun Eşlik Ettiği Koroner—Ventrikül Fistülüne Bağlı ANOCA: Semptomatik
Erişkin Olgu Sunumu

2. Sözlü Bildiri: İstiklal Özkaya, Esra Can Önder

Transradial Yaklaşımında Tiger Kateterin İstenmeyen Bir Komplikasyonu: Perkütan Başarısızlık
Sonrası Cerrahi Bailout

3. Sözlü Bildiri: Büşra Özyeşil Akut Koroner Sendrom Eşittir Stent mi?

4. Sözlü Bildiri: Sefa Erdi Ömür, Halit Emre Yalvaç

Anginanın İki Yüzü: Obstrüktif Olay Riski, Non–Obstrüktif Semptom Yükü

13:30–14:00 İskemik Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Yapay Zeka Desteği

Konuşmacı: Dr. Mehdi Zoghi

Öğrenim Hedefleri: Yapay Zeka (YZ) ve Derin Öğrenme modellerinin iskemik kalp hastalıklarının erken tanısı ve risk sınıflandırmasındaki potansiyelini ve mevcut klinik uygulamalarını anlamaları, EKG, kardiyak görüntüleme (EKO, BT, MR) ve klinik verilerde kullanılan temel YZ algoritmalarını tanımaları, YZ destekli karar sistemlerinin optimal revaskülarizasyon seçimi ve kişiselleştirilmiş ilaç tedavisi önerilerinde nasıl kullanıldığını değerlendirmeleri ve son olarak, YZ modellerinin klinik validasyonu, veri gizliliği (etik) ve hekim–YZ işbirliği gibi uygulama zorlukları hakkında eleştirel bir bakış açısı geliştirmeleri hedeflenmektedir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Selda Murat

Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan STEMI Hastalarında No-Reflow Fenomenini
Öngörmede Hematolojik İnflamasyon İndekslerinin Karşılaştırmalı Prediktif Değeri

Bektas Murat¹, Selda Murat²

¹ Eskişehir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Eskişehir

² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş:

No-reflow fenomeni, ST-segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) nedeniyle primer perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan hastalarda görülebilen ve klinik açıdan önemli bir komplikasyondur. Epikardiyal koroner reperfüzyonun başarılı şekilde sağlanmasına rağmen, miyokardiyal doku perfüzyonunun yetersiz kalması daha büyük infarkt alanı, bozulmuş sol ventrikül fonksiyonu ve artmış kısa ve uzun dönem mortalite ile ilişkilidir.

İnflamasyon; endotelial disfonksiyon, mikrovasküler obstrüksiyon, lökosit aktivasyonu ve trombosit agregasyonu gibi mekanizmalar yoluyla no-reflow patofizyolojisinde merkezi bir rol oynamaktadır. Son yıllarda rutin tam kan sayımından elde edilen nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve pan-immün-inflamasyon değeri (PIV) gibi bazı hematolojik inflamasyon indeksleri akut koroner sendromlarda prognostik belirteçler olarak önerilmiştir. Ancak bu indekslerin no-reflow öngörüsündeki göreceli prediktif değerlerini karşılaştıran veriler sınırlıdır.

Gereç ve Yöntem:

Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, STEMI tanısı ile başvurup primer PKG uygulanan toplam 851 ardışık hasta dahil edildi. Hematolojik inflamasyon indekslerinin hesaplanması için gerekli verileri eksik olan hastalar dışlandı. Ayrıca akut veya kronik inflamatuvar ya da enfeksiyöz durumları bulunan hastalar (akut enfeksiyon, sepsis, aktif inflamatuvar hastalık, hematolojik malignite, kronik immünsüpresif tedavi veya bilinen otoimmün hastalıklar) inflamatuvar belirteçler üzerindeki olası karıştırıcı etkileri önlemek amacıyla dışlandı. Toplam 296 hasta çalışmadan dışlandı ve verileri tam olan 555 hasta nihai analize dahil edildi. Hastaneye başvuru sırasında alınan periferik kan örneklerinden elde edilen hematolojik parametreler kullanılarak NLR, PLR, SII ve PIV hesaplandı. No-reflow fenomeni, PKG sonrası standart anjiyografik kriterlere göre tanımlandı. Tüm hastalar için temel klinik, laboratuvar ve işlemsel özellikler sistematik olarak kaydedildi.

No-reflow gelişimini öngörmede her bir hematolojik inflamasyon indeksinin ayırt edici gücünü değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla ROC eğrisi analizi yapıldı. Her bir indeksin prediktif doğruluğu ROC eğrisi altında kalan alan (AUC) ile değerlendirildi ve sonuçlar %95 güven aralığı (GA) ile raporlandı.

Bulgular:

Nihai analize dahil edilen 555 STEMI hastasının 64'ünde (%11,5) anjiyografik no-reflow saptandı. No-reflow gelişen hastalar, PKG sonrası normal koroner akım elde edilen hastalara kıyasla başvuru anında daha belirgin bir sistemik inflamatuvar yanıt sergilemekteydi. Medyan PIV değerleri, no-reflow gelişen grupta no-reflow olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo).

Buna ek olarak NLR, PLR ve SII değerleri de no-reflow grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu; ancak ROC eğrisi analizinde bu indekslerin ayırt edici gücü PIV'ye kıyasla daha düşüktü. ROC eğrisi analizi, no-reflow öngörüsünde en yüksek ayırt edici gücün PIV'ye ait olduğunu gösterdi (AUC: 0,64; %95 GA: 0,58—0,71). Diğer hematolojik inflamasyon indekslerinin prediktif performansı ise sınırlıydı: SII için AUC 0,54 (%95 GA: 0,47—0,62), PLR için 0,56 (%95 GA: 0,49—0,64) ve NLR için 0,56 (%95 GA: 0,50—0,62) olarak saptandı (Şekil).

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel

Selda Murat

Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan STEMI Hastalarında No-Reflow Fenomenini
Öngörmede Hematolojik İnflamasyon İndekslerinin Karşılaştırmalı Prediktif Değeri

Sonuç:

Sık kullanılan hematolojik inflamasyon indeksleri arasında PIV, akut STEMI nedeniyle primer PKG uygulanan hastalarda no-reflow fenomenini öngörmede daha üstün bir prediktif performans göstermiştir. Basitliği, kolay erişilebilirliği ve konvansiyonel inflamasyon indekslerine kıyasla daha yüksek ayırt edici gücü göz önüne alındığında, PIV'nin rutin klinik pratikte no-reflow açısından yüksek riskli hastaların erken dönemde tanımlanması ve risk sınıflamasında yararlı bir araç olabileceği düşünülmektedir.

Tablo: No-Reflow Durumuna Göre Temel Klinik, Laboratuvar ve İnflamatuvar Özellikler

Değişkenler	No-reflow yok (-) (n=491)	No-reflow var (+) (n=64)	p değeri
Yaş, yıl	64.0 (56.0–71.0)	63.0 (52.8–72.0)	0.677
Diyabetes Miletus, n (%)	186 (37.9)	35 (54.7)	0.014
Hipertansiyon, n (%)	224 (45.6)	33 (51.6)	0.370
Aktif sigara kullanımı, n (%)	267 (54.4)	26 (40.6)	0.038
Atriyal fibrilasyon, n (%)	12 (2.4)	0 (0.0)	0.377
Koroner arter hastalığı öyküsü, n (%)	111 (22.6)	21 (32.8)	0.071
Glukoz, mg/dl	115.0 (91.5–154.5)	100.5 (86.8–127.3)	0.002
AST, U/L	27.0 (19.0–41.5)	35.0 (13.8–41.0)	0.932
ALT, U/L	21.0 (15.0–34.0)	27.0 (13.8–40.0)	0.155
Alkalen fosfataz, U/L	47.0 (45.0–78.0)	45.0 (45.0–66.0)	0.051
Sodyum, mmol/L	137.0 (134.0–140.0)	136.0 (134.0–139.0)	0.061
LDL kolesterol, mg/dl	94.0 (85.0–133.8)	89.0 (83.0–91.0)	0.001
HDL kolesterol, mg/dl	41.0 (36.0–47.0)	41.0 (36.8–46.0)	0.605
Kreatinin, mg/dl	1.16 (0.83–1.54)	1.52 (1.40–1.77)	<0.001
Hemoglobin, g/dl	13.0 (11.6–14.8)	12.8 (11.1–13.1)	0.003
Lenfosit, $\times 10^3/\mu\text{L}$	1.76 (1.45–2.45)	1.62 (1.41–1.78)	0.005
Monosit, $\times 10^3/\mu\text{L}$	1.00 (0.62–1.30)	1.29 (1.13–1.54)	<0.001
Nötrofil, $\times 10^3/\mu\text{L}$	6.60 (5.78–9.03)	8.26 (7.08–12.01)	0.034
NLR (Nötrofil/Lenfosit Oranı)	3.76 (2.41–5.15)	4.14 (3.62–4.75)	0.042
PLR (Trombosit/Lenfosit Oranı)	122.34 (83.70–205.46)	145.19 (89.64–228.22)	0.036
SII (Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi)	841.67 (496.24–1538.90)	1107.83 (574.92–1616.71)	0.029
PIV (Pan-İmmün İnflamasyon Değeri)	782.47 (356.40–1632.25)	1424.07 (795.08–2080.18)	0.001
Altı aylık mortalite, n (%)	16 (3.3)	6 (9.4)	0.031
Bir yıllık mortalite, n (%)	31 (6.3)	10 (15.6)	0.018
İntrakoroner adrenalın kullanımı, n (%)	0 (0.0)	5 (7.8)	<0.001

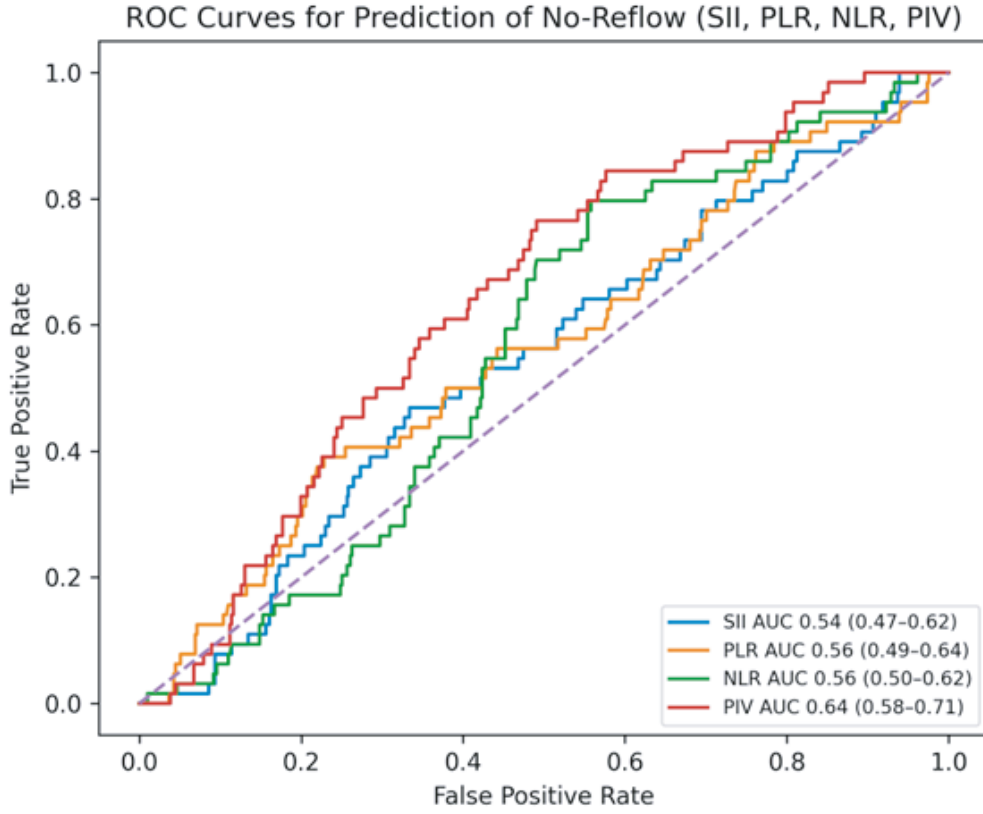
Şekil: No-Reflow Fenomenini Öngörmede Hematolojik İnflamasyon İndekslerinin ROC Eğrisi Analizi

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel

Selda Murat

Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan STEMI Hastalarında No-Reflow Fenomenini
Öngörmede Hematolojik İnflamasyon İndekslerinin Karşılaştırmalı Prediktif Değeri



Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Selim Süleyman Sert

Kapatalım mı, Takip mi Edelim? Koroner Arter Hastalığı ve LAD–Aort Fistülü Olan Hastaya Yaklaşım

Selim Süleyman Sert, Mustafa Karabacak, Fatih Aksoy, Kadir Şeker
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

Giriş:

Koroner arter fistülleri, koroner arterlerle sistemik veya pulmoner damarlar arasındaki anormal bağlantılardan oluşan nadir anomalilerdir. Genellikle tesadüfen saptanır; tanıda koroner anjiyografi ve BT anjiyografi tercih edilir. Semptomatik hastalarda temel tedavi kateterle kapatmadır. Bu olguda, stabil anjina nedeniyle değerlendirilen bir hastada tespit edilen nadir LAD—aort fistülü ve eşlik eden ciddi LAD darlığına yönelik tanısal ve tedavi yaklaşımımız sunulmuştur.

Olgu:

Hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı öyküsü bulunan 50 yaşındaki erkek hasta, eforla olan göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. EKG'si sinüs ritmindeydi. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %35, orta-ileri mitral ve orta triküspit yetersizlik ile pulmoner arter basıncı 55 mmHg ölçüldü. 2023 yılında yapılan koroner anjiyografide CX arterine stent uygulanmıştı.

Hastaya stabil anjina pektoris ön tanısı ile koroner anjiyografi (KAG) planlandı. KAG'da LAD'de ikinci septal dal düzeyinde %99 darlık ve proksimalden aortaya uzanan fistül saptandı(Şekil 1A,1B,1C).LAD lezyonu floppy guide wire ile geçilerek 3.5×16 mm ilaç kaplı stent implante edildi ve rezidü kalmadı(Şekil 2A,2B). İşlem başarıyla tamamlandı. Hastanın şikâyeti gelişmesi halinde LAD—aort fistülünün coil ile kapatılmasına karar verildi. Hastanın 1 yıllık düzenli takiplerinde şikâyetlerinin gerilediği ve asemptomatik seyrettiği görüldü.

Sonuç:

Koroner arter fistüllerinin tedavisinde geçmişte cerrahi onarım tercih edilirken, günümüzde kateter yoluyla kapatma ilk seçenek haline gelmiştir. Bu yöntemle fistülün distal kısmı embolize edilerek şant akımı azaltılır ve normal perfüzyon korunur. Embolizasyon genellikle coil veya balon ile sağlanır ve işlem başarısı post-prosedürel anjiyografiyle doğrulanır. Sunulan olguda, nadir görülen LAD—aort fistülü tespit edilmesine rağmen takiplerinde iskemi veya anjina gelişmemesi nedeniyle girişimsel kapatma yapılmamış ve hasta konservatif olarak izlenmiştir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Selim Süleyman Sert

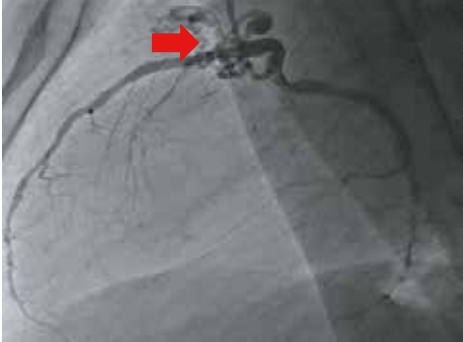
Kapatalım mı, Takip mi Edelim? Koroner Arter Hastalığı ve LAD–Aort Fistülü Olan Hastaya Yaklaşım



Şekil 1A Kırmızı ok: Koroner anjiyografide LAD'den aortaya uzanan fistül



Şekil 1B



Şekil 1C

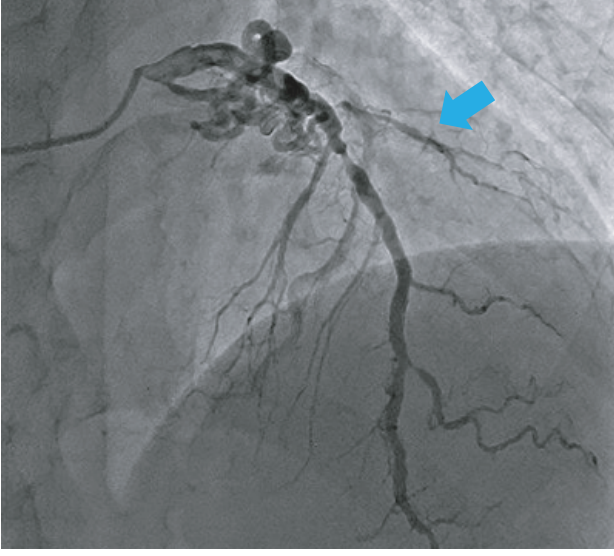
Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel

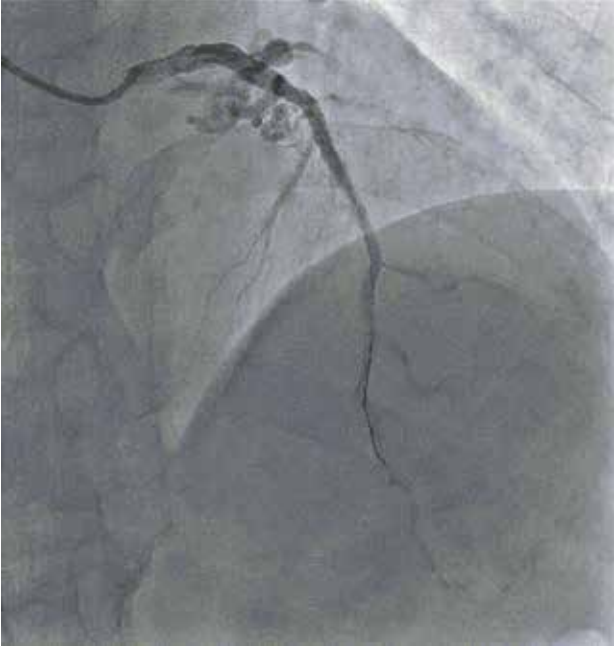


Selim Süleyman Sert

Kapatalım mı, Takip mi Edelim? Koroner Arter Hastalığı ve LAD-Aort Fistülü Olan Hastaya Yaklaşım



Şekil Mavi ok: Koroner Anjiografide Lad 2.septal seviyesi kritik darlık



Figür 2B: Stent implantasyonu sonrası LAD'de optimal akım sağlandığı izlenmiştir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Ayşegül Ülgen Kunak

Türkiye'de Hipertansiyon ve/veya Anjina Pektoris Hastalarında Benidipin Tedavisinin
Etkinlik ve Güvenliliği - Benidipin TR : Çok Merkezli Gözlemsel Çalışma

Ayşegül Ülgen Kunak¹, Tolga Kunak², Ertan Aydın³, Ümit Yaşar Sinan⁴, Ali Nizami Elmas⁵, Umut Uyan⁶, Berkay Ekici⁷, Onur Aslan⁸, Baran Arık⁹, Kübra Korkmaz¹⁰, Mustafa Doğduş¹¹, Ferhat Ahmet Kaya¹², Nedret Ülvan¹³, Serhat Çalışkan¹⁴, Berkant Öztürk¹⁵, Zafer Kök¹⁶, Murat Kerkütlüoğlu¹⁷, Mehmet Kış¹⁸, Sinan İnci¹⁹, Mustafa Ahmet Huyut²⁰, Vedat Hekimsoy²¹, Emrah Yeşil²², Özkan Bekler²³, Sebahat Tekeli Şengül²⁴, Emrah Kaya²⁵, Aykut Demirkıran²⁶, Sefa Erdi Ömür²⁷, Halil İbrahim Durmuş²⁸, Şahbender Koç²⁸, Saadet Aydın²⁹, Fahrettin Katkat³⁰, Ömer Kümet¹², Murat Küçükokur³¹, Aysu Oktay³², Mehmet Ertürk³², Taner Şen²⁵, Nurcemal Şentürk³³, Hatice Solmaz³¹, Lütfü Bekar³⁴, Özkan Kayhan³⁵, Müge İldızlı Demirbaş³⁶, Kenan Toprak³⁷, Sedat Kanat³⁷, Cenk Conkbayır³⁸, Alkame Akgümüş³⁹, Fahri Er⁴⁰, Ömer Bedir⁴¹, Ramazan Duz⁴², Harun Recep Narçiçeği⁴³, Yasin Deniz⁴², Nezihe İlknur Bostanoğlu⁴⁴, Mehdi Zoghi⁴⁵, Asım Oktay Ergene¹⁸

Giriş ve Amaç:

Bu çalışmada, Türkiye genelinde kardiyoloji polikliniklerine başvuran hipertansiyon ve/veya anjina pektoris tanılı hastalarda benidipin tedavisinin 3 aylık takipte hemodinamik, klinik ve laboratuvar sonuçlar üzerindeki etkisinin ve güvenliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

Bu çok merkezli, prospektif, gözlemsel gerçek yaşam çalışmasına Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde yer alan 45 merkezden, 53 araştırmacı tarafından izlenen toplam 1659 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar verileri ile eşlik eden hastalıkları ve kullandıkları kardiyovasküler ilaçlar bazal dönemde kaydedilmiştir. Benidipin tedavisi hekim tercihi ile başlanmış olup hastalar 3 ay boyunca izlenmiştir. Bazal ve 3. ayda kan basıncı, kalp hızı, laboratuvar parametreleri, Kanada Kardiyovasküler Derneği (CCS) anjina sınıflaması, haftalık anjina atak sayısı ve nitrogliserin kullanımı değerlendirilmiştir. Tedaviye bağlı yan etkiler ve klinik olaylar takip süresince kaydedilmiştir. Yaşam kalitesi ve semptom yükü MSAQ-7 anketi ile ölçüldü. Bazal ve 3. ay verilerinin karşılaştırılmasında eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanıldı ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 62.2 ± 12.2 yıl olup %54'ü kadındı. Katılımcıların %93.8'inde hipertansiyon ve %80.7'sinde CCS sınıf I—IV düzeyinde anjina mevcuttu. Üç aylık benidipin tedavisi sonrasında sistolik kan basıncı 142.4 ± 14.9 mmHg'den 128.6 ± 11.6 mmHg'ye, diyastolik kan basıncı ise 84.4 ± 9.6 mmHg'den 77.6 ± 7.9 mmHg'ye anlamlı şekilde azaldı (her ikisi için $p<0.001$). Anjinası olmayan hasta oranı artarken, CCS sınıf II—IV hasta oranlarında belirgin azalma gözlemlendi. Haftalık anjina atağı olmayan hasta oranı %54.9'dan %64.1'e, haftalık nitrogliserin kullanmayan hasta oranı ise %73.9'dan %79.9'a yükseldi ($p<0.001$). MSAQ-7 toplam skoru 29.01 ± 3.69 'dan 30.94 ± 2.81 'e anlamlı şekilde arttı ($p<0.001$). Laboratuvar değerlendirmelerinde açlık plazma glukozu ve LDL kolesterol düzeylerinde hafif ancak istatistiksel olarak anlamlı azalma izlenirken, serum kreatinin ve hemoglobin düzeylerinde anlamlı değişiklik saptanmadı. Benidipin tedavisi iyi tolere edildi; en sık bildirilen advers olaylar baş ağrısı (%6.0), periferik ödem (%4.3), baş dönmesi (%4.8) ve hipotansiyon (%3.6) idi. Tedavinin 3. ayda devam oranı %92.3 olarak belirlendi.

Sonuç:

Bu geniş ölçekli, çok merkezli gerçek yaşam çalışması, benidipin tedavisinin hipertansiyon ve/veya anjina pektoris hastalarında kısa dönemde kan basıncı kontrolünü sağladığını, anjina semptom yükünü azalttığını ve iyi tolere edildiğini göstermektedir. Benidipin, kardiyovasküler risk profili yüksek hastalarda etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Ayşegül Ülgen Kunak

- ¹ S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Antalya, Türkiye
- ² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye
- ³ Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Giresun, Türkiye
- ⁴ İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul, Türkiye
- ⁵ İzmir Menderes Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
- ⁶ İzmir Ödemiş Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
- ⁷ Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dr. Rıdvan Ege Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
- ⁸ Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Mersin, Türkiye
- ⁹ İzmir Torbalı Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
- ¹⁰ Van Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Van, Türkiye
- ¹¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi, Medical Point Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
- ¹² Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Van, Türkiye
- ¹³ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
- ¹⁴ İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ¹⁵ Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Samsun, Türkiye
- ¹⁶ Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye
- ¹⁷ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye
- ¹⁸ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
- ¹⁹ Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye
- ²⁰ İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ²¹ Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
- ²² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye
- ²³ İstanbul Medipol Üniversitesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ²⁴ Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Uşak, Türkiye
- ²⁵ Kütahya S.B.Ü., Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye
- ²⁶ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye
- ²⁷ Tokat Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye
- ²⁸ Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
- ²⁹ İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
- ³⁰ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ³¹ İzmir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
- ³² S.B.Ü. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ³³ Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
- ³⁴ Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Çorum, Türkiye
- ³⁵ Kepez Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Antalya, Türkiye
- ³⁶ Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ³⁷ Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye
- ³⁸ Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Lefkoşa, K.K.T.C.
- ³⁹ Bandırma 17 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
- ⁴⁰ Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ağrı, Türkiye
- ⁴¹ Adana Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Adana, Türkiye
- ⁴² Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye
- ⁴³ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
- ⁴⁴ S.B.Ü. Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- ⁴⁵ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Esra Can Önder

Atipik Bir EKG Bulgusunun Eşlik Ettiği Koroner-Ventrikül Fistülüne Bağlı ANOCA:
Semptomatik Erişkin Olgu Sunumu

Esra Can Önder, Ata Paşaoğlu, Erdi Babayiğit, İstiklal Özkaya
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş:

Koroner arter fistülü (KAF); herhangi bir koroner arter ile atriyum ve ventriküllerden biri veya başka bir büyük damar arasında anormal bir bağlantı olmasıdır. KAF genellikle konjenitaldir ancak sonradan da oluşabilir. Literatüre bakıldığında ilk olarak 1865 yılında Krause tarafından tanımlandığı belirtilmektedir. KAF'ın ilk başarılı cerrahi tedavisinin 1947 yılında Björk ve Crafoord tarafından yapıldığı kayıtlıdır. Görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, anjiyografi taramalarında %0,08—0,18 olarak bildirilmiştir.

Klinik seyrine ve hastanın özelliklerine göre ölümcül olabilen bir durumdur. Asemptomatik seyredebileceği gibi, hastalar göğüs ağrısı veya dispne ile de başvurabilirler. Koroner arter patolojileri KAF'a eşlik edebilir. KAF; kardiyak tamponad, ventriküler taşikardi, kalp yetmezliği, koronerlerde trombus oluşumu ve miyokard enfarktüsü, hatta kalp rüptürüne neden olabilir.

Sunulan olgu, sirkumfleks arterden sağ ventriküle açılan bir KAF olgusudur. Hastanın klinik bulgularının, tetkik sonuçlarının ve izlem sürecinin literatürle paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu:

Altmış sekiz yaşında kadın hasta, bilinen tip 2 diyabet ve guatr öyküsü ile başvurdu. Sigara kullanmıyordu; ex-smoker olup yaklaşık 21 yıl önce sigarayı bırakmıştı ve 30 yıl boyunca günde iki paket sigara içmişti. Sekiz ay önce periferik vertigo nedeniyle nöroloji kliniğine başvurmuş, beyin manyetik rezonans görüntülemesinde ponsta şüpheli lezyon saptanmış ve asetilsalisilik asit (ASA) 100 mg ile düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlanmıştı. Devam eden tedavileri arasında levotiroksin 75 mcg ve oral antidiyabetik ajanlar bulunmaktaydı.

Hasta, son 1,5—2 yıldır eforla artan ve özellikle son 1 ayda şiddetlenen efor dispnesi (NYHA sınıf II) şikâyeti ile kardiyoloji kliniğimize başvurdu. Atipik özellikte göğüs ağrısı tarifleyen hasta çarpıntı tarif etmiyordu.

Elektrokardiyogram (EKG) sinüs ritminde olup D1—aVL derivasyonlarında T dalga negatifliği, inferior derivasyonlarda erken repolarizasyon ile uyumlu görünüm ve V1—V6 derivasyonlarında T dalga negatifliği mevcuttu. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60 olarak saptandı ve orta—ciddi kapak hastalığı izlenmedi. Sağ ventrikül komşuluğunda 13 × 15 mm boyutlarında yağ yastıkçığı ile uyumlu görünüm mevcuttu. TAPSE değeri 24 mm, lateral S' 14 cm/sn idi. Hafif triküspit yetersizliği mevcut olup sistolik pulmoner arter basıncı 25 mmHg, triküspit yetmezlik jet hızı 2,0 m/sn olarak ölçüldü. Sağ atriyum 34 mm, sağ ventrikül 32 mm olarak ölçüldü. Pro-BNP seviyesi 136 pg/mL idi (hafif yüksek).

Atipik EKG bulguları ve göğüs ağrısı şikâyeti olması nedeniyle hastaya koroner anjiyografi planlandı. Anjiyografide koroner arterlerde aterosklerotik vasküler hastalık izlenmedi. Sirkumfleks arterden (CX) köken alan ve sağ ventriküle açılan koroner—ventriküler fistül saptandı. Sağ ventrikül fonksiyonları korunmuş olan hastaya klinik takip önerildi.

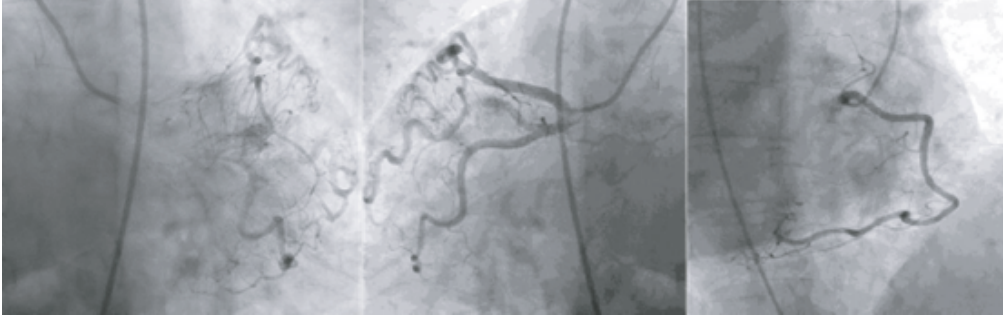
Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Esra Can Önder

Atipik Bir EKG Bulgusunun Eşlik Ettiği Koroner-Ventrikül Fistülüne Bağlı ANOCA:
Semptomatik Erişkin Olgu Sunumu



Resim 1—3. Sirkumfleks arter—sağ ventrikül fistülü.

Tartışma:

Koroner arter fistüllerinin genellikle konjenital olduğu bilinmektedir. Sunulan olguda diyabet öyküsü, sigara kullanımı ve nörolojik bulgular (pons lezyonu) fistülün edinilmiş komponenti olabileceğini düşündürmekle birlikte, atipik EKG bulgularının ve göğüs ağrısının nedeni olarak fistül varlığı ön plana çıkmaktadır.

Bu olguda, sol koroner sistemden (CX) sağ ventriküle drenaj yapan fistül, erişkin yaşta semptomatik hale gelen nadir bir konjenital anomali olarak değerlendirilmiştir. Literatürde sol koroner kökenli fistüllerin genellikle sol ön inen arterden (LAD) kaynaklandığı bildirilmektedir.

Literatürde 83 yaşında bir kadın hastanın dispne ile başvurduğu, transtorasik ekokardiyografide triküspit kapak halkası düzeyinde sağ ventriküle boşalan LAD kökenli fistül saptandığı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun yaklaşık %65 olduğu ve hastanın komorbiditeleri nedeniyle konservatif olarak izlendiği bildirilmiştir. Başka bir olguda ise 23 yaşında bir kadın hastada LAD ile sağ ventrikül arasında genişlemiş ve kıvrımlı bir fistül saptanmış, transkateter kapama işlemi uygulanmıştır. Sağ ventriküle açılan koroner fistüllerin ciddi triküspit yetersizliği, pulmoner hipertansiyon, hiperdinamik dolaşım ve sağ kalp yetmezliğine yol açabileceği; ayrıca koroner steal fenomeni ile miyokard iskemisine neden olabileceği bildirilmiştir. Sunulan olguda EKG’de izlenen T dalga inversiyonlarının miyokard iskemisi ve sağ ventrikül yüklenmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Literatür taramasında, semptomatik olgularda perkütan kapama veya cerrahi tedavinin tercih edildiği, asemptomatik hastalarda ise izlemin yeterli olabileceği belirtilmektedir. Olası komplikasyonlar arasında anevrizma, tromboz, endokardit ve kalp yetmezliği yer almaktadır. Sunulan olguda klinik izlem uygun görülmüştür.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



İstiklal Özkaya

Transradial Yaklaşımda Tiger Kateterin İstenmeyen Bir Komplikasyonu:
Perkütan Başarısızlık Sonrası Cerrahi Bailout

İstiklal Özkaya, Esra Can Önder, Ata Paşaoğlu, Erdi Babayiğit
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş:

Transradial yaklaşım, koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişimlerde düşük kanama riski, erken mobilizasyon ve hasta konforu gibi avantajları nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Transradial işlemlerde, sol ve sağ koroner arterlerin tek kateter ile görüntülenmesine olanak sağlaması nedeniyle Tiger (TIG) kateter sıklıkla tercih edilmektedir. Bununla birlikte, özellikle ileri yaşı ve damar anatomisi karmaşık hastalarda, kateter manipülasyonuna bağlı nadir fakat ciddi mekanik komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Kateter kinking ve sıkışması, transradial girişimlerde nadir görülmesine rağmen hızlı tanı ve uygun yönetim gerektiren önemli bir komplikasyondur. Çoğu olguda perkütan kurtarma yöntemleri yeterli olmakla birlikte, bazı durumlarda cerrahi müdahale kaçınılmaz hale gelebilir. Bu yazıda, transradial koroner anjiyografi sırasında Tiger kateter kullanımına bağlı olarak gelişen çift kinking ve cerrahi bailout gerektiren nadir bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:

80 yaşında erkek hasta, bilinen hipertansiyon ve koroner arter hastalığı öyküsü ile birlikte son dönemde artan eforla ortaya çıkan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyetleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Klinik değerlendirme sonrasında tanısız koroner anjiyografi planlandı.

Sağ radial arterden 5F radial sheath yerleştirildi. Sheath içerisinden 200 mcg nitrogliserin ve 5000 IU heparin içeren kokteyl uygulandı. İşlem sırasında intravenöz olarak 2 mg midazolam verildi. Anjiyografiye 5F TIG (Tiger) kateter ile başlandı. Sol koroner sistemde anlamlı darlık saptanmadı. Ancak sağ koroner arterin kanülasyonu sırasında belirgin güçlük yaşandı ve kateter, sağ koroner ostiuma ilerletilebilmesi amacıyla saat yönünde ve saat yönünün tersine tekrarlayan tork manevralarıyla çok sayıda kez manipüle edildi.

Manipülasyon sırasında aort basınç dalga formunun ani kaybı fark edildi. Floroskopik değerlendirmede kateterin dirsek seviyesinde iki ayrı noktadan kıvrılarak kendi üzerine dolandığı saptandı. Kateterin ters yönde döndürülmesiyle kıvrımın açılması başarısız oldu. Ardından 0.035 ve sert 0.014 kılavuz teller ile kıvrılmış segmentin geçilmesi denendi; ancak bu girişimler de sonuçsuz kaldı. Manipülasyonlar sırasında kateterin istemsiz olarak geri çekilmesi nedeniyle transfemoral yoldan snare ile iletilmesi subklavian arkin gerisinde olması sebebiyle teknik olarak mümkün olmadı. (Şekil 1) Bu süreç boyunca radial arterin distal ve proksimalinde klinik dolaşım bozukluğu saptanmadı. Perkütan kurtarma girişimlerinin başarısız olması üzerine hasta, kalp ve damar cerrahisi ekibi tarafından lokal anestezi eşliğinde acil şartlarda operasyona alındı.

Sağ kola tansiyon manşonu yerleştirilerek distal akım geçici olarak kesildi. Ponksiyon yerinden başlanarak proksimal ve distale yaklaşık 2'şer cm'lik insizyonlar yapıldı. Radial arter damar askıları ile kontrol altına alındı, ponksiyon deliği vertikal olarak genişletildi ve kateter güvenli şekilde çıkarıldı. (Şekil 2) Arter primer olarak onarıldı. İşlem sonunda distal ve proksimal nabızlar pozitif saptandı ve hasta komplikasyonsuz şekilde izlendi.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



İstiklal Özkaya

Transradial Yaklaşımda Tiger Kateterin İstenmeyen Bir Komplikasyonu:
Perkütan Başarısızlık Sonrası Cerrahi Bailout

Tartışma:

Kateter kinking, femoral girişimlere kıyasla transradial yaklaşımda daha nadir görülmekle birlikte, potansiyel olarak ciddi sonuçlara yol açabilen bir komplikasyondur. Çoğunlukla subklavyen veya aksiller arter düzeyinde bildirilmekle beraber, brakiyal veya radial arter seviyesinde gelişmesi özellikle ileri yaşlı ve damar anatomisi karmaşık hastalarda mümkündür. İleri yaş, küçük damar çapı, arteriyel spazm, belirgin tortüözite ve tekrarlayan aşırı tork manevraları kateter kinking'ini kolaylaştıran başlıca faktörlerdir. Basınç dalga formunun ani kaybı, tork iletilebilirliğinin azalması ve kontrast enjeksiyonuna karşı direnç, bu komplikasyonun erken göstergeleri arasında yer alır.

Çoğu olguda, nazik ters tork manevraları ve kılavuz tel ilerletilmesi ile kateter açılabilir. Ancak loop oluşumu ve çoklu kinking varlığında perkütan kurtarma girişimleri başarısız olabilir. Literatürde snare, mother-and-child tekniği veya uzun sheath kullanımı gibi ileri yöntemler bildirilmiş olsa da, her olguda bu tekniklerin uygulanması mümkün olmayabilir. Tiger kateterin üç açılı geometrisi, tork kuvvetlerinin homojen dağılmasını engelleyerek kateterin orta bölümünde lokalize deformasyonlara neden olabilmekte ve bu durum kink ile loop gelişimini kolaylaştırmaktadır.(Şekil 3)

Bizim olgumuzda, brakiyal arter düzeyinde iki ayrı noktadan gelişen kinking ve kateterin istemsiz geri çekilmesi, perkütan snare kullanımını teknik olarak engellemiştir. Bu nedenle, ısrarcı perkütan girişimler yerine zamanında cerrahi müdahaleye geçilmesi tercih edilmiştir. Kontrollü cerrahi yaklaşım sayesinde kateter güvenli şekilde çıkarılmış ve vasküler komplikasyon gelişimi önlenmiştir.

Sonuç:

Transradial koroner girişimler sırasında gelişen kateter kinking ve sıkışması nadir görülmesine rağmen ciddi komplikasyonlara yol açabilir. İleri yaş ve karmaşık damar anatomisi bu riski artırmaktadır. Bu olgu, basamaklı perkütan yaklaşımların başarısız olduğu durumlarda zamanında cerrahi bailout kararının, hasta güvenliği ve komplikasyonların önlenmesi açısından kritik önem taşıdığını göstermektedir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



İstiklal Özkaya

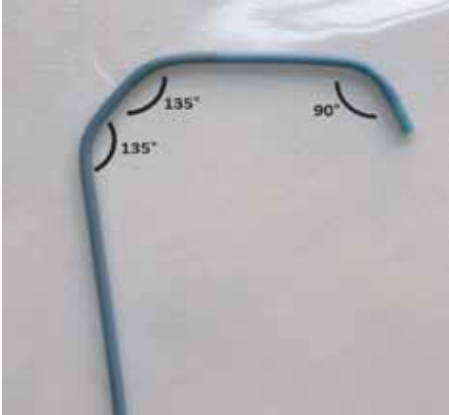
Transradial Yaklaşımda Tiger Kateterin İstenmeyen Bir Komplikasyonu:
Perkütan Başarısızlık Sonrası Cerrahi Bailout



Şekil 1 Sağ radial yaklaşımla yapılan işlem sırasında, Tiger kateterin orta segmentinde gelişen kink alanı (yıldız ile işaretli)



Şekil 2 Cerrahi olarak çıkarılan Tiger (TIG) kateterde gelişen kink deformasyonu (yıldız ile işaretli).



Şekil 3 Tiger (TIG) kateterin primer (90°), sekonder (135°) ve tersiyer (135°) olmak üzere üç açılı geometrik yapısı.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

2.septal seviyesi kritik darlık

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Büşra Özyeşil

Akut Koroner Sendrom Eşittir Stent mi?

Büşra Özyeşil, Sefa Tatar, Yunus Emre Yavuz, Enes Ali Aslan, Hakan Akıllı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp, kardiyoloji kliniği, Konya

Giriş:

Koroner arterlerinde ağır trombüs yükü olan akut koroner sendrom (AKS) hastalarında, stentlemenin distal embolizasyon veya suboptimal sonuçlar vermesi nedeniyle tedavi zorlaşmaktadır. Bu hastalarda stentleme işlemi yapılmadan tirofiban gibi glikoprotein IIb/IIIa reseptör inhibitörleri uzun dönem sonuçlar açısından ciddi faydalar sağlamaktadır. Distal sağ koroner arterde (RCA) yoğun trombüse bağlı AKS gelişen ve stentleme yapılmadan başarılı bir şekilde tedavi edilen, tam anjiyografik rezolüsyon ve uzun dönem stabilite sağlanan bir hastayı sunuyoruz.

Olgu:

Bilinen sistemik ve koroner hastalık öyküsü olmayan 57 yaşında erkek hasta baskı tarzında göğüs ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Başvuru sırasında hemodinamisi stabil ve anormal bir fizik muayene bulgusu yoktu. Elektrokardiyografisinde inferior miyokard infarktüsü saptanması üzerine koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. Sol koroner sistem normal olarak değerlendirildi ancak RCA Crux sonrası yoğun tromboze ve %100 oklude izlendi (video 1).

RCA lezyonu floppy tel ile geçildi. Lezyon bölgesine önce 2*20 mm ardından 2,75*20 mm balonlar ile yüksek atmosfer basıncında ve en az 60 saniye olacak şekilde predilatasyonlar yapıldı. Ancak yeterli akım sağlanamadı. Yoğun trombüs yükü olması ve aktif anjinal yakınması olmaması nedeniyle 48 saat tirofiban infüzyonuna ve sonrasında kontrol koroner anjiyografi yapılmasına karar verildi. Tirofiban infüzyonu sonrası kontrol koroner anjiyografi yapıldı. RCA'da TIMI-3 akım izlendi. Fakat posterolateral dal ve posterior descending arter ayrımı öncesi ektazik segment mevcut olduğu ve yoğun trombüs imajının devam ettiği görüldü (video 2).

Trombüsün her iki dalın proksimal segmentine yayılım gösterdiği görüldü. Aktif anjinal yakınması olmaması ve TIMI-3 akımın mevcut olması nedeniyle hastaya 2 ay boyunca asetilsalisilik asit ve prasugrel tedavisinin yanında düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi verildi. 2 ay sonra kontrol amacıyla koroner anjiyografi laboratuvarına alındı. RCA'nın ektazik yavaş akımlı olduğu ve belirgin tromboze alan olmadığı görüldü (video 3).

Hasta ikili antitrombositer tedavi ile stent konulmadan taburcu edildi.

Sonuç:

Bu vaka, distal RCA'da yoğun trombüs yüküne bağlı AKS olgularında, uygun hastalarda stentleme yapılmadan yoğun antitrombotik tedavi ile tam rezolüsyon ve uzun dönem damar açıklığının sağlanabileceğini göstermektedir. Tirofiban infüzyonu ve uzamış antitrombotik tedavi stratejisi, distal embolizasyon riskini azaltarak gereksiz stent implantasyonunun önüne geçebilmekte ve uzun dönem klinik stabilite sağlayabilmektedir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



Sefa Erdi Ömür

Anginanın İki Yüzü: Obstrüktif Olay Riski, Non-Obstrüktif Semptom Yükü

Sefa Erdi Ömür, Halit Emre Yalvaç

Kardiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Eskişehir Şehir Hastanesi, Eskişehir

Giriş:

Angina ile başvuran erişkinlerde, koroner anatomik yükün klinik sonuçlara yansımaları iki fenotipte farklılık gösterebilir. Bu çalışmada non-obstrüktif (≤ 49) ve obstrüktif (≥ 50) koroner arter hastalığını karşılaştırarak 1 yıllık MACE'yi birincil; 90 günde acile tekrar başvuru, 1 yılda yatış ve 90 günde tedavi intensifikasyonunu ikincil sonuçlar olarak değerlendirmeyi ve CAC (koroner arter kalsiyum skoru)'nın ek öngörü değerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem:

Tek merkezli, retrospektif kohortta 36 ay içinde angina/angina eşdeğeri ile başvuran ≥ 18 yaş bireylerin verileri incelendi. Dahil edilme: başvuruda Koroner BT anjiyografi (CCTA); dışlama: STEMI/NSTEMI, önceki CABG/PCI, ciddi kapak hastalığı. Zaman-olay analizleri Kaplan-Meier/log-rank ile, birincil analiz Cox regresyonu ile; 90 gün acil başvuru için çok değişkenli lojistik regresyon yapıldı.

Bulgular:

Toplam 1.060 hasta dâhil edildi (non-obstrüktif n=530, obstrüktif n=530). Obstrüktif grupta HT, DM daha sık ve CAC ≥ 400 idi (Tablo-1).

Tablo-1: Stenoz durumuna göre temel özellikler

Değişken	Non-Obstrüktif (n:530)	Obstrüktif (n:530)
Yaş, yıl (ortalama $\pm$ SD)	63.1 $\pm$ 9.2	66.0 $\pm$ 9.1
Kadın, n (%)	238 (45%)	151 (35%)
Hipertansiyon, n (%)	292 (55%)	267 (62%)
Diyabet mellitus, n (%)	108 (20%)	120 (28%)
Hiperlipidemi, n (%)	258 (48%)	236 (55%)
Aktif sigara içicisi, n (%)	159 (30%)	151 (35%)
eGFR, mL/dak/1.73m ²	82.3 $\pm$ 17.5	78.1 $\pm$ 18.3
CAC 0, n (%)	186 (35%)	53 (10%)
CAC 1-99, n (%)	186 (35%)	159 (30%)
CAC 100-399, n (%)	106 (20%)	151 (35%)
CAC ≥ 400 , n (%)	53 (10%)	120 (25%)

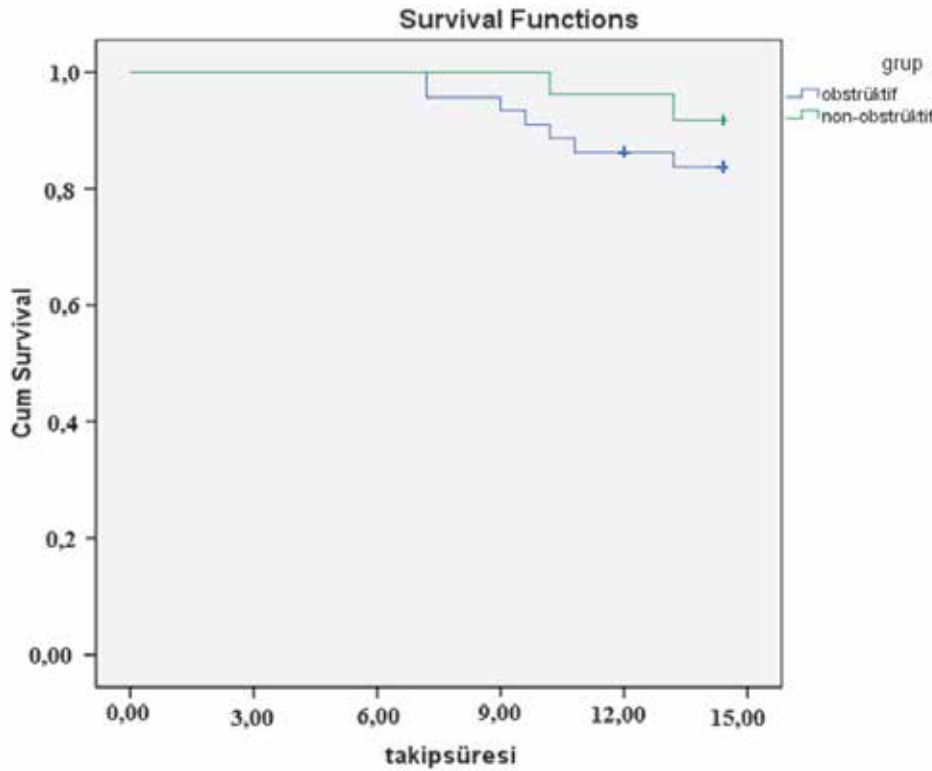
Bir yılda MACE: %8,1 vs. %14,2; eğriler ayrıştı (log-rank $p < 0.001$; Şekil-1).

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel

Sefa Erdi Ömür

Anginanın İki Yüzü: Obstrüktif Olay Riski, Non-Obstrüktif Semptom Yükü



Şekil-1: Tıkanıklık göstermeyen (%49'dan az) ve tıkanıklık gösteren (%50'den fazla) koroner fenotiplerde 1 yıllık MACE için Kaplan-Meier eğrileri; gruplar arasında anlamlı farklılık (log-rank $p<0.001$)

Cox analizinde obstrüktif hastalık bağımsız belirleyiciydi (OR 1.72; %95 GA 1.30–2.28; $p=0.0003$); yaş, DM, aktif sigara içiciliği risk artışı ile, $CAC \geq 400$ ek riskle ilişkiliydi (Tablo-2, Şekil-2).

Tablo-2: Bir yıllık MACE için çok değişkenli Cox modeli

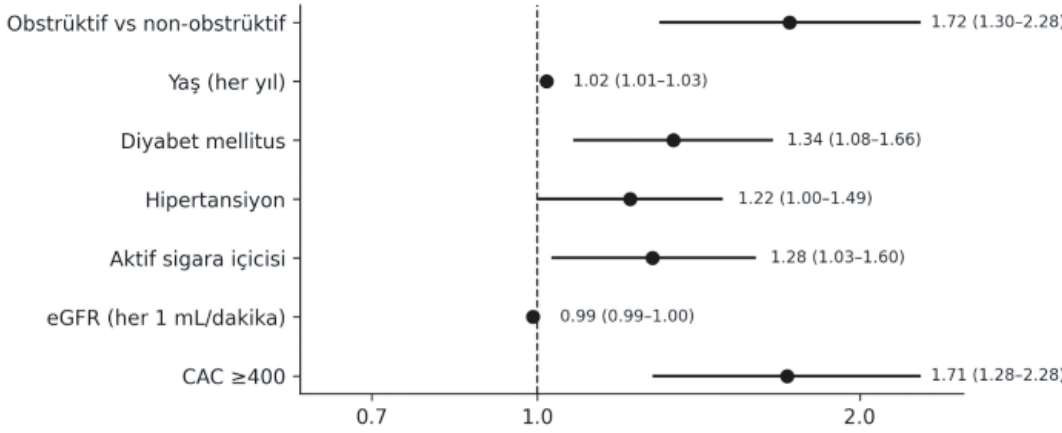
Değişken	OR (95% CI)	p
obstrüktif & non-obstrüktif	1.72 (1.30–2.28)	0.0003
Yaş (her yaş)	1.02 (1.01–1.03)	0.002
Diyabet mellitus	1.34 (1.08–1.66)	0.007
Hipertansiyon	1.22 (1.00–1.49)	0.050
Aktif sigara içicisi	1.28 (1.03–1.60)	0.026
eGFR (her 1 mL/dakika)	0.99 (0.99–1.00)	0.060
$CAC \geq 400$	1.71 (1.28–2.28)	0.0005

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel

Sefa Erdi Ömür

Anginanın İki Yüzü: Obstrüktif Olay Riski, Non-Obstrüktif Semptom Yükü



Şekil-2: Bir yıllık MACE için çok değişkenli Cox regresyonu: ayarlanmış tehlike oranları (logaritmik ölçek) ve %95 güven aralıkları.

90 gün acil başvuru obstrüktif grupta daha yüksekti (%20 vs. %15; OR 0.71; %95 GA 0.56–0.90; p=0.004; Tablo 3).

Tablo 3. Doksan günlük acil servis tekrar başvurunun öngörücüleri (lojistik regresyon)

Değişken	OR (95% CI)	p
obstrüktif & non-obstrüktif	0.71 (0.56–0.90)	0.004
Yaş (her yaş)	1.01 (1.00–1.02)	0.040
Diyabet mellitus	1.15 (0.93–1.43)	0.200
Hipertansiyon	1.08 (0.88–1.33)	0.320
Aktif sigara içicisi	1.18 (0.96–1.46)	0.110
eGFR (her 1 mL/dakika)	0.997 (0.993–1.001)	0.150

TARTIŞMA ve SONUÇ:

Obstrüktif fenotip daha yüksek olay riski taşıırken, non-obstrüktif fenotip ise semptom ve yakın takip yapılması gerekliliği ile öne çıkar. Bu ikili yapı, obstrüktifte agresif risk azaltma, non-obstrüktifte semptom yönetimi/izlem optimizasyonu gerektirir. Bulguların genelleştirilmesi için çok merkezli prospektif çalışmalar gereklidir.

Anjina Pektoris ve Koroner Sendromlar Toplantısı

13-15 Şubat 2026
Eskişehir | Anemon Otel



MANSUROGLU MAH. ANKARA CAD. ÖZKANLAR MURAT APT.
No:147 Kapı No:11
BAYRAKLI/ İzmir / Türkiye

e-posta: info@kvakademi.org

Organizasyon Sekreteryası



Medkom Kongre Danışmanlık ve İletişim Hizmetleri Ltd. Şti.

Emirgan Mah. Şirin Sok. No: 60/A Reşitpaşa / Sarıyer, İstanbul
Tel: (212) 268 46 26
Faks: (212) 268 46 36

URL: www.medkomforte.com

Damla Arı - +90 533 953 49 43
damla.ari@medkomforte.com