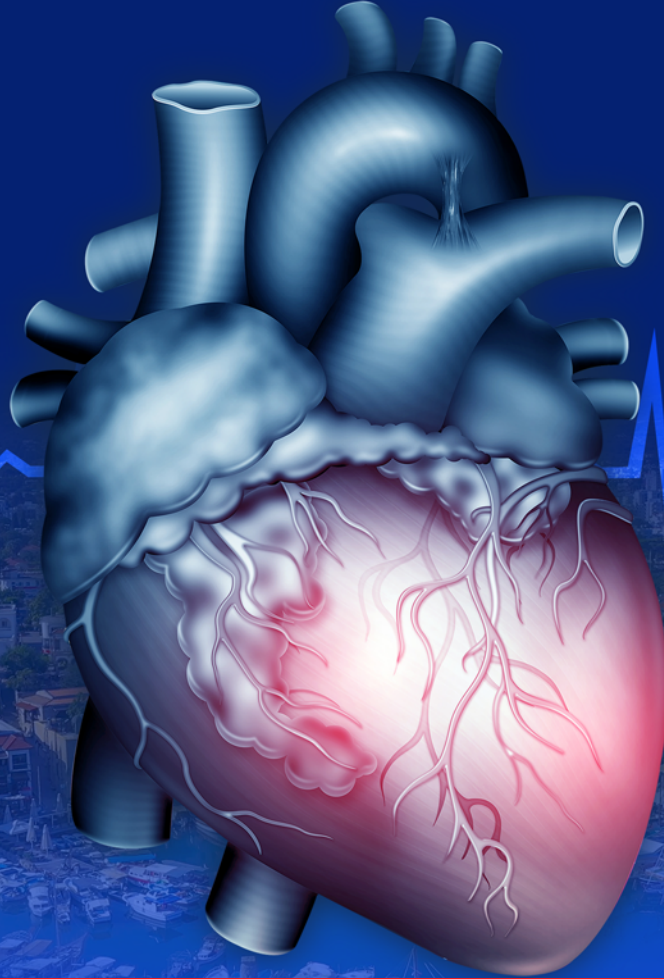


KARDİYOYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026

Elexus Hotel, K.K.T.C.



BİLDİRİ ÖZETİ KİTABI

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



KURULLAR

KVAK 2026 Bilim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. A. Oktay ERGENE

KVAK 2026 Bilim Kurulu Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Pınar TÜRKER DUYULER

Kardiyovasküler Akademi Derneği Yönetim Kurulu

Kardiyovasküler Akademi Derneği Başkanı

Prof. Dr. Ömer KOZAN

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Berkay EKİCİ

Genel Sekreter

Prof. Dr. Mehdi ZOGHİ

Genel Sekreter Yardımcıları

Prof. Dr. Pınar TÜRKER DUYULER

Doç. Dr. Sinem ÇAKAL

Muhasip (Sayman)

Prof. Dr. A. Oktay ERGENE

Üyeler

Doç. Dr. Ahmet Öz

Doç. Dr. Ali Çoner

Uzm. Dr. Selvi Öztaş

Uzm. Dr. Mustafa Gönençer

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Rezzan Deniz Acar
Prof. Dr. Mehmet Akbulut
Prof. Dr. Faruk Aktürk
Prof. Dr. Nurcan Arat
Doç. Dr. İsa Ardahanlı
Uzm. Dr. Gamze Yeter Arslan
Uzm. Dr. Şeyhmus Atan
Uzm. Dr. Ezgi Çamlı Babayiğit
Doç. Dr. Lütfü Bekar
Doç. Dr. Mustafa Candemir
Doç. Dr. Cenk Conkbayır
Doç. Dr. Sinem Çakal
Uzm. Dr. Fatih Çam
Doç. Dr. Ali Çoner
Prof. Dr. Mesut Demir
Uzm. Dr. Ömer Doğan
Doç. Dr. Serkan Duyuler
Prof. Dr. Pınar Türker Duyuluer
Uzm. Dr. Abdullah Ömer Ebeoğlu
Prof. Dr. Berkay Ekici
Prof. Dr. Sibel Çatırlı Enar
Prof. Dr. Oktay Ergene
Doç. Dr. Mert Evlice
Uzm. Dr. Mustafa Gönençer
Prof. Dr. Kenan İltimur

Uzm. Dr. Süleyman Kalaycı
Uzm. Dr. Sahhan Kılıç
Doç. Dr. Özgür Kırbaş
Arş. Gör. Dr. Cem Korucu
Prof. Dr. Ömer Kozan
Uzm. Dr. Zülfiye Kuzu
Doç. Dr. Selda Murat
Uzm. Dr. Aysu Oktay
Doç. Dr. Ahmet Öz
Doç. Dr. Öner Özdoğan
Uzm. Dr. Alptekin Özkoç
Prof. Dr. Özlem Arıcan Özlük
Uzm. Dr. Selvi Öztaş
Prof. Dr. Önder Öztürk
Doç. Dr. İbrahim Saraç
Prof. Dr. M. Raşit Sayın
Prof. Dr. Murat Sucu
Uzm. Dr. Halime Tanrıverdi
Doç. Dr. Ahmet Taştan
Doç. Dr. Kenan Toprak
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Uçar
Uzm. Dr. Zehra Uyan Ulaş
Uzm. Dr. Yakup Yunus Yamantürk
Prof. Dr. Mehdi Zoghi
Uzm. Dr. Çağrı Zorlu

Prof. Dr. Ömer Kozan

KARDİYOYASKÜLER
AKADEMİ DERNEĞİ
Kütük No: 35 - 046 - 064

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



16 EYLÜL 2026, Çarşamba

15:00-15:45

Periferik Arter Hastalığı Girişim Kursu
Ömer Şenarslan

SAKARYA SALONU

15:00-15:45

Acil Serviste Noninvaziv Tanı Testlerinin Kullanımı Kursu
Nurcan Arat

FIRAT SALONU

Öğrenim Hedefi: Acil servis ve nöbet koşullarında sık karşılaşılan **dispne ve şok** gibi klinik senaryolarda, genç hekimlerin kardiyak görüntüleme yöntemlerini doğru zamanda, doğru endikasyonla ve klinik karar sürecini hızlandıracak şekilde kullanabilmesini sağlamak.

15:45-16:00

KAHVE ARASI

16:00-16:45

Nöbettesin ve Telefon Çalıyor!
Kardiyoloji Acillerine Pratik Yaklaşım
Oturma Başkanları: Berkay Ekici, Kamil Tülüçe
Panelistler: Şeyhmus Atan, Tuba Ekin, Özge Ardalı, Halime Tanrıverdi
- Senkop ile başvuran hastaya yaklaşım
Ahmet Onur Kocasarı
- Yeni başlangıçlı atriyal fibrilasyon yönetimi
Şahhan Kılıç
- Troponini pozitif, EKG'si tanısal olmayan hasta
Yunus Emre Özbebek

KIZILIRMAK SALONU



Öğrenim Hedefi: Acil serviste sık karşılaşılan kardiyolojik vakalarda; pratik, algoritmik ve güvenli karar verme yöntemlerini öğrenmek.

16:45-17:30

Nutrisyonda Kardiyoloğun Bilmesi Gerekenler...
Oturma Başkanları: Özlem Arıcan, Sinan İnci
Panelistler: Ceyhan Yücel, Hasan Halıcı, Aslı Sönmez
- Mineral destekleri: magnezyum, potasyum, kalsiyum, çinko
Özgür Kırbaş
- Vitaminler: D vitamini, multivitaminler
Mustafa Sarı
- Krill yağı, Omega destekleri
Özge Turgay Yıldırım
- Protein tozu ve anabolik steroidler
Mehmet Altunova

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Magnezyum, potasyum, kalsiyum ve D vitamini formlarının özellikleri, bu desteklerin kullanımına dair güncel tartışmalar ve kardiyovasküler olaylarla ilişkisi bağlamında kanıta dayalı doğru yaklaşımı öğrenmek.

17:45-18:30

AÇILIŞ

KIZILIRMAK SALONU

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 1

SAKARYA SALONU

Oturum Başkanları: Lütfü Bekar

SS-002 Kolşisin Kullanımı Sonrası Koroner Arter Stentlemesi: Bir Yıllık Takip Sonuçları

Sherzod Akhmedov

SS-003 Farmakolojik Kokteyllerin Perkütan Koroner Girişim (PCI) Sırasında Radial Spazm ve Komplikasyonları Önlemedeki Rolü: Özbekistan'da Klinik Bir Çalışma

Sherzod Mamatkarim Ogli Akhmedov

SS-004 Yüksek cerrahi riskli bir hastada rotasyonel atarektomi ile başarılı çoklu perkütan koroner girişim

Mustafa Sezen, Saadet Aydın, İlker Gül

SS-005 Tedavi edilmemiş anterior miyokard enfarktüsüne bağlı gelişen geç dönem ventriküler septal rüptürün akut kalp yetersizliği ile ilk prezantasyonu

Zeynep Yüksel, Saadet Aydın, İlhan Koyuncu, Rohat Çiçek, Ömer Rahman

SS-006 Bir Vaka İki Komplikasyon: Akut Miyokard Enfarktüsü Sırasında Gelişen Tel Kopması Ve Longitudinal Stent Deformasyonu

Ömer Tepe, Anıl Akray, Halil Yıldız

SS-007 Maraş Otu ve Koroner Anomali Birlikteliğinde Akut Miyokard İnfarktüsü Yönetimi: Zorlu Bir Perkütan Girişim

Ömer Tepe, Anıl Akray, Halil Yıldız

SS-008 Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi Sırasında Gelişen Nadir Bir Komplikasyon ve Multidispliner Başarılı Yönetimi: İntrakardiyak Ablasyon Kateteri Kılıf Sıyrılması Ve Deformasyonu

Ömer Tepe, Anıl Akray, Halil Yıldız

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 2

FIRAT SALONU

Oturum Başkanları: İbrahim Saraç

SS-009 Santral sinir sistemi perfüzyonu ileri derecede azalmış olan bir Takayasu Arteriti hastasında başarılı perkütan girişim

Yusuf Emre Gürel, Ahmet Altuğ Çinçin

SS-010 Posterior tibial arter kronik total oklüzyonunun peroneal arterden kollateraller yoluyla retrograd perkütan revaskülarizasyonu

Yusuf Emre Gürel, Ahmet Altuğ Çinçin

SS-011 Non-Dipper Hipertansiyon Hastalarında Triglisericid-Glikoz (TyG) İndeksi ile Sol Ventrikül Geometrisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ömer Özkan Duman

SS-012 Pulmoner Ven İzolasyonu Sonrası Spironolakton Kullanımının Atriyal Fibrilasyon Nüksü Üzerine Etkisi

Tuğba Çetin, Şeyda Dereli, Mert İlker Hayıroğlu

SS-013 Kriyobalon Ablasyonu Sonrası Kısa Dönem Atriyal Aritmi Rekürrensini Öngörülmesinde İnflamatuvar Belirteçlerin Rolü

Mustafa Uçar

SS-014 PCI'da kabus zinciri:stent sıyrılması,LMCA diseksiyonu ve stent migrasyonu

Ünal Öztürk, Eren Leblebici

SS-015 Subakut Alt Ekstremitte İskemisi ile Başvuran Hastalarda Başvuru Kreatin Kinaz Düzeylerinin 30 Günlük Amputasyon Gelişimi ile İlişkisi

Zeynep Esra Güner

SS-016 Ağır Kalsifik Osteal RCA Lezyonunda Yetersiz Plak Modifikasyonu Sonrası Gelişen Stent Protrüzyonunun Perkütan Yönetimi

Feryat İgit, Ali Karagöz, Enver Yücel, Doğançan Çeneli

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 3

Oturum Başkanları: Murat Sucu

CEYHAN SALONU

SS-017 “Korunmuş EF’li Kalp Yetmezliğinde Adropin: Yeni Bir Biyobelirteç Olabilir mi?”

Murat Kerkütlüoğlu, Eren Leblebici

SS-018 Hipertansif Hastalarda Artmış Epikardiyal Yağ Dokusunun Sol Anterior Hemiblok Gelişimi ile İlişkisi

Mücahit Aker, Abdullah Sarıhan, Abdülmelik Birgün, Mehmet Mustafa Yılmaz, Mücahit Yetim, Lütfü Bekar, Macit Kalçık

SS-019 Yüksek SYNTAX Skoruna Sahip Hastalarda Rotasyonel Aterektomi Destekli Perkütan Koroner Girişim: Bir Yıllık Klinik Sonuçlar

Ahmet Anıl Başkurt, Muhammet Rohat Çiçek

SS-020 Akut Dekompanse Kalp Yetersizliğinde İntravenöz Loop Diüretik Sonrası Erken Spot İdrar Sodyum Düzeyinin Hastane İçi Klinik Sonuçlarla İlişkisi

Huseyin Orta, Cihan Aydın, Aykut Demirkıran, Aydın Akyüz, Tuğhan Hasan Uslu, Şeref Alpsoy

SS-023 Ankilozan Spondilit Varlığı ile Artmış Ventriküler-Arteriyel Coupling Arasındaki İlişki

Gökhan Barutçu, Elif Ergül, Ali Gökhan Özyıldız

SS-024 Kalsiyum Kanal Blokerlerine Bağlı Dişeti Büyümesi Konusunda Kardiyologların Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Ahmet Çınar, Zeynep Akgül

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 4

Oturum Başkanları: Faruk Aktürk

DİCLE SALONU

SS-026 Yapay Zeka Tabanlı İris Fenotiplemesi ve İskemik EKG Kombinasyonunun Koroner Arter Hastalığı Tespitindeki Yeri: Çok Modlu Takip ve Doğrulama Çalışması

Ertan Aydın, Gökhan Gök, Devrim Kurt, Ufuk Doğru

SS-027 TAVİ Sonrası Erken EKG'de $\Delta QRS \geq 36$ ms: Yeni Sol Dal Bloğu ve Pacemaker İhtiyacının Basit Öngörücüsü

Nazile Bilgin Doğan

SS-028 Kardiyovasküler Karar Desteği için Kanıt Derecelendirmeli Yapay Zekâ Sisteminin Kalitesi, Güvenilirliği ve Güvenliği: Simüle Vakalar Kullanılarak Yapılan Bağımsız Bir Kavram Kanıtlama Değerlendirmesi

Fatih Aydın, Ayşe Hüseyinoğlu Aydın

SS-031 Kalp Yetersizliğinde Sağ Ventrikülün Sessiz Çılgılığı: RV-PA Eşleşmesi Ve Mortalite Arasındaki İlişki

Cem Korucu

SS-032 Elektif Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Trigliserid-Glukoz (TyG) İndeksi ile SYNTAX Skoru Kullanılarak Değerlendirilen Koroner Arter Hastalığı Şiddeti Arasındaki İlişki

Saadet Aydın, Berkay Ekici

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

08:45-09:30

Aort Kapak Oturumu

Oturum Başkanları: Pınar Türker Duyuler, Mustafa Karaca

Panelistler: Onur Aslan, Büşra Mavi, Ömer Doğan

- Aort kapak hastalıkları ve Aortopatiler

Selcen Yakar Tülüce

- Transkatater Aort Kapak Girişimleri

Mustafa Yenerçağ

- Aort Kapak Cerrahisi

Ertekin Utku Ünal

Öğrenim Hedefi: Aort kapak darlığı ve yetersizliğini doğru sınıflayabiliyor muyuz? Kapak patolojilerinde aortayı değerlendirmeyi ihmal mi ediyoruz? TAVI'de kapak seçimi nasıl yapılmalı; aort yetersizliği ve biküspit aortalı hastalar uygun adaylar mıdır? Cerrahi müdahalede; kapak tamiri ve replasman seçenekleri ile Bentall mi yoksa AVR + separe greft mi?' sorularına güncel yanıtlar bulmak.

KIZILIRMAK SALONU

09:30-10:00

KAHVE ARASI

10:00-10:30

Ritim'de saklı tanılar

Moderatör: Oktay Ergene

Konuşmacılar: Özlem Arıcan, Berkay Ekici

KIZILIRMAK SALONU

OMRON

10:30-11:15

Kardiyovasküler Risklerin (KV) Üzerindeki Örtüyü Kaldıralım!

Oturum Başkanları: Lale Tokgözoğlu, Öner Özdoğan

Panelistler: Gamze Yeter Arslan, Mehtap Sarıhan, Özgür Kuş

- Inflamasyon ne kadar önemli ?- Nasıl yaklaşalım?

Ayşe Çolak

- LP (a) ne kadar önemli ?- Nasıl yaklaşalım?

Lale Tokgözoğlu

- Trigliseritler ne kadar önemli ?- Nasıl yaklaşalım?

Mehmet Sait Altıntaş

Öğrenim Hedefi: Kardiyovasküler hastalıklarda geleneksel risk faktörlerinin ötesindeki belirleyicilerin önemini kavramak ve bu risklere yönelik güncel müdahale stratejilerini öğrenmek.

KIZILIRMAK SALONU

11:15-11:30

KAHVE ARASI

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

11:30-12:00

Dünden bugüne Jardiance ile KRM Hastalık Yönetimi

Konuşmacılar: Elif Arı Bakır, Hülya Çiçekçioğlu

KIZILIRMAK SALONU



Boehringer
Ingelheim

12:00-12:15

KAHVE ARASI

12:15-12:45

**Klinik Veriler ve Olgular Eşliğinde Camzyos ile
Obstrüktif Hipertrofik Kardiyomiyopati Tedavisi**

Moderatör: Dilek Çiçek

Konuşmacı: Pınar Türker Duyuler

KIZILIRMAK SALONU



Bristol Myers Squibb®

12:45-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-14:45

Kalsifik Koroner Lezyonlar

Oturum Başkanları: Sadık Volkan Emren, Ümit Yaşar Sinan

Panelistler: Taha Gürbüz, Abdullah Yıldırım

- Kalsifik koroner lezyon tanısı ve değerlendirilmesi

Süleyman Kalaycı

- Kalsifik koroner lezyonların balon bazlı girişimsel tedavisi

Ahmet Seyfeddin Gürbüz

- Ablasyon yöntemleri

Serkan Duyuler

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Kalsifik koroner lezyonların tanısında koroner anjiyografi, BT ve intrakoroner görüntüleme (IVUS/OCT) yöntemlerini etkin kullanabilmek; NC, OPN, cutting ve scoring balonlarla lezyon hazırlığı yapabilmek; IVL ile rotasyonel ve orbital atarektomi tekniklerinde yetkinlik kazanmak.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

14:45-15:30

Asemptomatik Karotis Stenoza Tedavisinde Karotis Arter Stentlemesi vs. Optimal Tıbbi Tedavi

Oturum Başkanları: Mehmet Vefik Yazıcıoğlu

Panelistler: Cihat Çelik, Fatih Kızılcı, Emrah Bayam

- En İyi Medikal Tedavi (EMT) – Risk Yok, Tam Koruma!

Taner Şen

- Stentleme – Mekanik Koruma, Kesin Çözüm!

İlgün Karaca

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Asemptomatik karotis arter stenoza olan hastalarda, Karotis Arter Stentlemesi (KAS) ve Optimal Medikal Tedavi (OMT) yaklaşımlarının inme riskini azaltmadaki karşılaştırmalı etkilerini ve risk-fayda dengesini analiz etmektir. KAS'ın prosedürel riskleri ile uzun dönem koruyuculuğunu, OMT'nin güncel etkinliğiyle tartışma formatında ele alarak; katılımcıların tedavi seçimi kriterlerini ve klinik ikilemleri kavramasını sağlamayı amaçlar.

15:30-16:00

KAHVE ARASI

16:00-16:45

Akut Koroner Sendromlarda (AKS) Antiplatelet Tedavide Kafamız Berrak mı?

Oturum Başkanları: Mehdi Zoghi, Necati Dağlı

Panelistler: Fatih Çam, Nedret Ülvan

- Kişiyeye özel antiplatelet tedavi olur mu?

Sinem Çakal

- Düşük riskli AKS'da aspirin erken kesilebilir mi ?

Ziya Apaydın

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Güncel literatür ışığında PKG sonrası 12 aylık standart süreyi yeniden değerlendirmek; TAILORED-CHIP ve TARGET-SET çalışmaları ekseninde kısalan tedavi sürelerini ve bu konudaki yeni klinik yaklaşımları kavramak.

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



17 EYLÜL 2026, Perşembe

17:00- 17:45

Havacılık Tıbbı ve Uçuş Personelinin Kardiyovasküler Değerlendirilmesi

Oturum Başkanları: Berkay Ekici, Aycan Fahri Erkan

Panelistler: Fatih Gümüşer, Saadet Aydın, Murat Yalçın, Özgür Kırbaş

- **Gökyüzünde Kalp: Uçuşun Kardiyovasküler Fizyolojisi**

Saadet Aydın

- **Ekonomi Sınıfı Sendromu: Uzun Yolculuk, Sessiz Tromboz**

Fatih Gümüşer

- **Uçabilir mi Hocam? Koroner Hastalık ve Aritmilerde Kritik Karar Anı**

Özgür Kırbaş

- **Gökyüzünde Acil: Uçuşta Ya Kalp Durursa?**

Ömer Işık

KIZILIRMAK SALONU

17:00- 17:45

IVUS Kursu

Emrah Erdoğan

SAKARYA SALONU

17:00- 17:45

Floroskopik Anatomi Kursu

Veysel Özgür Barış

FIRAT SALONU

17:00- 17:45

Multimodalite Kardiyak Görüntüleme Kursu

İbrahim Altun

CEYHAN SALONU

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 5

Oturum Başkanları: Serkan Karahan

SAKARYA SALONU

SS-033 Hipertansiyon ve Diyabette Kardiyometabolik Biyobelirteçlerin Aşamalı Performansı: 1.455 Hastalık Koroner Anjiyografi Kohortu

Metin Karayakalı

SS-034 Genç ve uzun yaşam beklentisine sahip hastalarda DynamX Bioadaptor implantasyonunun orta dönem sonuçları

Ümeyir Savur

SS-035 LMCA Lezyonu Olan Hastalarda İşlem Öncesi ve Sonrası EKG'de QRS-T Açı Değişikliği

Aysel Akhundova

SS-036 Genç ve Orta Yaşlı Akut Miyokard İnfarktüsü Hastalarında FIB-4 İndeksi ve STEMI Fenotipi Arasındaki İlişki

Halime Tanrıverdi

SS-037 Enfektif Endokarditte Akut Böbrek Hasarının Erken Öngörülmesi İçin LASSO Tabanlı Klinik Skor

Vedat Çiçek

SS-038 Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Endotel Aktivasyon-Stres İndeksi ile Trombus Yüğü Arasındaki İlişki

Mustafa Yenerçağ, Faruk Boyacı

SS-039 Obstrüktif Koroner Arter Hastalığının Saptanmasında Koroner Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografinin Tanısal Doğruluğu Ve Koroner Arter Kalsiyum Yükünün Etkisi: Gerçek Yaşam Verilerine Dayalı Tek Merkezli Bir Çalışma

Alp Yıldırım, Muhammet Salih Ateş, Ali Yaşar Kılınç

SS-040 Tirofiban İnfüzyonu Sonrası Gelişen Ciddi İlaça Bağlı Trombositopeni ve Başarılı Çoklu Damar Koroner Arter Bypass Cerrahisi: Bir Olgu Sunumu ve Klinik Uygulama Önerileri

Fahri Çakan, Ali Çoner

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 6

FIRAT SALONU

Oturum Başkanları: Kenan İltimur

SS-041 İki Zorluk Bir Arada: Aynı Seansta Hem Kronik Total Oklüzyon Hem Sol Ana Koroner Girişimi

Abdullah Özçelik

SS-042 Çok yüksek trombüs yükü olan enfarkt ilişkili arterlerde ultra yavaş alteplaz infüzyonu

Alperen Altınbaş, Ufuk Yıldırım

SS-043 Kalp Yetmezliğinde SGLT-2 İnhibitör Tedavisinin Kardiyohepatik Etkileri: Fibrosis-4 İndeksi ile Değerlendirme

Meltem Altınsoy, Tuğba Kayhan Altuner

SS-044 Aort darlığında koagülasyon bozuklukları: Hastalık ciddiyeti, kanama ve klinik sonuçları ile ilişkisi

Miraç Tonyalı, Derya Baykız, Elif Ayduk Gövdeli, Abdurrahman Fatih Aydın, Aytaç Öncül

SS-045 Salyangozu Andıran Tromboze Lezyon: İnferior Miyokard Enfarktüsü ve AV Tam Blok ile Seyreden Yoğun Koroner Trombüs Olgusu

Erkan Çeçen, Mehmet Ali Kobat, Erkan Yıldırım, Murat Harman, Alperen Öztürk, Harun Recep Narçiçeği

SS-046 Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası Düşük Diyastolik Kan Basıncının No-Reflow Gelişimi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi

Hüseyin Odabaş, Cem Korucu

SS-047 Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası TIMI Frame Count Değerinin Sol Ventrikül Global Longitudinal Strain Ve Erken Dönem Miyokardiyal Fonksiyonlar İle İlişkisi

Eyyup Tusun, Cem Korucu

SS-048 İskemik İnme Hastalarında Aort İntima-Media Kalınlığının Transözofageal Ekokardiyografi ile Değerlendirilmesi

Murat Gençaslan

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 7

CEYHAN SALONU

Oturum Başkanları: Ali Gökhan Özyıldız

SS-049 Sol Atriyal Kompresyon ile Prezente Olan Torakal Aort Anevrizması: TEVAR ile Endovasküler Yönetim

Zeynep Esra Güner, Cemre Turgul, Ömer Çelik

SS-050 Koroner Sinüs Yan Dalına Sol Ventrikül Elektrodu Yerleştirilmesinde Ortodromik Snare Tekniğinin Kullanımı: Olgu Sunumu

Kadir Şeker, Bayram Ali Uysal

SS-051 Akut Dekompanse Kronik Kalp Yetmezliği ile Kronik Kalp Yetmezliğinin Klinik Özellikleri ve Mortalite ile İlişkili Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

Osman Yasin Yalçın, Abdulrahman Naser

SS-052 Kronik total okluzyon işlem başarısı ve lezyon zorluğunda kadın cinsiyetin rolü

Barış Düzel

SS-053 Akut koroner sendromda serum albumin düzeyi ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişki: Bağımsız bir prediktör mü, yoksa bir epifenomen mi?

Sevinç Aktürk

SS-054 C-Reaktif Protein ve Ürik Asit/Albümin Oranının Kronik Total Oklüzyonlu Hastalarda Koroner Kollateral Dolaşım ile İlişkisi

Kadir Karaçalı, Mikail Yarıoğlu

SS-055 Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastalarda SCALE-CryoAF Skoru ve Kriyoablasyon Sonrası Sol Atriyum Fonksiyonları

Kadir Karaçalı

SS-056 Diyabeti Olmayan Yeni Tanı Hipertansiyon Hastalarında Retinopati Varlığının Öngörülmesinde Basit İnflamatuvar Belirteçlerin Değerlendirilmesi

İsmail Ünğan, Elvin Halili Çelenk, Muhammet Mücahit Tiryaki, Cemalettin Yılmaz

SS-075 İzole Ostiyal LAD Lezyonlarında Monosit/Lenfosit Oranının Orta Dönem Klinik Sonuçları Öngörmedeki Değeri ve Stentleme Stratejileri ile İlişkisi: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma

Sezer Markirt, Erkan Markirt, Cemalettin Akman, Eyyüp Deniz, Saidnur Özkan, Ulaş Şahin, Hakan Kaya

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 8

DİCLE SALONU

Oturum Başkanları: Mustafa Gönençer

SS-057 Akut Hemodinamik İndeks, Ejekeksiyon Fraksiyonu Düşük Akut Dekompanse Kalp Yetmezliği Hastalarında Hastane İçi ve Uzun Vadeli Mortaliteyi Öngörür: Retrospektif Bir Çalışma

Mehmet Şeker, Cengiz Şabanoğlu, Ömer Işık, Nuran Günay

SS-058 LFLG-AS Hastalarında CAR Düzeyinin TAVI Sonrası Hastane İçi Mortaliteyi Öngörmedeki Rolü

Tuba Unkun, Ünal Güler

SS-059 NSTEMI Hastalarında HALP Skorunun 1 Yıllık Majör Advers Kardiyovasküler Olayları Öngörmedeki Prognostik Değeri

Büşra Güvendi Şengör, Doğançan Çeneli

SS-060 NSTEMI Hastalarında Aterojenik Plazma İndeksi ve TyG İndeksinin Perkütan Koroner Girişimde Prosedürel Kompleksite ile İlişkisi

Şefik Görkem Fatihoğlu, Erkan Alpaslan

SS-061 Kolşisin, alkole bağlı kardiyak hasar oluşturulan sıçan modelinde miyokardiyal inflamasyon, endotelial disfonksiyon ve apoptozu hafifletmektedir

Şahhan Kılıç, Süha Asal, Mert Babaoğlu, Cumaali Demirtaş, Eray Metin Güler, Hakan Beyaztaş, Salime Pelin Ergüven, Kübra Şevgin, Samet Yavuz, Tufan Çınar

SS-062 Metastatik ve Non-Metastatik Meme Kanseri Hastalarında Perikardiyal Efüzyon: Klinik Seyir ve Sağkalım

Fadime Bozduman Habip, İmran Ceren

SS-064 Akut Dekompanse HFrEF Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Yaşlı Hastalarda Modifiye Glasgow Prognostik Skorunun Uzun Dönem Mortaliteyi Öngörmedeki Değeri

Emine Şeyma Destici, Çağatay Tunca

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

08:45-09:30

Ekokardiyografi Laboratuvarında Cerrahi Stratejinin Belirlendiği Vakalar

Oturum Başkanları: Dilay Karabulut, Ebru Akgül Ercan

Panelistler: Duygu İnan, Çağrı Zorlu, Ali Gökhan Özyıldız

- Sol ventrikül çıkım yolunda gradyent artışı olan hastanın değerlendirilmesi

Rezzan Deniz Acar

- Protez kapak üzerinde gradyent artışı tespit edilen hastanın TEE ile ileri tetkiki

Gizem Yüksel

- Mitral yetersizliği olan hastada mitral kapak tamire uygun mu?

Cengiz Köksal

Öğrenim Hedefi: Katılımcıların HKMP ile aort darlığı arasındaki ayırıcı tanıyı yapabilmelerini, protez kapak patolojilerinde (pannus, trombüs, hasta protez uyumsuzluğu ve paravalvüler kaçak) klinik karar verme süreçlerini yönetebilmelerini ve TEE eşliğinde mitral kapak anatomisi ile yetersizlik nedenlerini kapsamlı bir şekilde analiz edebilmelerini sağlamaktır.

KIZILIRMAK SALONU

09:30-10:00

KAHVE ARASI

10:00-10:30

Atriyal Fibrilasyonda Edoxaban'ın Yeri

Moderatör: Öner Özdoğan

Konuşmacı: Hülya Çiçekcioğlu



KIZILIRMAK SALONU

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

10:30-11:15

Klinik Pratiğimizin Görünmeyen Yüzü:

Gerçekler, Bilinmeyenler ve Pratik Yaklaşımlar

Oturum Başkanları: Murat Sucu

Panelistler: Mehmet Sait Altıntaş, Ali Hikmet Kırdök, Özgür Kuş

- Erken Menopoz Erken Aterosklerotik Kalp hastalığına Yol Açar mı?

Östrojen Tedavisine Yaklaşımımız Değişti mi?

Zeynep Kumral

- DOAC Yönetiminde Kılavuzların Ötesi: Kırılgan, Obez ve Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Gri Alanlar

Sadık Volkan Emren

- Kardiyovasküler Hastalıkların Tanı ve Tedavisinde Kılavuzlar Ne diyor, Biz Ne Yapıyoruz!

Elif İlkay Yüce

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Erken menopoz, obezite ve ileri evre böbrek yetmezliği gibi “gri alan” popülasyonlarda; güncel kılavuzlar ile klinik pratik arasındaki boşlukların değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş yaklaşıma dayalı değişimlerin analiz edilmesi ve kılavuz önerileri dışındaki klinik karar alma süreçleri ile çözüm yollarının ele alınması.

11:15-11:30

KAHVE ARASI

11:30-12:00

Hipertansiyon ve Anjina Pectoris Tedavisinde Benitide’in Yeri

Moderatör: Oktay Ergene

Konuşmacı: Mehdi Zoghi

Konuşmacı: Ayşegül Ülgen Kunak



ABDİİBRAHİM

12:00-12:15

KAHVE ARASI

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

12:15-12:45

Non-valvüler Atriyal Fibrilasyon Hastalarında İnme ve Sistemik Emboli Önlenmesinde Apiksaban'ın Yeri

Moderatör: Ertuğrul Okuyan

Konuşmacı: Mehdi Zoghi

KIZILIRMAK SALONU

 **Dem İlaç**
www.demilac.com.tr

12:45-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-14:45

Vaka Örnekleri Eşliğinde Bifurkasyon PCI

Oturum Başkanları: Faruk Ertaş

Panelistler: Hüseyin Aykaç, Cemalettin Yılmaz, Mustafa Gönençer, Tarık Yıldırım

- Provisionel stentleme

Ahmet Öz

- Clotte/DK mini clotte

Eyüp Avcı

- DKCRUSH

Beytullah Çakal

- T STENT/TAP

Ahmet Taştan

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Koroner bifurkasyon lezyonlarının anatomik ve morfolojik özelliklerine göre uygun girişimsel stratejinin belirlenmesi; lezyon bazlı teknik seçimi (Provisional, DK-Crush, Culotte vb.) konusunda klinik yetkinlik kazanılması.

14:45-15:30

Kanıtlanmış Aterosklerotik Kalp Hastalığı Olmayan Kişilerde Koruyucu Olarak Aspirin

Oturum Başkanları: Çetin Erol, Cem Nazlı

Panelistler: Cenk Conkbayır, Muhammet Efe, Sibel Enar, Ali Hikmet Kırdök

- Bazı hallerde Kullanırım

Ali Çoner

- Hayır kullanmam

Zeynep Emren

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Aterosklerotik kalp hastalığının primer korunmasında aspirinin risk-fayda dengesini güncel literatür verileri ışığında yeniden değerlendirmek ve klinik pratikteki kullanım endikasyonlarını kanıta dayalı bilgilerle güncellemek.

15:30-16:00

KAHVE ARASI

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



18 EYLÜL 2026, Cuma

16:00-16:45

Son ESC Kılavuzları ve Öne Çıkan Çalışmalar ve Klinik Pratiğe Yansımaları

Oturum Başkanları: Abdurrahman Oğuzhan, Şerafettin Demir

Panelistler: Cemre Turgul, Mustafa Sarı, Barış Düzel, Faruk Aktürk

- Kalp yetersizliği

Özgür Selim Ser

- 5. Evrensel myokard enfarktüsü tanımı

Ali Çoner

- ESC kongresinin ardından öne çıkan çalışmalar

Selvi Öztaş

Öğrenme hedefi: ESC Kongresi'nden Klinik Pratiğe: Eve Götürülecek Mesajlar.

KIZILIRMAK SALONU

17:00- 17:45

PAH Oturumu

Oturum Başkanları: Omaç Tüfekçioğlu, Mesut Demir

Panelistler: Saadet Aydın, Emrah Erdoğan, Aycan Fahri Erkan, Ziya Apaydın

- Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonu Yakalamak: Ne Zaman Şüphelenelim, Neyi Dışlayalım? Risk Sınıflamasından Hastalık Seyrini Değiştiren Yeni Tedavilere

Saadet Aydın

- Pulmoner Emboli Bitti mi? CTEPD ve CTEPH'yi Kaçırmamak

Emrah Erdoğan

- Post-Kapiller Pulmoner Hipertansiyon ve Diyastolik Kalp Yetersizliği: HFpEF, Sol Atriyal Hipertansiyon ve Günlük Kardiyoloji Pratiğinde Tanısal Gri Alan

Aycan Fahri Erkan

- Erişkin Konjenital Kalp Hastalıklarında Pulmoner Hipertansiyon: Bir Şant Ne Zaman Sadece Bir Şant Değildir?

Ziya Apaydın

KIZILIRMAK SALONU

17:00- 17:45

Sol Dal Pacing (LBBP) Kursu

Burak Hünük

SAKARYA SALONU

17:00- 17:45

Temel Elektrokardiyografi Kursu

Ali Çoner

FIRAT SALONU

17:00- 17:45

Kardiyak Amiloidoz Tanı ve Tedavisinde Yol Haritası Kursu

Işık Tekin

CEYHAN SALONU

Öğrenim Hedefi: Kardiyak amiloidozda “kırmızı bayrak” (red flag) bulgularını tanımak; invaziv olmayan multimodalite görüntüleme ve laboratuvar testleri ile AL ve ATTR tipi ayrımını yapabilmek; güncel farmakolojik tedavi stratejilerini klinik pratikte yönetme yetkinliği kazanmak.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 9

SAKARYA SALONU

Oturum Başkanı: Mehmet Ali Kobat

SS-065 Sağ koroner küspisten köken alan anomal sirkumfleks arterine bağlı akut inferolateral miyokard infarktüsü

İrfan Yaman, Şükrü Çiriş, Sedat Sakallı

SS-066 circumflex koroner arterden bronşial artere fistül: nadir görülen bir olgu sunumu

İrfan Yaman, Şükrü Çiriş, Fatih Poyraz

SS-067 Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Obez Tip 2 Diyabetik Hastalarda QTc Uzaması İle İlişkili Parametreler

Özlem Özbek, Hasan Oğur, Erdal Belen

SS-068 Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Başvuru BNP Düzeyinin Sol Ventrikül Sistolik Disfonksiyonu ve Çoklu Damar Hastalığını Öngörmedeki Değeri

Ceyhun Yücel

SS-069 Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası Gelişen Subakut Stent Trombozunda IVUS Rehberliğinde Başarılı Tedavi: Olgu Sunumu

Hüseyin Dumlu, Kudret Keskin, Ahmet Gürdal, Sinan Şahin

SS-070 Akut Perikardit Sadece Perikardit Olmadığında: Genç Bir Kadında Hızla Gelişen Çoklu Sistem Tutulumu ile Seyreden Lupus Miyoperikarditi

Serkan Bektur, Edanur Oba

SS-071 Stent İçi Restenozda Metabolik, Renal Ve İnflamatuvar Biyolojik Fenotiplerin Kümeleme Analizi

Hakan İskender, Ömer Abdulbaki Kılıç

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 10

Oturum Başkanı: Serkan Duyuler

FIRAT SALONU

SS-074 Esansiyel Hipertansiyonda Gece Kan Basıncı Yükü ve Dipping Oranının Böbrek Fonksiyonu İle İlişkisi

Vedat Aslan, Sefa Sural

SS-076 Sol Ana Koroner Artere Protrüde LAD Stenti Varlığında Kompleks CX Girişimi: Tel Pozisyonunun ve Bailout Tekniklerinin Kritik Rolü

Yusuf Sezai Akyıldız, Eren Ladiklioğlu, Murat Kelbaş, Ahmet Gürdal, Kudret Keskin

SS-077 Non-Diyabetik Hastalarda Yüksek Koroner Lezyon Kompleksitesinin Belirlenmesinde Plazma Aterojenik İndeksi

Abdulkadir Kara

SS-078 Atriyal Flutter Ablasyonu Uygulanan Hastalarda Uzun Dönem Atriyal Fibrilasyon Gelişimini Öngördüren Faktörler

Neşri Danışman, Kadir Bıyıklı

SS-079 Elektif Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Koroner Yavaş Akım Fenomeninin Yeni Bir Belirleyicisi Olarak Scottish İnflamatuvar Prognostik Skoru

Muhammed Erzurum, Nadire Işık Erol Algül, Mehmet Ali Felekoğlu, Nail Burak Özbeyaz, Engin Algül, Vedat Erdinç

SS-080 LAD Kronik Total Oklüzyonlarında Anatomik Düzeyin Prosedürel Başarı ve İşlem Kompleksitesi Üzerine Etkisi: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması

Sefa Sural, Vedat Aslan, Şevket Görgülü

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 11

CEYHAN SALONU

Oturum Başkanı: Beytullah Çakal

SS-082 Culprit Ostial LAD Lezyonlu STEMI Hastalarında Crossover ve Osteal Stentleme Stratejilerinin Tüm Nedenlere Bağlı Mortalite ve Klinik Sonuçları

Ebru Serin, Deniz Merde Özdemir

SS-084 Distal Ulnar Erişimle Koroner Anjiyografi Sonrası Erken Dönem Ulnar Arter Oklüzyonu Ve Rekanalizasyon: Doppler İzlemli Olgu Serisi

Hülya Yıldırım, Miraç Tonyalı, Mücahit Taşdemir

SS-085 Koroner Stent İmplantasyonu Sonrası Jailed Kılavuz Telin Geri Çekilmesi Sırasında Gelişen Spring Coil Ayrışması: Nadir Bir PKG Komplikasyonu

Mücahit Taşdemir, Hülya Yıldırım, Miraç Tonyalı

SS-086 Kronik KY hastalarında diüretik rezistansı yönetimi: Non-invaziv volüm değerlendirme yöntemleri ile optimize edilmiş yaklaşım

Çağrı Zorlu, Veli Akın

SS-087 Transkateter Mitral Kapak Edge-to-Edge Onarımı (MitraClip/TEER) Tek Merkez Erken Deneyimi: Akut Prosedürel ve Ekokardiyografik Sonuçlar

Zeynep Şeyma Turinay Ertop

SS-088 Sol Atriyal Apendiks Kapatılmasından Hemen Sonra Tespit Edilen Cihaz İlişkili Trombüs

Fatih Erkam Olgun, Fethi Kılıçaslan

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

08:00-08:45

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 12

DİCLE SALONU

Oturum Başkanları: Sinan Cerşit

SS-089 Akut Koroner Sendromda Balon Geçilemeyen Diseksiyonla Komplike Ağır Kalsifik Koroner Lezyonda Mikrokateter Destekli “Drill-in” Tekniği ile Başarılı Perkütan Koroner Müdahale

Yakup Yunus Yamantürk, Elif Oya İlhan, Polet Njeri Ouma

SS-090 İleri Evre Kronik Böbrek Yetersizliği Olan Hastalarda IVUS rehberliğinde Düşük Doz Kontrast Kullanılarak Kompleks Perkütan Koroner Girişim: Tek Merkez Deneyimi

Erdem Çevik, Özgür Selim Ser, Gökhan Çetinkal

SS-091 Stent İçi ve De Novo Kronik Total Oklüzyonlara Yapılan Perkütan Koroner Girişimlerin Karşılaştırılması: Benzer Erken Dönem Başarıya Karşın Farklı Prosedürel ve Tedavi Özellikleri

Semi Öztürk, Ahmet Seyfeddin Gürbüz, Sefa Sural, Vedat Aslan, Büşra Özyeşil, Şevket Görgülü

SS-095 Sol Atrial Appendiks Kapama Cihaz Embolizasyonunun Perkütan Yolla Başarılı Ekstraksiyonu

Engincan Doğan, Oktay Şenöz

SS-096 Güncel Kronik Total Oklüzyon Perkütan Koroner Girişim Uygulamalarında Hastane İçi Majör Komplikasyonlar: Türkiye’den Çok Merkezli Veriler

Semi Öztürk, Ahmet Seyfeddin Gürbüz, Sefa Sural, Büşra Özyeşil, Şevket Görgülü

SS-133 Karpal tünel sendromu olan hastalarda olmayan hastalara göre sol ventriküler longitudinal strain değeri daha düşüktür

Fadime Koca¹, Abdullah Eren Çetin² Mustafa Lütfullah Ardic³, Hazar Harbalioğlu³

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

08:45-09:30

Artık Unutmadığımız Kapak: Triküspit Kapak

KIZILIRMAK SALONU

Oturum Başkanları: Ömer Kozan, Rezzan Deniz Acar

Panelistler: Cem Korucu, Cemre Turgul, Zeynep Esra Güner, Sibel Çatalkaya

- Triküspit yetersizliğinin değerlendirilmesi

Seda Tanyeri Üzel

- Transkateter Triküspit Kapak Tamiri (TRICLIP)

Zeynettin Kaya

- Triküspit Kapak Cerrahisi

Taylan Adademir

Öğrenim Hedefi: Triküspit yetersizliğinin güncel sınıflaması ve anatomik değerlendirmesi hakkında derinlemesine bilgi sahibi olmak; transkateter tedavi (TriClip) için doğru hasta seçimini öğrenmek. Açık kalp cerrahisi planlanan hastalarda triküspit kapağa yaklaşım stratejilerini analiz ederek; tamir, replasman ve protez kapak tercihlerindeki güncel yaklaşımları kavramak.

09:30-10:00

KAHVE ARASI

10:00-10:30

KV Korumada Colchicum'u kime verelim? Verirsek ne olur

KIZILIRMAK SALONU

Moderatör: Oktay Ergene

Konuşmacılar: Berkay Ekici, Sinem Çakal

1926
2026
RECORDATI

10:30-11:15

Tekrarlayan Ventriküler Aritmilere Yaklaşım

KIZILIRMAK SALONU

Oturum Başkanları: Fethi Kılıçaslan, Fahrettin Katkat

Panelistler: Kerem Varol, Taha Okan, Mustafa Uçar, Beyza Turhan Öztürk

- Uygun Hastada Uygun Antiaritmik İlaç Seçimi

Levent Pay

- Katater Ablasyonu - Kime, Ne Zaman?

Mevlüt Serdar Kuyumcu

- ICD'leri Gereğinden Az mı Yoksa Fazla mı Kullanıyoruz?

Eyüp Özkan

Öğrenim Hedefi: Tekrarlayan ventriküler aritmilerde hastaya özgü antiaritmik ilaç seçimi kriterlerini belirlemek; kateter ablasyonu için optimal zamanlama ve hasta profiline karar verebilmek; ICD profilaksisinde güncel kılavuzlar ışığında "yetersiz veya aşırı kullanım" ikilemlerini analiz ederek doğru tedavi stratejilerini yönetme yetkinliği kazanmak.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

11:15-11:30

KAHVE ARASI

11:30-12:00

Hiperlipidemi tedavisinde hedef değerlere ulaşmak neden önemli? Hedef değerlere ulaşmada statin+ezetimib kombinasyonunun önemi.
Moderatör: Oktay Ergene
Konuşmacı: Ayşe Çolak

KIZILIRMAK SALONU

neutec
pharmaceutical

12:00-12:15

KAHVE ARASI

12:15-12:45

Zonanın Görünmeyen Yükleri ve Zonaya Karşı Koruma
Konuşmacı: Berkay Ekici

KIZILIRMAK SALONU

GSK

12:45-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-14:45

**Kateter Laboratuvarında Kâbus:
Koroner ve Yapısal Komplikasyon Olguları**
Oturma Başkanları: Ömer Kozan
Panelistler: Fahri Çakan, Şahin Topuz, Ahmet Onur Kocası
- Koroner Arter diseksiyonu ve yönetimi
Orhan Kara Yiğit
- Koroner girişim sırasında çoklu komplikasyon yönetimi
Ahmet Anıl Başkurt
- TAVI 'de Koroner Komplikasyonlar
Oktay Şenöz
- Koroner sinüs diseksiyonu ve yönetimi
Yakup Yunus Yamantürk

KIZILIRMAK SALONU

Öğrenim Hedefi: Koroner ve yapısal girişimler sırasında karşılaşılan yüksek riskli komplikasyonlara karşı proaktif yaklaşım ve kurtarma tekniklerini (bail-out strategies) kavramak; diseksiyon ve koroner tıkanıklık gibi "kâbus" senaryolarında doğru malzeme ve yöntem seçimini öğrenmek.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

14:45-15:30

Bifurkasyon Lezyonlarında

Oturum Başkanları: Turgut Karabağ

Panelistler: Kübra Sevgün, Mehmet Akbulut, Hasan Koca

- İlaçlı balon kullanımı

Kevser Balcı

- Stent kullanımı

Muhsin Kalyoncuoğlu

Öğrenim Hedefi: Bifurkasyon lezyonlarında ilaçlı balon (DCB) ve ilaç salımlı stent (DES) kullanım stratejilerini güncel literatür verileri ışığında karşılaştırmak.

KIZILIRMAK SALONU

15:30-16:00

KAHVE ARASI

16:00-16:45

Dirençli Hipertansiyon: Neden Kontrol Edemiyoruz?

Oturum Başkanları: Hülya Çiçekçioğlu, Zeynep Emren

Panelistler: Hasan Koca, Zeynep Kumral

- Dirençli Hipertansiyona Güncel Yaklaşım: Gerçekten dirençli mi?

Koray Kalenderoğlu

- Dirençli hipertansiyonda gözden kaçanlar: Potasyum ve Aldosteron

Mustafa Gönençer

- Dirençli hipertansiyonda hedef tedaviler

(Aldosteron sentez inhibitörleri, yeni nesil MRA'lar)

Burcu Uludağ Artun

Öğrenim Hedefi: Dirençli hipertansiyon tanımı ve yeni çıkan tedaviler konusunda bilgi sahibi olmak.

KIZILIRMAK SALONU

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



19 EYLÜL 2026, Cumartesi

17:00- 17:45

Asistan-Mentor Etkileşimi

KIZILIRMAK SALONU

Oturum Başkanları: Berkay Ekici, Sinem Çakal

- Asistan hekimlerin mentorleriyle birlikte yer aldığı interaktif oturum
- Vaka temelli tartışmalar

Biyoprotez Kapak Disfonksiyonu: TAVI Kapağının LVOT'a Migrasyonu

Almaz Guluyeva

Takayasu Arteriti

Şölen Taşlıçukur

Sol Koroner Sinüs Ruptürü

Damla Su Özkara

AV Fistül Komplikasyonu: İskemik Steal Sendromu

Özdemir Kuzucu

Fulminan Miyokardit

Arzu Bozkurt

Perikardiyosentez Sonrası Yabancı Cisim Komplikasyonu

Haydar Ali Candan

Trifasiküler Blok

Hüseyin Emre Cebeci

Dev Sol Atriyal Miksoma

Alperen Öztürk

Sol Atriyumda Dev Trombüs

Hüseyin Çayırıcıoğlu

Lad Distali İle İlişkili Sağ Ventrikül Apeksinde Anevrizma-Av Fistül

Kudret Pesenli

17:00- 17:45

İleri Elektrokardiyografi Kursu

SAKARYA SALONU

Özgür Kırbas , Mevlüt Serdar Kuyumcu

17:00- 17:45

Kardiyak Anatomi Kursu

FIRAT SALONU

Ertekin Utku Ünal

17:00- 17:45

Kalp Pili Kontrolü ve Sorun Giderme Kursu

CEYHAN SALONU

Oturum Başkanı: Fethi Kılıçaslan

Eğitmen: Burak Hünük

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

08:30-09:15

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 13

SAKARYA SALONU

Oturum Başkanı: Ali Çoner

SS-097 Transkateter Aort Kapak İmplantasyonu Uygulanan Hastalarda Bir Yıllık Mortalitenin Öngörülmesinde GRIM-Skorunun Prognostik Değeri ve Diğer İnflamatuvar-Nütrisyonel İndekslerle Karşılaştırılması

Muhammed Esad Çalışkan, Reha Yasin Şengül, Çağatay Tunca

SS-098 Koronerden aortaya uzanan yolculuk: STEMI sırasında saptanan aort koarktasyonu

Gizem Aksoy Okumuş, Halil Gülyiğit, Çağatay Koca, Hakan Güneş, Mustafa Ozan Gürsoy

SS-099 Zorlu Orbital Aterektomiye Bağlı Rüptür Yönetimi

Osman Soner Özkoyuncu, Beytullah Çakal, Aysel Akhundova, Ahmet Altındış, Muhammed Nimetullah Seçkin, Bilal Boztosun

SS-101 Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Subklinik Miyokardiyal Etkileniminin Değerlendirilmesi: Frontal QRS-T Açısı Analizi

Mert Babaoğlu, Süha Asal, Şahhan Kılıç

08:30-09:15

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 14

FIRAT SALONU

Oturum Başkanı: Sinem Çakal

SS-104 Sağ Ventrikül Yerleşimli Dev Kist Hidatik

Ali Burç Yalçın, Hasan Berat Bayuk, Murat Kerkütlüoğlu, Sedat Köroğlu, Murat Çanak, İbrahim Can Özdemir

SS-107 Kompleks Popliteal ve İnfrapopliteal Kronik Total Oklüzyonda Transkollateral Yaklaşımla Endovasküler Revaskülarizasyon

Betül Sarıbiyık Çakmak, Ahmet Can Çakmak

SS-108 Unstable Angina Pectoris Hastalarında Koroner Anjiyografi Sonrası Kontrast Maddeye Bağlı Nefropatinin Öngörülmesinde C-Reaktif Protein/Albümin Oranının Rolü

Cemre Turgul, Cuma Suleymanoglu

SS-109 Diyabetik Hastalarda Sistemik İmmün-İnflamatuvar İndeks ile Koroner BT Anjiyografi ile Belirlenen Koroner Ateroskleroz Ciddiyeti Arasındaki İlişki: Genişletilmiş Tek Merkez Deneyimi

Ramazan Anıl Eşki, Cem Korucu

SS-110 Bypasslı hastada diyaliz için açılan arteriyovenöz fistüle bağlı gelişen koroner çalma fenomeni

Kubilay Erselcan, Deniz Can Başaran

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

08:30-09:15

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 15

CEYHAN SALONU

Oturum Başkanı: Selvi Öztaş

SS-111 Primer PCI Sonrası STEMI’de Yeni Bir Risk Belirteci: RV S’/sPAB Oranı ve Üç Aylık Klinik Sonuçlar

Fatih Enes Durmaz, Selda Murat, Bektaş Murat

SS-112 Koroner Arter Ektazisinde Eşlik Eden Koroner Yavaş Akım Daha Düşük Sistemik İnflamasyon ile İlişkilidir: Paradoksal Bir İnflamatuvar Fenotip

Ömer Ferudun Akkuş, Samet Yavuz, Hatice Altınışık

SS-113 Tip 2 Diyabetli ICD/CRT-D Hastalarında SGLT-2 İnhibitörlerinin Ekokardiyografik ve Cihaz Bazlı Aritmik Parametreler Üzerine Etkisi: Yeni Başlayan ile Kronik Kullanıcıların Karşılaştırılması

Fatih Enes Durmaz, İstiklal Özkaya, Gurbet Özge Yunus, Selda Murat

SS-115 Sistemik Trombolitik Tedavinin Akut Pulmoner Embolide Ventriküler Repolarizasyon Parametreleri Üzerine Erken Dönem Etkisi ve Hemodinamik Düzeltme ile İlişkisi

Elçin Özdemir Tutar

SS-116 Genç miyokard infarktüsüne örnek bir olgu: Kokain ilişkili MI

Mehmet Gürler, Ersel Onrat

SS-117 Pulmoner arter anjiyografisi ile interarteryel malign anatominin dışlandığı çıkış anomalili sirkumfleks artere başarılı perkütan koroner girişim

Yakup Yunus Yamantürk, Bengisu Şahin

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

09:15-10:00

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 16

Oturum Başkanı: Mustafa Gönençer

SAKARYA SALONU

SS-118 Genç ST-Segment Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü Hastalarında Trigliserid-Glukoz İndeksi ile 5 Yıllık Tüm Nedenlere Bağlı Mortalite Arasındaki İlişki

Ali Evsen, Raif Kılıç, Adem Aktan

SS-119 Tek Elektrotlu VDD Sisteminden Sol Dal Pacinge Fizyolojik Upgrade: Lead Koruyucu Yaklaşım

Yakup Yunus Yamantürk, Ramazan Anıl Eşki, Basri Amasyalı

SS-121 ST-Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü Geçiren Genç Hastalarda Başvuru Trigliserid-Glikoz İndeksi İle Yüksek Anjiyografik Trombüs Yükü Arasındaki İlişki

Volkan Yılmaz, Sefa Erdi Ömür

SS-122 Dev SVG Anevrizması ve Psödoanevrizmasının Yönetiminde Aşamalı Yaklaşım: Vasküler Plug ve Koil Kombinasyonu

Semih Aktürk, Berke Ege, Sadık Volkan Emren, Cem Nazlı

SS-123 Elektrokardiyografideki V1 Derivasyonunda Değerlendirilen P Dalgası Terminal Gücü ile Nötrofil-Lenfosit Oranı Bağımsız İlişkilidir

Afag Özyıldız, Hüseyin Durak

SS-124 Alt Ekstremitte Periferik Arter Hastalığı Olan Hastalarda Trigliserid/LDL-Kolesterol Oranı Hedef Lezyon Revaskülarizasyonunu Öngörür

Seyhmus Atan, İrem Müge Akbulut Koyuncu, Çağlar Alp, Kemal Berkay Yılmaz

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

09:15-10:00

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 17

Oturum Başkanı: Ahmet Öz

FIRAT SALONU

SS-125 Warfarin Tedavisinde Büyük Dil Modellerinin Çok Boyutlu Klinik Değerlendirilmesi

Hatice Taşkan, Selen Eşki

SS-128 Triple-Negatif Meme Kanserinde Neoadjuvan Kemoimmünoterapi Sırasında Gelişen Akut İnferior STEMI: Kardiyo-Onkolojide Tanı ve Yönetim Zorlukları

Zafer Kök, Elif Vuslat Kök

SS-130 Sınırdaki QRS Süresine Sahip Sol Dal Bloğunda Sol Dal Pacing ile Kardiyak Resenkronizasyon: Kılavuzların Gri Alanında Bir Olgu

Yakup Yunus Yamantürk, Elif Oya İlhan, Ramazan Anıl Eşki, Başar Candemir

SS-131 Bozulmuş Açlık Glukozu Mevcut Olan Akut Koroner Sendrom Hastalarında Trigliseride-Glukoz İndeksinin Mortaliteyi Öngörmedeki Prognostik Değeri

Hakan Kilci, Hüseyin Dumlu

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

09:15-10:00

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 18

Oturum Başkanı: Mevlüt Demir

CEYHAN SALONU

SS-132 Akut koroner sendromda kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı öngörüsü: Mehran skoruna CALLY indeksinin katkısı

Ömer Bedir

SS-134 Atrial fibrilasyonda muhtemel kafatası tabanı substratı olarak juguler foramenin değerlendirilmesi

Şahbender Koç

SS-137 Diyabetes Mellituslu Hastalarda İlaç Salınlımlı Stent Sonrası Stent İçi Restenozun Öngörülmesinde Lipid Oranlarının Karşılaştırmalı Performansı

Çağatay Önal

SS-138 Antitrombotik tedavi alan cerrahi hastalarda perioperatif enoksaparin köprüleme tedavisi ve kanama sonuçları

Volkan Çamkıran

SS-139 HALP Skorunun (Hemoglobin-Albümin-Lenfosit-Trombosit) Akut Pulmoner Embolili Hastalarda Hastane İçi ve Uzun Dönem Mortaliteyi Öngörmedeki Prognostik Değeri

Burak Kardeşler

SS-140 40 Yaş ve Altındaki Genç Erişkinlerde ST-Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsünün Klinik ve Anjiyografik Özellikleri

Yunus Emre Özbebek, Sinan Boz, İbrahim Halil Uygun

SS-141 Anjiyo Laboratuvarında Anestezinin Yeri: Bir Yıllık Retrospektif Değerlendirme

Şahin Yılmaz

10:00-10:15

KAHVE ARASI

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

10:15-11:00

Yoğun Bakımda Zorlu Kardiyak Olgulara Yaklaşım

KIZILIRMAK SALONU

Oturum Başkanları: Hamza Duygu, Sinem Çakal

Panelistler: Erdem Çevik, Pelin Aladağ, Mehmet Akyüzler, Taha Emirhan Kılıç

-İnotropik destekte dikkat edilecek hususlar:

Kime?, Ne zaman? , Hangi ajan? Ne süreyle?

Mert Babaoğlu

- Solunum desteği ve ventilasyon stratejileri:

Dirençli hipoksi, hiperkapni ve asidoz varlığında non-invaziv ve invaziv ventilasyon yaklaşımları

Cengiz Şabanoğlu

- Koroner yoğun bakıma malign aritmili hasta yatırdım: Nasıl yöneteceğim?

Kader Eliz Şahin

- VT-VF fırtınası olan hastaların akut ve ileri dönem yönetimi

Gamze Yeter Arslan



Öğrenim Hedefi: Yoğun bakım ünitesinde izlenen hipotansif, hipoperfüze, hipoksik ve malign aritmili kardiyak hastalarda kanıta dayalı ve pratik yönetim stratejilerinin kazandırılması.

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



20 EYLÜL 2026, Pazar

11:00-11:45

**Kalp Yetersizliği Prevalansı Giderek Artıyor:
Tedavide Yeni Seçenekler Var mı?**

Oturum Başkanları: Fuat Gündoğdu, Ahmet Öz

- SGLT-2 İnhibitörleri: Kalp Yetersizliği ve ötesinde etkiler

Ufuk Yıldız

- Birlikte AF varsa nasıl yönetmeliyim

İsmet Zengin

- Sol Atrial Dekompresyonu işe yarıyor mu?

Saadet Aydın

Öğrenim Hedefi: Kalp yetersizliği tedavisinde SGLT2 inhibitörlerinin kardiyorenal ve metabolik etkilerini güncel kanıtlar ışığında analiz etmek; KY ve atriyal fibrilasyon (AF) birlikteliğinde hız ve ritim kontrolü stratejilerini yönetebilmek. Ayrıca, farmakolojik tedaviye dirençli vakalarda sol atriyal dekompresyon (şant cihazları) gibi yeni girişimsel yaklaşımların klinik yerini ve hasta seçim kriterlerini kavramak.

KIZILIRMAK SALONU

11:45-12:00

Akılcı İlaç Oturumu

Konuşmacı: Ömer KURU

KIZILIRMAK SALONU

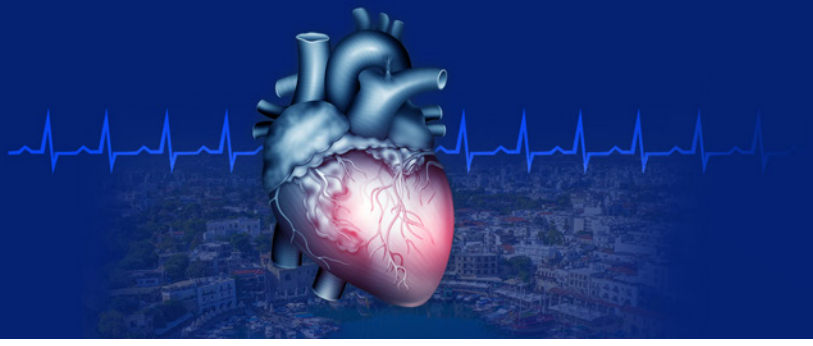
12:00-12:30

KAPANIŞ

KIZILIRMAK SALONU

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



SÖZLÜ BİLDİRİLER



[SS-004]

Yüksek cerrahi riskli bir hastada rotasyonel aterektomi ile başarılı çoklu perkütan koroner girişim

Mustafa Sezen, Saadet Aydın, İlker Gül

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Aterosklerotik plaklarda şiddetli kalsifikasyon, perkütan koroner girişimi (PCI) zorlaştıran ve kötü klinik sonuçlarla ilişkili en önemli faktörlerden biridir. Rotasyonel aterektomi (RA), yoğun kalsifiye koroner lezyonlarda işlem başarısını artırmak amacıyla uzun süredir yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yazıda, kompleks koroner arter hastalığı olan yüksek riskli bir hastada RA kullanılarak gerçekleştirilen başarılı çok damar PCI olgusu sunulmuştur.

Olgu:

Altmış sekiz yaşında erkek hasta, tipik anjina pectoris ve dispne şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, obezite ve obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) mevcuttu. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları kardiyojenik şok ve NSTEMI ile uyumluydu. TTE'de sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu LVEF%30 olarak saptandı. Sol ventrikül inferoposterior segmenti akinetik, apeks, septum ve anterior duvar hipokinetikti. EKG'de LBBB mevcuttu. Troponin düzeyi bazalin 10 katı artmış, NT-proBNP değeri 11.130 pg/mL olarak ölçüldü. Hastaya iki yıl önce yapılan koroner anjiyografide çok damar koroner arter hastalığı saptanmış ve cerrahi revaskülarizasyon önerilmişti; ancak hasta yüksek risk nedeniyle cerrahiyi kabul etmemişti. Hasta kardiyoji yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve diüretik ile inotrop tedavi başlandı. Hemodinamik stabilizasyon sağlandıktan sonra yapılan koroner anjiyografide; LAD'de %99, LCx'de %99, OM2'de %99 darlık ve RCA'da total oklüzyon saptandı. AKS tablosu ve yüksek cerrahi risk nedeniyle kalp ekibi kararıyla PCI yapılmasına karar verildi. İlk olarak LCx-OM2 bifurkasyon lezyonuna müdahale edildi. OM2 kronik total oklüzyon lezyonu Asahi Gaia tel ile geçildi. Ardından 1.2×15mm ve 2.0×15mm balonlarla ardışık balon anjiyoplasti yapıldı ve ostial bölgeden başlayacak şekilde 2.5×23mm ilaç salımlı stent (DES) implante edildi. Sonrasında LCx lezyonunda predilatasyon yapıldı ve 1.5 mm burr ile (Rotapro sistemi, 150k rpm) rotasyonel aterektomi uygulandı. Takiben balon dilatasyonu yapıldı ve 2.5×38mm ile 2.75×38mm DES implante edildi. LAD'de %99 darlığa neden olan kalsifiye lezyon Rotawire ile geçildi. Sonrasında 1.5mm burr kullanılarak RA uygulandı ve ardından 3.0×38mm DES implante edilerek tama yakın açıklık sağlandı. İşlem çoklu koroner arterlerde rotasyonel aterektomi kullanılarak başarılı bir şekilde tamamlandı ve komplikasyon gelişmedi. Hasta asetilsalisilik asit, tikagrelor, atorvastatin, metoprolol, sakubitril/valsartan, dapagliflozin ve eplerenon tedavileri ile taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde hastanın şikâyetinin olmadığı ve klinik durumunun stabil olduğu görüldü.

Sonuç:

Rotasyonel aterektomi, ileri derecede kalsifiye kompleks koroner lezyonlarda PCI işlemini kolaylaştıran güvenli ve etkili bir plak modifikasyon yöntemidir. Özellikle cerrahi riski yüksek hastalarda düşük komplikasyon oranı, başarılı anjiyografik sonuçlar ve düşük majör advers kardiyak olay (MACE) oranları ile iyi klinik sonuçlar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çok damar koroner arter hastalığı, İleri derecede kalsifiye lezyonlar, Yüksek cerrahi riskli hasta

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

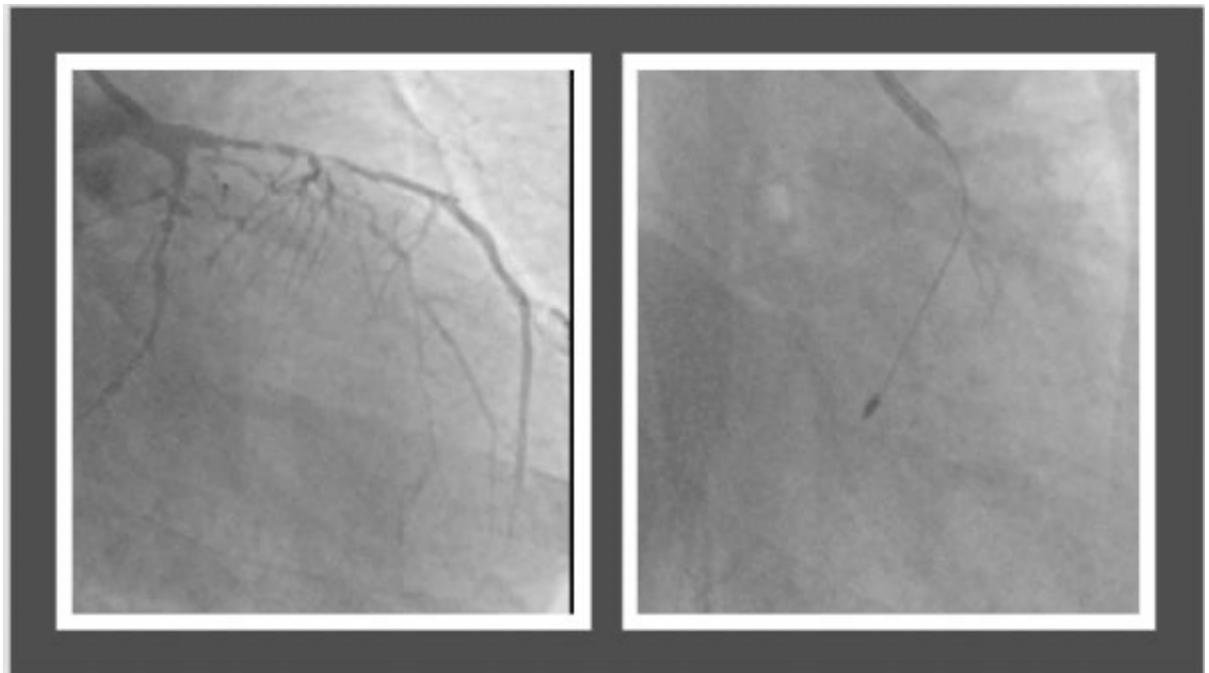
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Koroner Anjiyografi Görüntü-final



Koroner Anjiyografi Görüntüleri-1





[SS-011]

Non-Dipper Hipertansiyon Hastalarında Triglisericid-Glikoz (TyG) İndeksi ile Sol Ventrikül Geometrisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ömer Özkan Duman

Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, İzmir

Giriş: Hipertansiyon hastalarında gece kan basıncı düşüşünün %10'dan az olması (non-dipper patern), artmış kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Triglisericid-Glikoz (TyG) indeksi, insülin direncinin (İD) pratik ve maliyet etkin bir göstergesi olarak sol ventrikül hipertrofisi ve geometrik değişikliklerin öngörülmesinde önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, non-dipper hipertansif hastalarda TyG indeksinin sol ventrikül kütle indeksi (LVMI) ve geometrisi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2025-Ocak 2026 tarihleri arasında ambulator kan basıncı monitorizasyonu (AKBM) ile tanı konulmuş ardışık 88 dipper ve 78 non-dipper hipertansiyon hastası dahil edildi. TyG indeksi $\ln [\text{açlık triglisericitleri (mg/dL)} \times \text{açlık plazma glukozu (mg/dL)} / 2]$ formülüyle hesaplandı. Sol ventrikül geometrisi; sol ventrikül kütle indeksi (LVMI) ve relatif duvar kalınlığı (RWT) parametreleri kullanılarak değerlendirildi. LVMI, $\text{LVM(gr)} / \text{BSA(m}^2\text{)}$ ve $\text{RWT, } 2 \times \text{LVPWT} / \text{LVEDD}$ formülüyle hesaplandı. İstatistiksel analizlerde gruplar arası karşılaştırmalar için Bağımsız T-Testi ve kategorik veriler için Ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, BMI ve 24 saatlik ortalama kan basınçları açısından anlamlı fark izlenmedi ($p > 0.05$). Non-dipper grubunda TyG indeksi (8.88 ± 0.14 vs 8.81 ± 0.14 $p=0.001$) ve LVMI (77.08 ± 5.41 vs 74.61 ± 4.96 g/m², $p=0.003$) dipper grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca non-dipper hastalarda IVSdT ve LVPWT değerlerinde anlamlı artış saptandı ($p < 0.05$). RWT değerleri non-dipper grubunda sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (0.44 vs 0.43 , $p=0.280$). Sol ventrikül geometrisi incelendiğinde, her iki grupta da "Konsantrik Yeniden Şekillenme" en sık görülen anormal geometri paterni olarak izlendi. Non-dipper grubunda TyG indeksi ile LVMI arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ($r=0.523$, $p < 0.001$) tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, non-dipper hipertansiyon hastalarında TyG indeksi ile temsil edilen insülin direncinin, sol ventrikül kütle artışı ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Non-dipper hastalarda izlenen daha yüksek TyG indeksi, bu hasta grubunda metabolik bozuklukların kardiyak yapısal değişiklikleri tetikleyebileceğini düşündürmektedir. TyG indeksi, non-dipper hastalarda artmış sol ventrikül kütlesi ve olası hedef organ hasarının tespiti için rutin klinik pratikte kullanılabilecek değerli bir biyobelirteçtir.

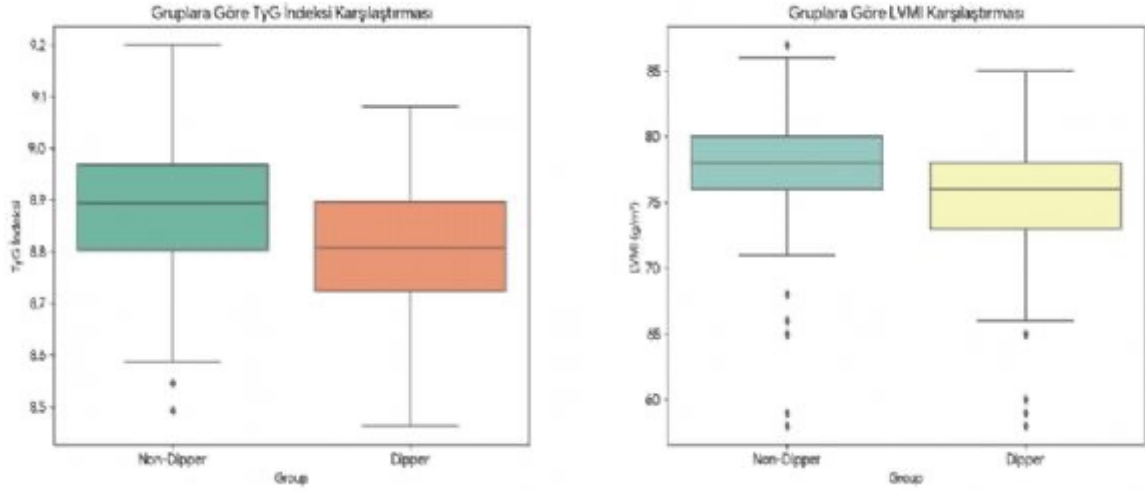
Anahtar Kelimeler: Non-dipper hipertansiyon, TyG indeksi, Sol ventrikül geometrisi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

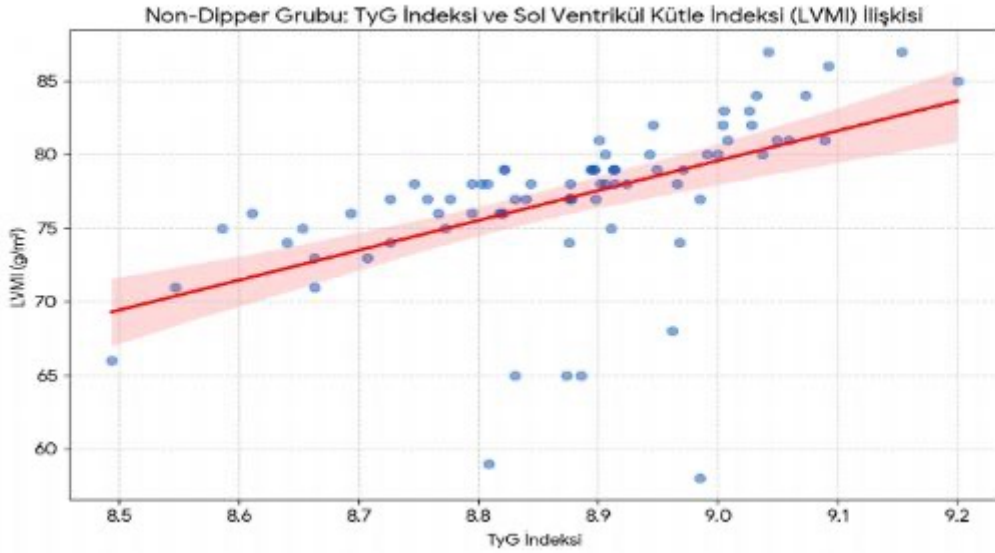
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Gruplara göre TyG ve LVMI karşılaştırılması



Non-dipper hipertansiyon hastalarında TyG indeksi ile Sol Ventrikül Kütle İndeksi (LVMI) arasındaki korelasyon analizi



KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Dipper ve Non-Dipper Grupların Karşılaştırılması

Değişken	Dipper Grubu (n=88)	Non-Dipper Grubu (n=78)	p-değeri
Demografik/Metabolik			
Yaş (yıl)	48.28±8.07	48.74±7.96	0.713
Cinsiyet (Erkek, %)	62.5	67.9	0.567
BMI (kg/m ²)	28.27±3.52	28.44±3.17	0.755
Sigara Kullanımı(%)	33	32.1	1.000
Açlık Glukozu (mg/dL)	88.86±6.38	90.13±6.31	0.202
Kreatinin (mg/dL)	0.91±0.13	0.92±0.13	0.717
Trigliserid (mg/dL)	151.62±16.44	160.53±19.53	0.002
TyG İndeksi	8.81±0.14	8.88±0.14	0.001
Ambulatuvar Kan Basıncı			
Gündüz Ort. SKB (mmHg)	144.55±3.14	145.12±2.89	0.227
Gündüz Ort. DKB (mmHg)	88.44±2.96	88.94±2.62	0.260
Gece Ort. SKB (mmHg)	124.05±2.83	133.28±2.98	<0.001
Gece Ort. DKB (mmHg)	75.74±2.46	79.44±2.96	<0.001
Dipping Yüzdesi (%)	14.17±1.55	8.15±1.32	<0.001
Ekokardiyografik Veriler			
EF (%)	60.73±2.48	60.90±2.42	0.656
IVSdT (mm)	10.51±0.86	10.85±0.82	0.011
LVPWdT (mm)	9.98±0.71	10.22±0.77	0.037
LVEDD (mm)	46.48±2.12	46.92±2.13	0.179
LVMI (g/m ²)	74.61±4.96	77.08±5.41	0.003
RWT	0.43±0.04	0.44±0.04	0.280



[SS-012]

Pulmoner Ven İzolasyonu Sonrası Spironolakton Kullanımının Atriyal Fibrilasyon Nüksü Üzerine Etkisi

Tuğba Çetin¹, Şeyda Dereli², Mert İlker Hayiroğlu³

¹Tekirdağ Çorlu State Hospital, Department of Cardiology, Tekirdağ

²Adıyaman Gölbaşı State Hospital, Department of Cardiology, Adıyaman

³Ataşehir Acıbadem Hospital, Department of Cardiology, İstanbul

Amaç: Atriyal fibrilasyon (AF), erişkin popülasyonda %2–4 prevalansa sahip, insidansı ve mortalitesi giderek artan yaygın bir aritmidir. Radyofrekans (RF) ablasyon günümüzde yaygın olarak kullanılmakta olup genellikle üç boyutlu elektroanatomik haritalama sistemleri eşliğinde uygulanmaktadır. Bu çalışmada, AF tanılı hastalarda pulmoner ven izolasyonu (PVI) amacıyla uygulanan RF kateter ablasyonu sonrasında spironolakton kullanımının AF rekürrensi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

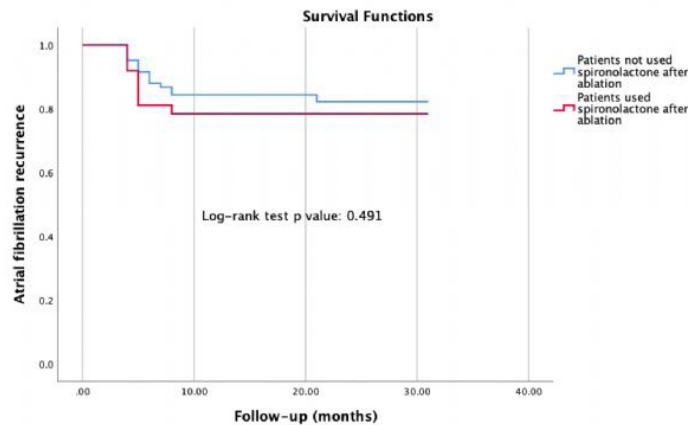
Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya, yüksek güç-kısa süre (high power, short duration; HPSD) tekniği kullanılarak (50 watt, 10 saniye) PVI uygulanan 121 AF hastası dahil edilmiştir. Hastalar, ablasyon sonrası spironolakton kullanımı açısından iki gruba ayrılmıştır. Demografik, klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik veriler sistematik olarak kaydedilmiştir. PVI sonrası spironolakton tedavisinin AF rekürrensi üzerindeki etkisi analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplam 121 hasta analiz edilmiş olup, 38 hastaya ablasyon sonrası spironolakton başlanmış, 83 hasta ise spironolakton kullanmamıştır. Medyan takip süreleri spironolakton ve spironolakton kullanmayan gruplarda sırasıyla 15 ve 19 ay olarak saptanmıştır. Tablo 1’de ablasyon sonrası spironolakton kullanımına göre hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar ve ekokardiyografik parametreleri, ilaç kullanımları ve klinik sonuçları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet dağılımı, diyabetes mellitus, sigara kullanımı, ekokardiyografik parametreler ve çoğu laboratuvar değeri açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Bununla birlikte, spironolakton grubunda hipertansiyon (%34,2’ye karşı %47,8; $p=0,015$) ve kronik böbrek yetmezliği (%2,6’ya karşı %19,3; $p=0,021$) prevalansı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kaplan–Meier sağkalım analizi, takip süresince rekürrenssiz sağkalım oranlarının her iki grupta benzer olduğunu göstermiştir (Şekil 1). Log-rank testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,491$). Bu bulgular, ablasyon sonrası spironolakton kullanımının AF rekürrensinde anlamlı bir azalma ile ilişkili olmadığını göstermektedir.

Sonuç: Çalışmamızın bulguları, RF ile PVI uygulanan hastalarda ablasyon sonrası spironolakton kullanımının AF rekürrensi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, kardiyovasküler risk, spironolakton, pulmoner ven izolasyonu

Figür 1. Ablasyon sonrası spironolakton kullanan ve kullanmayan hastalarda atriyal fibrilasyon rekürrensini Kaplan–Meier analizi



Figür 1. Ablasyon sonrası spironolakton kullanan ve kullanmayan hastalarda atriyal fibrilasyon rekürrensini Kaplan–Meier analizi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1. Ablasyon sonrası spironolakton kullanımına göre gruplandırılmış hastaların demografik ve klinik özelliklerinin, laboratuvar ve ekokardiyografik parametrelerinin, kullanılan ilaçların ve klinik sonuçlarının karşılaştırılması

	Ablasyon Sonrası, Spironolakton Kullanmayan Hastalar (n=83)	Ablasyon Sonrası, Spironolakton Kullanan Hastalar (n=38)	P değeri
Yaş, yıl (Ort. ±SD)	61 (57 – 69)	59 (50 – 64)	0.077
Cinsiyet (erkek), n (%)	44 (53.0%)	23 (60.5%)	0.439
Hipertansiyon n (%)	48 (47.8%)	13 (34.2%)	0.015
Diabet Mellitus n (%)	26 (31.3%)	13 (34.2%)	0.753
Sigara n (%)	13 (15.7%)	8 (21.1%)	0.473
Kronik Böbrek Yetmezliği n (%)	16 (19.3%)	1 (2.6%)	0.021
Koroner Kalp Yetmezliği			
İskemik	3 (3.6%)	2 (5.3%)	0.649
Non-İskemik	20 (24.1%)	7 (18.4%)	0.639
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	6 (7.3%)	1 (2.6%)	0.430
Koroner Arter Hastalığı n (%)	22 (26.5%)	10 (26.3%)	0.982
Perkütan Girişim	6 (7.2%)	3 (7.9%)	1.000
Koroner Arter Bypass Greftleme	1 (1.2%)	0 (0.0%)	1.000
Geçirilmiş Serebrovasküler Olay n (%)	4 (4.8%)	0 (0.0%)	0.307
Paroksizmal Atrial Fibrilasyon	38 (45.8%)	21 (56.8%)	0.267
Non-paroksizmal Atrial Fibrilasyon	45 (54.2%)	16 (43.2%)	0.324
Laboratuvar Parametreleri			
Hemoglobin (g/dL)	14.0 (11.8 – 15.5)	14.0 (13.1 – 15.0)	0.615
Lökosit (x10 ⁹ /µL)	4.8 (3.7 – 6.0)	4.3 (3.5 – 5.9)	0.451
Trombosit (x10 ⁹ /µL)	236 (198 – 310)	247 (210 – 303)	0.590
Lenfosit (x10 ⁹ /µL)	2.0 (1.6 – 2.3)	1.9 (1.6 – 2.3)	0.969
Kreatinin (mg/dL)	0.9 (0.8 – 1.1)	0.8 (0.7 – 1.0)	0.126
Üre (mg/dL)	14.0 (11.0 – 16.0)	14.0 (13.0 – 18.0)	0.611
TSH	2.0 (1.2 – 2.7)	1.7 (1.1 – 2.7)	0.752
AST	20 (17 – 29)	19 (16 – 27)	0.637
ALT	19 (13 – 25)	19 (13 – 29)	0.696
Glukoz (mg/dL)	110 (95 – 142)	110 (101 – 144)	0.550
Ekokardiyografik Parametreleri			
Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu, %	60.0 (50.0 – 60.0)	60.0 (50.0 – 60.0)	0.484
LVEDD, mm	47.0 (44.0 – 54.0)	46.0 (45.0 – 50.0)	0.447
LVESD, mm	30.0 (27.0 – 38.0)	29.0 (26.0 – 34.0)	0.167
Sol Atriyum Anterior Posterior Çap, mm	42.0 (39.0 – 47.0)	41.0 (37.0 – 45.0)	0.152
İlaç Kullanımı			
Beta-Bloker Kullanımı	76 (91.6%)	34 (89.5%)	0.739
Kalsiyum Kanal Bloker Kullanımı	27 (32.5%)	13 (34.2%)	0.856
RAS Bloker Kullanımı	35 (42.2%)	15 (39.5%)	0.780
Class-I anti-aritmik ilaçlar	19 (22.9%)	10 (26.3%)	0.684
Amiodarone	17 (20.5%)	8 (21.1%)	0.943
Sotalol	5 (6.0%)	3 (7.9%)	0.705
Takip Süresi, Ay	19 (15 – 25)	15 (14 – 8)	
Atrial Fibrilasyon Rekürrensi	14 (16.9%)	9 (23.7%)	0.382

Sürekli değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak sunulmuştur. Nominal değişkenler ise frekans (%) olarak sunulmuştur.
Abbreviations: LVEDD, Sol ventrikül diyastol sonu çapı; LVESD, Sol ventrikül sistol sonu çapı; TR, triküspit regüritasyonu; Ras blokeri, renin-angiotensin sistem blokeri; KKB, kalsiyum kanal blokörü.

Tablo 1. Ablasyon sonrası spironolakton kullanımına göre gruplandırılmış hastaların demografik ve klinik özelliklerinin, laboratuvar ve ekokardiyografik parametrelerinin, kullanılan ilaçların ve klinik sonuçlarının karşılaştırılması



[SS-013]

Kriyobalon Ablasyonu Sonrası Kısa Dönem Atriyal Aritmi Rekürrensini Öngörülmesinde İnflamatuvar Belirteçlerin Rolü

Mustafa Uçar

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Paroksizmal atriyal fibrilasyon (AF) nedeniyle kriyobalon ablasyonu uygulanan hastalarda işlem sonrası kısa dönem atriyal aritmi rekürrensi klinik açıdan önemli bir sorundur. Sistemik inflamasyonun atriyal yeniden şekillenme ve AF rekürrensi ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte, kriyobalon ablasyonu sonrası inflamatuvar belirteçlerin prediktif değeri net değildir. Bu çalışmada kriyobalon ablasyonu sonrası kısa dönem atriyal aritmi rekürrensi ile inflamatuvar belirteçler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

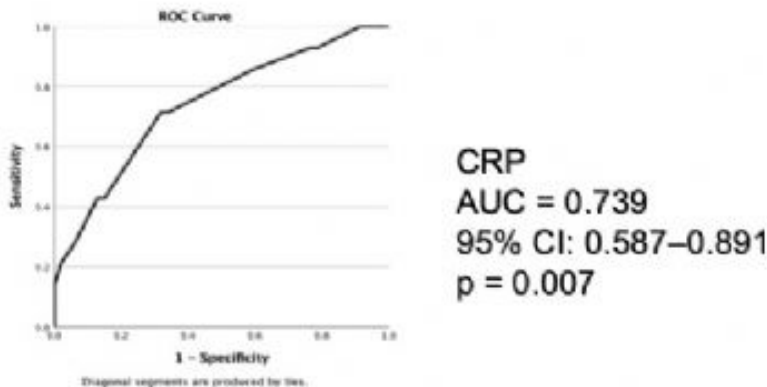
Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya paroksizmal AF nedeniyle kriyobalon ablasyonu uygulanan 61 hasta dahil edildi. Rekürrens; 3 aylık blanking periyodu sonrasında 6 aylık takip sürecinde en az 30 saniye süren atriyal fibrilasyon, atriyal flutter veya atriyal taşikardi atağı olarak tanımlandı. Başlangıç inflamatuvar belirteçleri olarak C-reaktif protein (CRP), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) ve sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI) değerlendirildi. Verilerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Rekürrens ile ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla lojistik regresyon ve ROC analizleri yapıldı.

Bulgular: Takip süresince 14 hastada (%23) atriyal aritmi rekürrensi saptandı. Rekürrens gelişen hastalarda CRP düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti [0,40 (IQR:0,33) vs 0,30 (IQR:0,20); $p=0,006$]. Buna karşın NLR, SIRI ve SII değerleri açısından anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla $p=0,230$; $p=0,136$ ve $p=0,051$). İnflamatuvar belirteçlerin grup karşılaştırmaları ve lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. Lojistik regresyon analizinde CRP (OR:596,2; %95 GA:6,5–54543,4; $p=0,006$) ve SII (OR:1,007; %95 GA:1,001–1,013; $p=0,033$) rekürrens ile anlamlı ilişkili bulundu. ROC analizinde CRP'nin rekürrensi öngörmede orta düzey ayırt edici performansa sahip olduğu gösterildi (AUC=0,74; $p<0,01$) (Şekil 1).

Sonuç: Paroksizmal AF nedeniyle kriyobalon ablasyonu uygulanan hastalarda yüksek CRP düzeyleri kısa dönem atriyal aritmi rekürrensi ile ilişkili bulunmuştur. CRP, işlem sonrası rekürrens riski yüksek hastaların belirlenmesinde kolay ulaşılabilir ve pratik bir biyobelirteç olarak kullanılabilir. Daha geniş hasta sayılı prospektif çalışmalarla bu ilişkinin doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, C-reaktif protein, inflamasyon, kriyobalon ablasyonu, rekürrens

Şekil 1. C-reaktif proteinin kriyobalon ablasyonu sonrası atriyal aritmi rekürrensini öngörmedeki ROC eğrisi



ROC analizinde C-reaktif proteinin atriyal aritmi rekürrensini öngörmede orta düzey ayırt edici performansa sahip olduğu gösterildi (AUC=0,74; $p<0,01$).



Tablo 1. İnflamatuvar belirteçlerin atriyal aritmi rekürrensi ile ilişkisi ve lojistik regresyon analiz sonuçları

Parametre	Rekürrens Yok (n=47)	Rekürrens Var (n=14)	p değeri	OR (%95 GA)
CRP	0,30 (IQR:0,20)	0,40 (IQR:0,33)	0,006	596,2 (6,5–54543,4)
NLR	2,09 (IQR:0,99)	2,51 (IQR:1,50)	0,230	0,299 (0,040–2,236)
SIRI	0,97 (IQR:0,83)	1,33 (IQR:1,25)	0,136	0,311 (0,041–2,381)
SII	476,2 (IQR:274,4)	697,8 (IQR:467,8)	0,051	1,007 (1,001–1,013)

Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak sunulmuştur. Grup karşılaştırmaları Mann–Whitney U testi ile yapılmıştır. Odds ratio (OR) değerleri lojistik regresyon analizinden elde edilmiştir. CRP: C-reaktif protein, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, SIRI: sistemik inflamasyon yanıt indeksi, SII: sistemik immün inflamasyon indeksi, OR: odds ratio, GA: güven aralığı.



[SS-015]

Subakut Alt Ekstremitte İskemisi ile Başvuran Hastalarda Başvuru Kreatin Kinaz Düzeylerinin 30 Günlük Amputasyon Gelişimi ile İlişkisi

Zeynep Esra Güner

Uzunköprü Devlet Hastanesi

Amaç: Subakut alt ekstremitte iskemisi ile başvuran periferik arter hastalarında başvuru kreatin kinaz (CK) düzeylerinin 30 günlük amputasyon gelişimi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya subakut alt ekstremitte iskemisi nedeniyle değerlendirilen toplam 70 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri hastane kayıtlarından elde edildi. Başvuru anındaki serum CK düzeyleri kaydedildi. Hastalar 30 gün içinde amputasyon gelişimine göre iki gruba ayrıldı. CK düzeylerinin dağılımı normal olmadığı için gruplar arası karşılaştırmada Mann–Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: 30 günlük takip sürecinde toplam 70 hastanın 9’unda (%12.9) amputasyon gelişti. Amputasyon gelişen ve gelişmeyen hastaların demografik, klinik özellikleri ve risk faktörleri karşılaştırıldı. Yaş açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (62.22 ± 15.62 vs. 60.30 ± 12.94 yıl, $p = .686$). Buna karşın kadın cinsiyet amputasyon gelişen grupta anlamlı derecede daha yüksekti (%66.7 vs. %21.3, $p = .004$).

Diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetersizliği, kronik böbrek yetmezliği, serebrovasküler olay öyküsü, sigara kullanımı ve atriyal fibrilasyon açısından gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi (tüm $p > .05$).

Semptom süresi açısından amputasyon gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı [35 gün (19.5–93) vs. 35 gün (20–60), $p = .888$]. Buna karşın gangren veya ülserasyon varlığı amputasyon gelişen hastalarda belirgin olarak daha yüksekti (%77.8 vs. %21.3, $p < .001$). İstirahata ağrısı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (%55.6 vs. %47.5, $p = .653$).

Rutherford sınıflaması açısından değerlendirildiğinde, amputasyon gelişen hastaların büyük çoğunluğunun Rutherford sınıf 5 olduğu görüldü (%77.8). Buna karşılık amputasyon gelişmeyen grupta Rutherford sınıf 5 oranı %19.7 idi. Rutherford sınıf dağılımı iki grup arasında anlamlı farklılık göstermekteydi ($p = .001$).

Başvuru kreatin kinaz (CK) düzeyleri değerlendirildiğinde, amputasyon gelişen hastalarda CK düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı [223 U/L (90–702.5) vs. 58 U/L (37–130.5), $p = .019$].

Sonuç: Subakut alt ekstremitte iskemisi ile başvuran hastalarda yüksek başvuru CK düzeyleri, 30 günlük amputasyon gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Serum CK düzeyi, subakut alt ekstremitte iskemisinde kısa dönem amputasyon riskinin öngörülmesinde kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Subakut alt ekstremitte iskemisi, Periferik arter hastalığı, Kreatin kinaz, Amputasyon

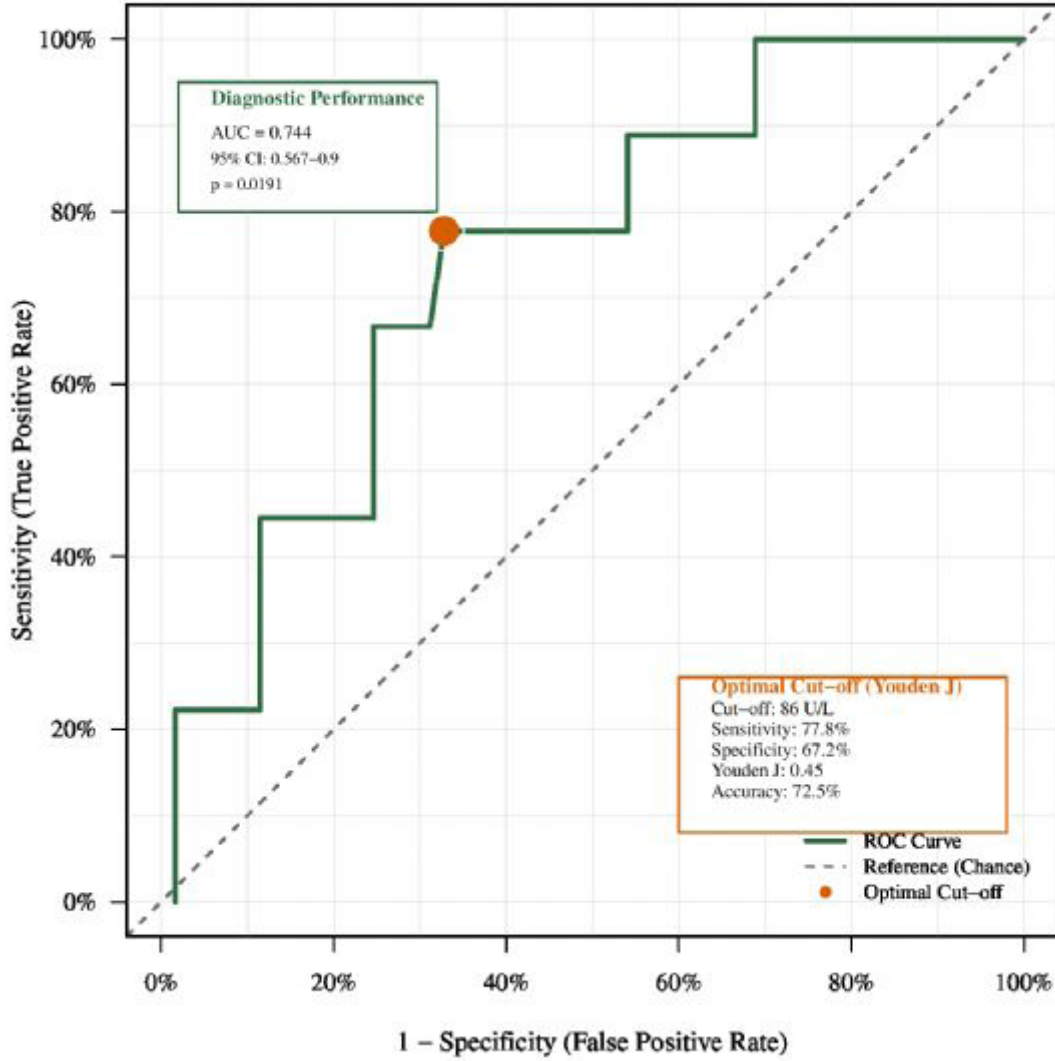
Şekil 1

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Admission CK Level for Predicting 30-Day Amputation



Başvuru CK düzeylerinin 30 günlük amputasyonu öngörmedeki ROC analizi

30 Günlük Amputasyon Gelişimine Göre Hasta Özellikleri

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Değişken	Amputasyon Yok (n=61)	Amputasyon Var (n=9)	p değeri
Yaş (yıl), Ort. ± SS	60.30 ± 12.94	62.22 ± 15.62	.686
Kadın cinsiyet, n (%)	13 (%21.3)	6 (%66.7)	.004
Diabetes mellitus, n (%)	24 (%39.3)	6 (%66.7)	.122
Hipertansiyon, n (%)	39 (%63.9)	7 (%77.8)	.414
Hiperlipidemi, n (%)	30 (%49.2)	5 (%55.6)	.721
Koroner arter hastalığı, n (%)	25 (%41.0)	4 (%44.4)	.844
Konjestif kalp yetersizliği, n (%)	6 (%9.8)	2 (%22.2)	.276
Kronik böbrek yetmezliği, n (%)	9 (%14.8)	1 (%11.1)	.771
Serebrovasküler olay öyküsü, n (%)	2 (%3.3)	1 (%11.1)	.279
Sigara kullanımı, n (%)	35 (%57.4)	5 (%55.6)	.918
Atriyal fibrilasyon, n (%)	9 (%14.8)	1 (%11.1)	.771
Başvuru CK (U/L), Ortanca (ÇAA)	58 (37-130.50)	223 (90-702.50)	.019
Semptom süresi (gün), Ortanca (ÇAA)	35 (20–60)	35 (19.5–93)	.888
Gangren/ülserasyon, n (%)	13 (%21.3)	7 (%77.8)	<.001
İstirahat ağrısı, n (%)	29 (%47.5)	5 (%55.6)	.653
Rutherford sınıfı, n (%)			.001
└ Sınıf 3	23 (%37.7)	0 (%0.0)	
└ Sınıf 4	26 (%42.6)	2 (%22.2)	
└ Sınıf 5	12 (%19.7)	7 (%77.8)	

DM: Diabetes Mellitus; ÇAA: Çeyrekler Arası Açıklık; SS: Standart Sapma; CK: Kreatin kinaz. Kategorik değişkenler için Ki-kare (χ^2) veya Fisher'in Kesin Testi, sürekli değişkenler için Bağımsız Örneklem t-Testi veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.



[SS-017]

“Korunmuş EF’li Kalp Yetmezliğinde Adropin: Yeni Bir Biyobelirteç Olabilir mi?”

Murat Kerkütlüoğlu, Eren Leblebici

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Adropin enerji homeostazı, metabolik düzenleme, kardiyovasküler ve nörolojik işlevler üzerinde etkili olan yeni keşfedilmiş ve endokrin fonksiyonlara sahip bir peptid hormondur. Bu çalışmanın amacı korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği (HFpEF) hastalarında serum adropin düzeylerini değerlendirmek ve adropin düzeylerinin klinik, biyokimyasal ve ekokardiyografik parametrelerle ilişkisini araştırmaktır. Ayrıca adropinin HFpEF patofizyolojisindeki olası rolünün ve potansiyel bir biyobelirteç olarak kullanım değerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: “Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği (KEF-KY) ile serum adropin düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu prospektif, tek merkezli çalışmaya KEF-KY tanısı alan 56 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer 56 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Toplam 112 katılımcı çalışmaya alındı. Çalışma kapsamındaki tüm bireylerden antikoagülan içermeyen sarı kapaklı tüplere 20 cc venöz kan örneği alındı. Elde edilen numuneler uygun koşullarda santrifüj edildikten sonra analiz zamanına kadar -80°C’de saklandı. Serum adropin düzeyleri ELISA yöntemi kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya alınan bireyler HFpEF olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar karşılaştırıldığında diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı sıklığı hasta grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı (tüm karşılaştırmalar için $p < 0.001$). Laboratuvar değerlendirmelerinde hasta grubunda glomerüler filtrasyon hızı anlamlı olarak daha düşük; pro-BNP ve glukoz düzeyleri ise anlamlı olarak daha yüksek bulundu (tümü için $p < 0.05$).

Ekokardiyografik değerlendirmede sol atriyum çapı hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklı saptandı ($p = 0.019$). Serum adropin düzeyleri açısından yapılan analizde, hasta grubunda medyan adropin düzeyi $4.88 [3.27-7.82]$ ng/mL iken kontrol grubunda $927.00 [885.54-970.38]$ ng/mL olarak bulundu ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$). Destekleyici analizde benzer şekilde, hasta grubunda ortalama adropin düzeyi 5.35 ± 2.84 ng/mL, kontrol grubunda ise 919.55 ± 71.67 ng/mL olarak saptandı ve farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.001$). Hasta grubunda serum adropin düzeyi ile yapılan korelasyon analizinde yalnızca glukoz düzeyi ile orta düzeyde negatif korelasyon saptandı ($r = -0.301$, $p = 0.024$).

Sonuç: Bu prospektif çalışmada KEF-KY ile serum adropin düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi. Çalışma bulguları, KEF-KY tanılı hastalarda serum adropin düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla belirgin ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğunu gösterdi. Ayrıca serum adropin düzeyinin KEF-KY varlığını ayırt etmede yüksek tanısal performans sergilediği ve hasta grubunda glukoz düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiği saptandı. Elde edilen bu bulgular, adropinin KEF-KY patofizyolojisinde rol oynayabileceğini ve potansiyel bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adropin, Biyobelirteç, Endotelial disfonksiyon, Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği

Hasta ve kontrol grubunun serum adropin düzeyleri açısından karşılaştırılması

Karşılaştırma	Hasta grubu	Kontrol grubu	p	Test
Ana analiz (medyan [ÇAA])	4.88 [3.27-7.82]	927.00 [885.54-970.38]	<0.001	Mann-Whitney U
Destekleyici analiz (ortalama $\pm$ SS)	5.35 $\pm$ 2.84	919.55 $\pm$ 71.67	<0.001	Bağımsız t

Çalışmanın temel bulgusu, serum adropin düzeyinin HFpEF hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı biçimde düşük bulunmasıdır. Hem parametrik hem de nonparametrik analizlerde aynı yönün korunmuş olması, bu farkın istatistiksel tutarlılığını güçlendirmektedir.



[SS-018]

Hipertansif Hastalarda Artmış Epikardiyal Yağ Dokusunun Sol Anterior Hemiblok Gelişimi ile İlişkisi

Mücahit Aker, Abdullah Sarıhan, Abdülmelik Birgün, Mehmet Mustafa Yılmaz, Mücahit Yetim, Lütfü Bekar, Macit Kalçık
Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sol anterior hemiblok (LAHB), uzun yıllar benign bir elektrokardiyografik bulgu olarak değerlendirilmiş olsa da, son dönem veriler LAHB'nin altta yatan miyokardiyal fibrozis ve kardiyak yeniden şekillenme ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Epikardiyal yağ dokusu (EYD) ise inflamasyon ve fibrotik süreçlerle ilişkili metabolik olarak aktif bir visseral yağ dokusudur. Bu çalışmada, esansiyel hipertansiyon hastalarında LAHB varlığı ile EYD kalınlığı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı

Yöntem: Bu kesitsel gözlemsel çalışmaya esansiyel hipertansiyonu olan ardışık 200 hasta dahil edildi. Bilinen koroner arter hastalığı, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, kardiyomiyopati, anlamlı kapak hastalığı, atriyal fibrilasyon, dal bloğu, diabetes mellitus, sistemik inflamatuvar hastalıklar, malignite veya yetersiz ekokardiyografik görüntü kalitesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar, standart 12 derivasyonlu elektrokardiyogramda LAFB varlığına göre iki gruba ayrıldı. Klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik parametreler karşılaştırıldı. LAFB'nin bağımsız belirleyicilerini saptamak için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. EFT'nin LAFB'yi öngörmedeki değerini belirlemek amacıyla ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi kullanıldı

Bulgular: Hipertansif 200 hastanın 50'sinde (%25) LAFB mevcuttu. LAFB bulunan hastalar daha ileri yaşta olup, LAFB olmayanlara göre daha büyük sol atriyum çapı, daha yüksek sol atriyum hacim indeksi (LAVI), sol ventrikül kitle indeksi (LVMI) ve EFT kalınlığına sahipti. EFT kalınlığı LAFB grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($6,56 \pm 1,83$ mm'ye karşı $4,69 \pm 1,53$ mm; $p < 0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yaş (OR: 1,048; %95 GA: 1,005–1,093; $p = 0,027$), LAVI (OR: 1,228; %95 GA: 1,101–1,370; $p < 0,001$), LVMI (OR: 1,113; %95 GA: 1,042–1,259; $p < 0,001$) ve EFT kalınlığı (OR: 1,815; %95 GA: 1,373–2,401; $p < 0,001$) LAFB ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. ROC analizinde EFT'nin LAFB'yi öngörmede eğri altında kalan alanı (AUC) 0,778 olarak bulundu (%95 GA: 0,701–0,854; $p < 0,001$). EFT için $>5,5$ mm eşik değeri %74 duyarlılık ve %75 özgüllük sağladı

Sonuç: Esansiyel hipertansiyon hastalarında artmış epikardiyal yağ dokusu kalınlığı, sol anterior hemiblok varlığı ile bağımsız olarak ilişkilidir. Bu bulgu, EYD'nin hipertansiyona bağlı yapısal ve elektriksel kardiyak yeniden şekillenme süreçlerinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. LAHB, hipertansif bireylerde altta yatan fibrotik remodeling sürecinin basit bir elektrokardiyografik göstergesi olabilir. Daha geniş ölçekli prospektif çalışmalar ile bu ilişkinin klinik önemi ve altında yatan mekanizmaların aydınlatılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Epikardiyal yağ dokusu, Hipertansiyon, Sol anterior hemiblok

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



TABLO 1

Variables	All Patients (n:200)	LAFB (+) (n:50)	LAFB (-) (n:150)	p value
Baseline Demographics				
Age (years)	59.3±10.5	63.8±10.3	57.8±10.2	<0.001
Gender, male (n, %)	108 (54)	23 (46)	85 (56.7)	0.190
Dyslipidemia (n, %)	8 (4)	3 (6)	5 (3.3)	0.130
Smoking (n, %)	24 (12)	7 (14)	17 (11.3)	0.615
Family History (n, %)	10 (5)	3 (6)	7 (4.7)	0.708
Duration of HT (years)	3 (1-7)	3 (1-5)	3 (1-8)	0.440
BMI (kg/m ²)	29.9±3.4	29.3±3.2	30.6±5.3	0.089
SBP (mmHg)	140.1±17.3	141.3±16.7	139.7±17.5	0.575
DBP (mmHg)	82.7±10.3	82.7±10.7	82.8±10.1	0.989
Heart rate (bpm)	30.3±4.9	79.8±9.7	79.1±10.8	0.664
Laboratory Parameters				
Glucose (mg/dL)	105.2±27.5	102.5±17.9	105.9±29.6	0.435
BUN (mg/dL)	15.4±5.8	15.7±5.4	15.4±5.9	0.767
Creatinine (mg/dL)	0.74 (0.6-0.9)	0.8 (0.7-0.9)	0.71 (0.6-0.9)	0.055
Uric Acid (mg/dL)	5.3±1.5	5.4±1.4	5.3±1.5	0.856
WBC (x10 ⁹ /μL)	8.5±4.6	8.3±4.1	8.6±5.3	0.623
Haemoglobin (g/dL)	14.1±1.4	14.2±1.5	14.1±1.4	0.562
Platelet (x10 ³ /cells/dL)	258.2±70.6	242.5±58.9	261.4±72.6	0.192
LDL (mg/dL)	127.6±37.3	131.6±37.9	126.8±37.3	0.579
HDL (mg/dL)	48.8±10.3	49.2±10.8	48.7±10.3	0.841
Triglycerides (mg/dL)	160.8±81.4	170.8±95.6	158.8±78.7	0.531
Total Cholesterol (mg/dL)	205.5±47.5	214.9±44.9	203.9±47.9	0.310
Echocardiography				
LVEF, (%)	60.6±3.6	61.1±2.4	60.5±3.9	0.290
LAD, (mm)	36.7±4.9	40.9±4.3	35.3±4.2	<0.001
LAVI, (mL/m ²)	27.5±4.4	30.4±3.9	26.7±4.1	<0.001
Ascending Aorta, (mm)	34.5±4.8	38.5±4.1	33.1±4.2	<0.001
LVEDD, (mm)	43.1±5.9	44.3±6.1	42.7±5.9	0.116
LVESD, (mm)	29.4±4.8	28.8±4.7	30.2±4.4	0.273
IVST, (mm)	11.1±1.6	11.9±1.5	10.7±1.4	<0.001
PWT, (mm)	10.9±1.5	11.8±1.3	10.6±1.4	<0.001
LVM, (g)	167.1±50.3	194.1±52.3	158.1±46.3	<0.001
LVMi, (g/m ²)	87.2±26.2	98.3±30.3	83.4±23.7	<0.001
LVH, n(%)	49 (24.5)	16 (32)	33 (22)	0.154
Concentric LVH, n(%)	44 (22)	15 (30)	29 (19.3)	0.115
Eccentric LVH, n(%)	5 (2.5)	1 (2)	4 (2.7)	0.794
EFT Thickness, (mm)	5.16±1.81	6.56±1.83	4.69±1.53	<0.001
Medications Used				
Acetylsalicylic acid, n(%)	49 (24.5)	17 (34)	32 (21.3)	0.071
Beta Blockers, n(%)	48 (24)	13 (26)	35 (23.3)	0.702
ACE Inhibitors, n(%)	88 (44)	27 (54)	61 (40.7)	0.139
ARB, n(%)	49 (24.5)	7 (14)	42 (28)	0.046
CCB, n(%)	48 (24)	15 (30)	33 (22)	0.251
Diuretics, n(%)	62 (31)	10 (20)	52 (34.7)	0.052
Statins, n(%)	48 (24)	13 (26)	35 (23.3)	0.702

Abbreviations: ACE: Angiotensin converting enzyme, ARB: Angiotensin receptor blocker, BMI: Body mass index, BUN: Blood urea nitrogen, CCB: Calcium channel blockers, DBP: Diastolic blood pressure, EFT: Epicardial Fat Tissue, HDL: high density lipoprotein, IVST: Interventricular septal thickness, LAD: Left atrial diameter, LAFB: Left anterior fascicular block, LAVI: Left atrial volume index, LDL: low density lipoprotein, LVEDD: Left ventricular end diastolic diameter, LVEF: Left ventricular ejection fraction, LVESD: Left ventricular end systolic diameter, LVH: Left ventricular hypertrophy, LVM: Left ventricular mass, LVMi: Left ventricular mass index, PWT: Posterior wall thickness, SBP: Systolic blood pressure, WBC: White blood cell. (Continuous variables with normal distribution were expressed as mean ± standard deviation and continuous variables without normal distribution were expressed as median (25th-75th percentiles)).

Multivariate regression analysis showing independent predictors of LAFB.

	OR	95%CL	p value
Age	1.048	1.005-1.093	0.027
Male Gender	0.957	0.400-2.293	0.922
Duration of Hypertension	0.926	0.845-1.014	0.097
Body Mass Index	0.953	0.870-1.044	0.301
Left Atrial Volume Index	1.228	1.101-1.370	<0.001
Left Ventricular Mass Index	1.113	1.042-1.259	<0.001
Epicardial Fat Tissue Thickness	1.815	1.373-2.401	<0.001

Abbreviations: CI: Confidence Interval; LAFB: Left anterior fascicular block, OR: Odds ratio



[SS-019]

Yüksek SYNTAX Skoruna Sahip Hastalarda Rotasyonel Aterektomi Destekli Perkütan Koroner Girişim: Bir Yıllık Klinik Sonuçlar

Ahmet Anıl Başkurt, Muhammet Rohat Çiçek

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş: SYNTAX skoru, özellikle kompleks koroner arter hastalığı bulunan hastalarda perkütan koroner girişim (PCI) ile koroner arter bypass greftleme (CABG) arasında en uygun revaskülarizasyon stratejisinin seçilmesinde temel belirleyicilerden biri olmaya devam etmektedir. Ancak orijinal SYNTAX çalışmalarında rotasyonel aterektomi gibi güncel kalsiyum modifikasyon teknikleri yer almamıştır.

PCI teknolojisindeki gelişmeler ve operatör deneyiminin artmasıyla birlikte, yüksek anatomik kompleksitenin PCI açısından hâlâ mutlak bir sınırlayıcı faktör olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmanın amacı, rotasyonel aterektomi destekli PCI uygulanan hastalarda klinik sonuçların SYNTAX skoru kategorilerine göre değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya ileri derecede kalsifiye koroner lezyonlar nedeniyle rotasyonel aterektomi destekli PCI uygulanan ardışık 44 hasta dahil edildi. Hastalar SYNTAX skoruna göre düşük-orta (<33, n=22) ve yüksek (≥33, n=22) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Başlangıç klinik, laboratuvar, ekokardiyografik ve işlemsel özellikler kaydedildi ve karşılaştırıldı. Birincil sonlanım noktası; hedef lezyon revaskülarizasyonu (TLR), hedef damar revaskülarizasyonu (TVR), stent trombozu, hedef damar miyokard enfarktüsü ve kardiyak ölümden oluşan 1 yıllık MACE idi. İkincil sonlanım noktası tüm nedenlere bağlı mortaliteydi. Sürekli değişkenler ortalama±SS olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Ortalama SYNTAX skoru 34,3±8,7 idi. Başlangıç özellikleri iki grup arasında benzerdi. Bir yıllık takipte (12,1±1,8 aya karşı 11,8±2,1 ay; p=0,641) yüksek SYNTAX grubunda 3 hastada (%13,6) MACE görülürken düşük-orta SYNTAX grubunda MACE izlenmedi (p=0,070).

TLR, TVR ve hedef damar miyokard enfarktüsü yüksek SYNTAX grubunda birer hastada (%4,5) görüldü. Her iki grupta da stent trombozu ve kardiyak ölüm saptanmadı. Tüm nedenlere bağlı mortalite yalnızca yüksek SYNTAX grubunda bir hastada (%4,5) gerçekleşti.

Tartışma: Rotasyonel aterektomi destekli PCI, yüksek anatomik kompleksiteye sahip hastalarda kabul edilebilir bir yıllık sonuçlar sağlamıştır. MACE yalnızca yüksek SYNTAX grubunda görülmesine rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Kardiyak ölüm ve stent trombozunun görülmemesi, güncel kalsiyum modifikasyon tekniklerinin ileri derecede kalsifiye kompleks lezyonlarda PCI'nin uygulanabilirliğini artırabileceğini düşündürmektedir.

Bulgularımız ROTATE, Euro4C ve China Rota kayıt çalışmaları ile uyumludur. Bununla birlikte çalışma retrospektif, tek merkezli ve küçük örneklemlidir olduğundan sonuçlar hipotez oluşturu niteliktedir.

Sonuç: Rotasyonel aterektomi destekli PCI, yüksek SYNTAX skoruna sahip hastalarda uygulanabilir bir revaskülarizasyon stratejisi olarak görünmektedir. Güncel kalsiyum modifikasyon teknikleri, PCI'nin kullanım alanını geleneksel SYNTAX skoru eşiklerinin ötesine taşıyabilir.

Anahtar Kelimeler: Rotasyonel aterektomi, Syntax skoru, Perkütan Koroner Girişim, Koroner Kalsifikasyon

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



tablo 1

Değişken	SYNTAX <33	SYNTAX ≥33	p
Yaş (yıl)	66,7±8,3	66,5±8,8	0,958
Hipertansiyon	%68	%91	0,132
Diyabet	%45	%68	0,222
Sigara	%32	%36	1,000
İnme öyküsü	%5	%0	1,000
Kronik böbrek hastalığı	%9	%23	0,412
LVEF (%)	53,0±11,6	49,0±9,4	0,240
LVDD (mm)	47,1±4,2	49,5±5,3	0,122
LVSD (mm)	29,8±6,4	31,2±4,7	0,440
≥Orta MR	%10	%19	0,662
≥Orta TR	%5	%5	1,000
≥Orta AR	%0	%0	—
Hemoglobin (g/dL)	12,5±1,4	11,6±2,1	0,142
Lökosit (×10 ³ /μL)	9,7±2,2	9,2±3,5	0,600
Trombosit (×10 ³ /μL)	245±48	222±73	0,232
Total kolesterol (mg/dL)	179±60	182±58	0,902
LDL (mg/dL)	106±55	100±42	0,722
Kreatinin (mg/dL)	1,0±0,4	1,6±1,9	0,172
Sodyum (mmol/L)	138,1±3,9	135,5±4,2	0,052
Potasyum (mmol/L)	4,5±0,5	4,4±0,6	0,562
Lezyon uzunluğu (mm)	31,3±13,8	27,7±10,3	0,334
Lezyon çapı (mm)	2,9±0,3	2,9±0,4	1,000
Stent sayısı	1,6±0,7	1,8±0,8	0,422

Syntax Skoruna göre Bazal Hasta Verileri

tablo 2

Sonlanım	SYNTAX <33	SYNTAX ≥33	p
Takip süresi (ay)	12,1±1,8	11,8±2,1	0,641
MACE	%0	%13,6	0,070
TLR	%0	%4,5	1,000
TVR	%0	%4,5	1,000
Stent trombozu	%0	%0	—
Hedef damar MI	%0	%4,5	1,000
Kardiyak ölüm	%0	%0	—
Tüm nedenlere bağlı ölüm	%0	%4,5	1,000

Syntax skoruna göre Klinik Sonuçlar



[SS-022]

Stentten Önce Son Çıkış, Çok Ciddi Koroner Arter Darlığı Olan Koroner Vazospazm Vakası

Abdullah Özçelik

Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Koroner vazospazm, büyük koroner arterlerin ani ve geçici şekilde kasılarak damarı daraltmasıdır. Koroner vazospazm, koroner arterlerin dinamik stenozuna neden olarak koroner akım rezervini önemli ölçüde azaltabilir. Koroner arterlerde bu geçici daralmalar bazen aterosklerotik daralma olarak değerlendirilip, peruktan koroner girişim(PKG) yapılabilir. Böylece hastaya ihtiyaç olmadığı halde PKG yapılabilir. %99 koroner darlık izlenen ve nitrat ile darlığı tamamen düzelen olgumuzu bu konuya dikkat çekmek ve gereksiz PKG'lerden kaçınmayı vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve sigara kullanım öyküsü olan 56 yaşında erkek hasta acil servisimize göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. EKG'de inferior derivasyonlarda T negatifliği ve laboratuvar testlerinde troponin yüksek olması üzerine hasta akut koroner sendrom olarak yatırıldı. Hastaya acilde 300 mg ASA, 180 mg tikagrelor yüklenmiş, 5000 IU heparin uygulanmıştı. Hastanın göğüs ağrısı devam emesi üzerine acil koroner anjiyografi yapıldı. Yapılan koroner anjiyografide sol koroner sistem plaklı, sağ koroner arter(RCA) proksimalinde %99 darlık izlendi. Diğer koroner damarlarda belirgin stenotik darlık olmaması, sol koroner sistemde de yavaş akım izlenmesi ve RCA'daki ciddi darlıkta belirgin kalsifikasyon olmaması nedeniyle koroner vazospazm olabileceği düşünüldü. İntrakoroner olarak 500 mcg nitrogliserin uygulandı. Sonrasında yapılan kontrol görüntüleme RCA'daki %99 darlığın tamamen düzeldiği görüldü. Hastanın göğüs ağrısı tamamen geçti. Şikayetleri geçen, troponin seviyesi düşen ve komplikasyon gelişmeyen hastaya sigarayı bırakması önerildi. ASA, atorvastatin, isosorbid mononitrat ve amlodipin tedavisi başlanarak taburcu edildi.

Tartışma: Koroner vazospazm beyaz ırka kıyasla Japonlarda daha sık görülür (Japonya: %29, Fransa: %12, ABD: %4). Sıklıkla kateter kaynaklı, sigara kullanımı, fiziksel stres, fokal nitrik oksit üretim eksikliği, hiperinsülinemi, magnezyum eksikliği, hiperventilasyon, kokain kullanımı ve semptomimetiklere bağlı gelişebilir. Patogenezi henüz net anlaşılmamakla birlikte, multifaktöriyel olduğu ve ön planda koroner vasküler düz kas hiperaktivitesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Artmış Rhokinaz aktivitesi ve artmış fosfolipaz C aktivitesi, otonom sinir sistemindeki vagal ve sempatik tonus dengesizliği ve endotelial disfonksiyon diğer olası hipotezlerdir.

Sonuç: Koroner arter vazospazmı ile ilişkili iskemik kalp hastalıkları, sessiz miyokard iskemisinden akut miyokard enfarktüsü ve ani ölüme kadar geniş bir yelpazede kendini gösterebilir. Sinüs bradikardisi, AV tam blok, VT, VF ve asistol gibi tüm aritmilerle ilişkisi mevcuttur. Tedavide sigaranın bırakılması, kalsiyum kanal blokerleri, nitratlar ve fluvastatin kullanılabilir. Sonuç itibarıyla, bu kadar önemli ve mortal sonuçları olan bu hastalığın tespiti, hem gereksiz girişimsel işlemleri engellemekte hem de hastanın doğru ve etkili tedavi alma şansını arttıracaktır.

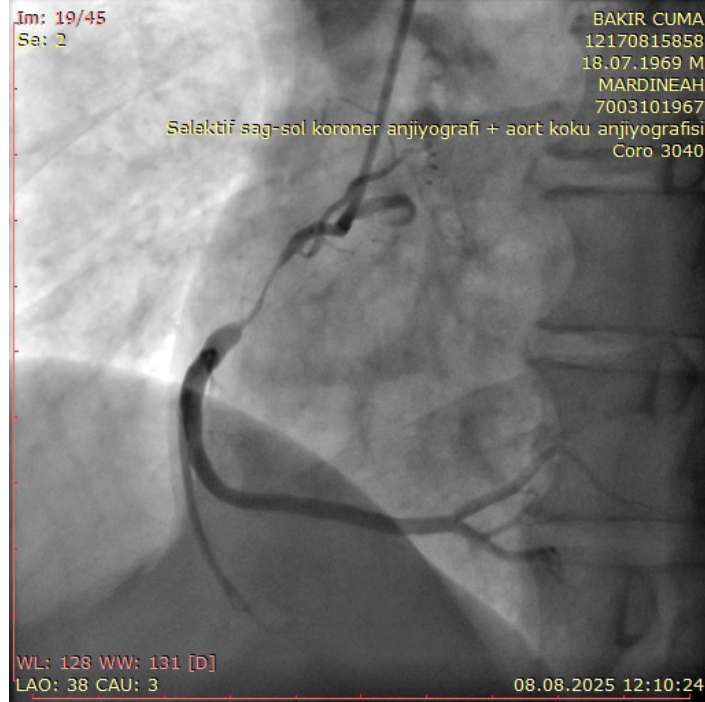
Anahtar Kelimeler: akut koroner sendrom, koroner vazospazm, nitrat

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

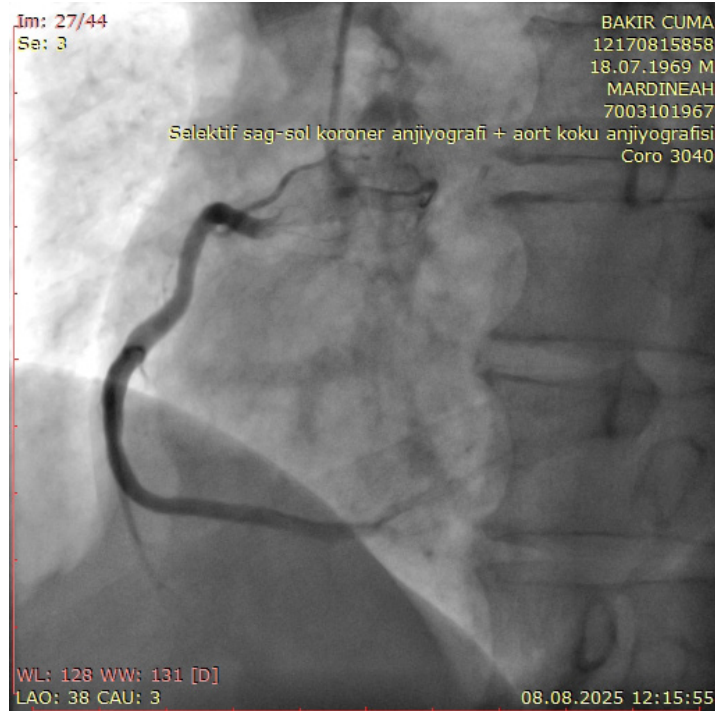
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



%99 darlık oluşturan vazpsapzm



nitrat sonrası spazmın tamamen düzelmesi





[SS-023]

Ankilozan Spondilit Varlığı ile Artmış Ventriküler-Arteriyel Coupling Arasındaki İlişki

Gökhan Barutçu, Elif Ergül, Ali Gökhan Özyıldız
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), küresel ölçekte mortalitenin en önde gelen nedenidir. Ankilozan spondilit (AS) ve diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklarda, KVH prevalansının ve buna bağlı kardiyovasküler risk faktörlerinin arttığı bilinmektedir. Ventriküler-arteriyel coupling (VAC), ekokardiyografi ile değerlendirilebilen, miyokardiyal fonksiyonla arteriyel elastans arasındaki etkileşimi değerlendirerek kardiyovasküler sistemdeki subklinik fonksiyon bozukluklarını erken evrede saptayabilen hassas bir göstergedir. Bu çalışmada, AS tanılı hastalarda ventriküler ve arteriyel sistemlerin fonksiyonel dinamiklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 62 AS hastası ve 47 sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Kalp yetersizliği, böbrek yetmezliği ve orta-ileri kapak hastalığı dışlama kriteri olarak belirlendi. Katılımcıların değerlendirilmesinde elektrokardiyografi, transtorasik ekokardiyografi ve rutin laboratuvar testleri kullanıldı. Arteriyel elastans (Ea), ventriküler elastans (Ees) ve VAC (Ea/Ees) değerleri, bilgisayar destekli bir uygulama (instance© - Apple iOS App) kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Katılımcılar VAC değerlerine göre, ortalamanın altında değeri olanlar (n=70) ve ortalamanın üzerinde değeri olanlar (n=39) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik ve laboratuvar verilerinin tek değişkenli (univariate) analizi, VAC değerleri ortalamanın üzerinde olan grupta AS prevalansının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu gösterdi ($p<0.01$). Tek değişkenli analizi takiben yapılan çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizi, AS'nin artmış VAC düzeyleri ile bağımsız ilişkili olduğunu saptadı (OR=55.1, %95 CI: 6.847-443.1; $p<0.001$).

Sonuç: Çalışma, AS ile artmış VAC düzeyleri arasında güçlü ve bağımsız bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Bu durum, AS hastalarında kardiyovasküler risk değerlendirilmesi, subklinik disfonksiyonun erken tespiti ve potansiyel terapötik stratejilerin geliştirilmesi açısından önem atfedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ankilozan spondilit, kardiyovasküler hastalık, ventriküler-arteriyel coupling



[SS-024]

Kalsiyum Kanal Blokerlerine Bağlı Dişeti Büyümesi Konusunda Kardiyologların Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Ahmet Cınar¹, Zeynep Akgül²

¹Samsun Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Kalsiyum kanal blokerleri (KKB'ler), kardiyovasküler hastalıkların yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır; ancak ilaca bağlı dişeti büyümesi (DIGO), potansiyel klinik sonuçlarına rağmen yeterince tanınmayan bir advers etki olmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, kardiyologların DIGO'ya ilişkin bilgi düzeylerini, farkındalıklarını ve klinik uygulamalarını değerlendirmek ve önleyici davranışları etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel, anket temelli çalışmaya Türkiye'de görev yapan 139 kardiyolog dahil edilmiştir. Demografik özellikler, ağız sağlığı farkındalığı, reçeteleme alışkanlıkları ve klinik uygulamaları değerlendirmek amacıyla yapılandırılmış 25 maddelik bir anket kullanılmıştır. Önleyici danışmanlık verme ve ağız sağlığı odaklı anamnez alma davranışlarının belirleyicilerini saptamak için tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testleri ve çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 139 kardiyolog katılmıştır. Katılımcıların %74,8'i erkek olup en sık görülen yaş grubu 40–49 yıl aralığıdır (%37,4). Son bir yıl içinde katılımcıların %66,9'u diş hekimi muayenesinden geçmiş, %47,5'i ise periodontal tedavi öyküsü bildirmiştir. DIGO patogeneziyle ilgili bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcı oranı %41,3 iken, %31,2'si bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Kardiyologların yalnızca %22,3'ü önleyici ağız sağlığı önerilerinde bulunduğunu bildirirken, %61,2'si hastaları komplikasyon geliştikten sonra diş hekimine yönlendirdiğini belirtmiştir. Çok değişkenli analiz, DIGO mekanizmalarına ilişkin bilginin önleyici danışmanlık verme davranışı ile ters yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (OR = 0,44; p = 0,004). Buna karşın, daha önce ağız sağlığı eğitimi almış olmak istatistiksel olarak anlamlı olmayan, ancak klinik açıdan dikkate değer pozitif bir eğilim göstermiştir (OR = 2,24; p = 0,061). Benzer şekilde, bilgi ile ilişkili değişkenler ağız sağlığı odaklı anamnez alma davranışıyla pozitif yönde ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç: Kardiyologların DIGO'ya ilişkin farkındalığı sınırlı kalmakta ve önleyici klinik uygulamaları yetersiz görünmektedir. Bulgular, kritik bir bilgi–davranış boşluğuna işaret etmekte; artan farkındalığın her zaman önleyici klinik uygulamaya yansımadığını göstermektedir. DIGO'nun erken tanınması ve yönetiminin iyileştirilmesi için davranış değişikliğini hedefleyen girişimler ve yapılandırılmış disiplinler arası iş birliği gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, ilaca bağlı dişeti büyümesi, Kalsiyum kanal blokerleri, Kardiyologlar, Multidisipliner iş birliği



[SS-026]

Yapay Zeka Tabanlı İris Fenotiplemesi ve İskemik EKG Kombinasyonunun Koroner Arter Hastalığı Tespitindeki Yeri: Çok Modlu Takip ve Doğrulama Çalışması

Ertan Aydın, Gökhan Gök, Devrim Kurt, Ufuk Doğru
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilimdalı

Amaç: Koroner Arter Hastalığının (KAH) erken ve non-invaziv tespiti, geleneksel test öncesi olasılık (PTP) skorlamalarının yetersiz kaldığı durumlarda büyük bir klinik zorluktur. Bu çalışmanın amacı; iris kaynaklı hesaplamalı dijital biyobelirteçler ile iskemik elektrokardiyografi (EKG) paternlerini çok modlu (multimodal) bir yapay zeka füzyon mimarisinde birleştirerek, yapısal mikrovasküler ve fonksiyonel kardiyak patolojilerin sinerjisini değerlendirmek ve KAH taramasında geleneksel risk faktörlerinden bağımsız, yüksek doğruluklu bir klinik karar destek aracı doğrulamaktır.

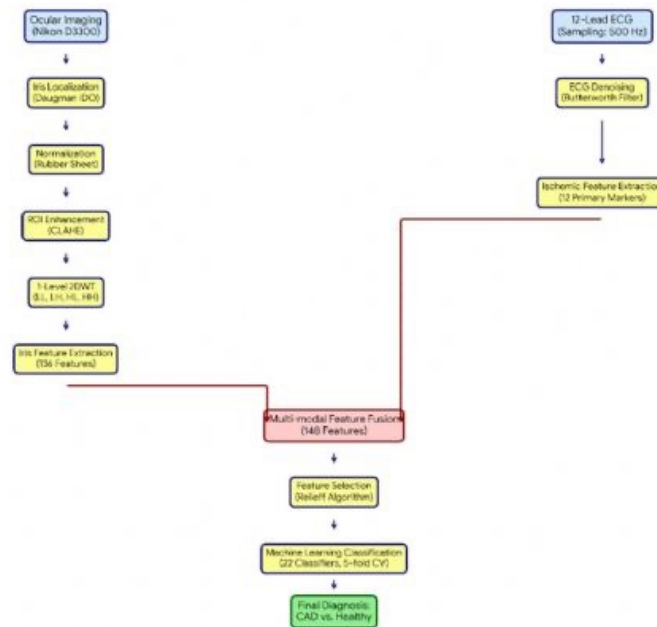
Yöntem: STROBE kılavuzlarına uygun olarak yürütülen prospektif kohort çalışmasına 210 anjiyografik olarak doğrulanmış KAH hastası ve 190 sağlıklı kontrol (N=400) dahil edilmiştir. Göz görüntüleri Nikon D3300 ile alınmış, Daugman IDO ile normalize edilmiştir. 1. seviye 2B Kesikli Dalgacık Dönüşümü (DWT) uygulanarak 136 yüksek boyutlu iris doku özelliği (GLCM, GLRLM) çıkarılmıştır. Eş zamanlı 12 derivasyonlu istirahat EKG sinyalleri (500 Hz) Butterworth filtresinden geçirilerek ST segment eğimi, ST amplitüdü, T dalgası amplitüdü ve QTc dahil 12 iskemik belirteç dijitalleştirilmiştir. Veri sızıntısını ve aşırı öğrenmeyi önlemek için, ReliefF tabanlı özellik seçimi tabakalı 5 katlamalı çapraz doğrulamanın her bir eğitim katlamasının içinde bağımsız olarak yürütülmüştür. Sınıflandırmada Orta Gaussian SVM kullanılmış; yaş, cinsiyet ve metabolik karıştırıcılar multivariable analizle düzeltilmiştir. Model kararlılığı Jaccard Katsayısı ve Net Yeniden Sınıflandırma İyileştirmesi (NRI) ile incelenmiştir.

Bulgular: Çok modlu füzyon modeli, tek modlu modellerden istatistiksel olarak anlamlı derecede üstün performans göstermiştir (DeLong testi, $p < 0.001$). Sadece iris modeli %92.4 ve sadece EKG modeli %86.5 doğruluk sağlarken, entegre İris-EKG füzyon modeli %97.6 doğruluk, %96.8 duyarlılık ve %98.2 özgüllük değerlerine ulaşmıştır. Eğri Altındaki Alan (AUC) 0.98 (%95 GA: 0.97–0.99) olarak saptanmış ve yanlış negatiflik oranı %3.2'ye düşürülmüştür. ReliefF analizi, kronik oküler topoğrafik dokuların (LL alt bandı Ortalaması, GLCM Homojenliği) ve dinamik EKG repolarizasyon belirteçlerinin (ST eğimi, P dalgası süresi) en güçlü prediktif kombinasyonu oluşturduğunu doğrulamıştır. Katlamalar arası Jaccard İndeksi 0.87 olarak bulunmuş; özellik sayısı en güçlü ilk 20'ye düşürüldüğünde dahi doğruluk %91.8 olarak korunmuştur. Yaş ve cinsiyete dayalı temel modele kıyasla füzyon modeli, katılımcıların %18.4'ünü doğru risk kategorilerine yeniden sınıflandırmıştır (NRI: %18.4, $p < 0.001$).

Sonuç: Hesaplamalı oküler fenotipleme ile elektrofizyolojik sinyallerin sinerjik entegrasyonu, KAH tespitinde geleneksel risk faktörlerine bağımsız ve artımlı (incremental) bir katkı sağlamaktadır. Bu multimodal çerçeve, invaziv stratejiler öncesinde klinik karar destek mekanizmalarını güçlendirerek, tele-kardiyoloji ve geniş ölçekli toplumsal taramalarda maliyet-etkin, güvenli bir ön eleme aracı olarak görülebilir.

Anahtar Kelimeler: Çok modlu füzyon, dijital biyobelirteçler, elektrokardiyografi, hesaplamalı fenotipleme, koroner arter hastalığı

Figure 1. Schematic representation of the proposed multi-modal CAD detection framework.



The pipeline illustrates the synchronized flow of heterogeneous data acquisition, including high-resolution ocular imaging (Nikon D3300) and 12-lead ECG recording. The methodology highlights the integration of Daugman's normalization for iris localization, Butterworth filtering for ECG denoising, and 1-level 2D Discrete Wavelet Transform (DWT) for textural feature extraction, culminating in a Medium Gaussian SVM classification.

Figure 2. Comparative diagnostic performance metrics across unimodal and multi-modal models.

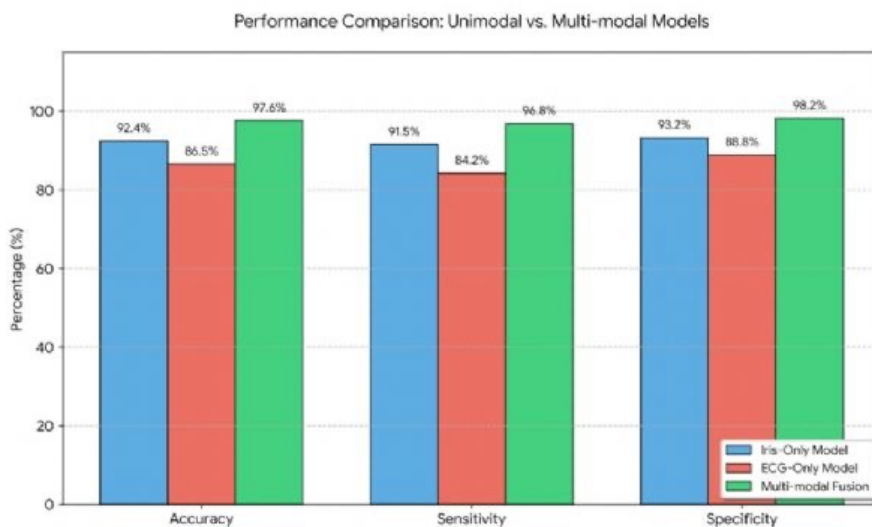


Figure 2. Comparative diagnostic performance metrics across unimodal and multi-modal models. The bar chart illustrates the superior performance of the Iris+ECG fusion model (97.6% accuracy) compared to the expanded iris-only (92.4%) and ECG-only (86.5%) configurations. The integration of dual modalities yields simultaneous improvements in sensitivity (96.8%) and specificity (98.2%), visually confirming the synergistic effect of structural and functional data fusion



Table 2. Comparative performance analysis of unimodal and multi-modal machine learning models for CAD detection.

Feature Set	Best Classifier	Accuracy (ACC)	Sensitivity (SNS)	Specificity (SPC)	AUC
Iris-Only (Baseline)	SVM	93.0%	100%	88.0%	0.96
Iris-Only (Expanded)	SVM	92.4%	91.5%	93.2%	0.96
ECG-Only	NN (Wide)	86.5%	84.2%	88.8%	0.91
Iris + ECG Fusion	SVM (Med. Gaussian)	97.6%	96.8%	98.2%	0.98

Abbreviations: CAD: Coronary Artery Disease; SVM: Support Vector Machine; NN: Neural Network; AUC: Area Under the ROC Curve. Statistical Significance: The performance improvement of the Multi-modal Fusion model over unimodal approaches was statistically significant ($p < 0.001$) as confirmed by DeLong's test for AUC comparison. Optimization: Results for the fusion model correspond to the optimized feature subset (top 75–100 features) selected via the ReliefF algorithm.



[SS-027]

TAVİ Sonrası Erken EKG'de Δ QRS ≥ 36 ms: Yeni Sol Dal Bloğu ve Pacemaker İhtiyacının Basit Öngörücüsü

Nazile Bilgin Doğan

S.B.Ü İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: TAVİ sonrası yeni kalıcı sol dal bloğu (LBBB) ve kalıcı kalp pili (PPM) ihtiyacı için postoperatif elektrokardiyografik (EKG) göstergelerin önemli olduğu bilinmekle birlikte, (i) postop QRS ile bazale göre QRS değişiminin (Δ QRS) doğrudan başa-baş karşılaştırılması, (ii) çağdaş çok-cihaz Türk kohortunda klinik eyleme dönüştürülebilir sayısal eşiklerin tanımlanması ve (iii) bootstrap iç doğrulamasıyla tautolojik yorumlamaya karşı metodolojik koruma konularında veri sınırlıdır. Bu çalışmada bu üç boşluğun adreslenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Tek merkezli retrospektif kohort çalışmamızda, Aralık 2023–Mart 2026 arasında TAVİ uygulanan ardışık 234 hastadan bazal LBBB (n=19), bazal sağ dal bloğu (n=12) ve QRS verisi eksik (n=5) olgular dışlanarak 198 hastalık kohort oluşturuldu. Postoperatif EKG, işlem sonrası 24. saatte alınan kayıt olarak tanımlandı; tüm EKG'ler iki bağımsız kardiyolog tarafından kör değerlendirildi. Δ QRS = postop QRS - bazal QRS olarak hesaplandı. Birincil sonlanım yeni kalıcı LBBB; ikincil sonlanım 30 gün içinde PPM idi. Tanısal performans ROC analizi (Youden eşiği, 2.000 yinelemeli bootstrap %95 GA, 1.000 yinelemeli optimism düzeltmesi) ve çok değişkenli lojistik regresyon ile her iki sonlanım için değerlendirildi; AUC karşılaştırması için DeLong testi kullanıldı.

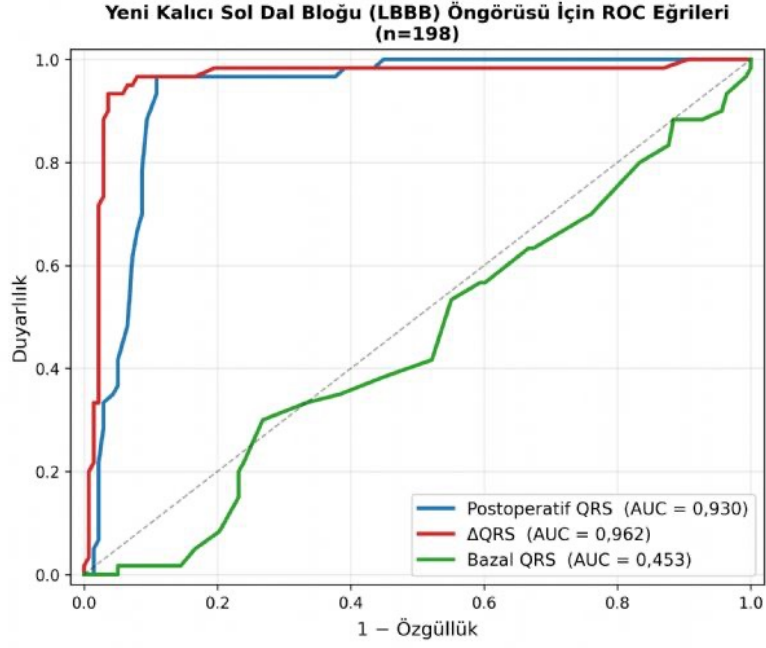
BULGULAR: Yeni kalıcı LBBB %30,3 (60/198), PPM %12,1 (24/198) hastada gelişti (Tablo). Yeni LBBB için Δ QRS en yüksek ayrımcılığı gösterdi (AUC 0,962; %95 GA 0,921–0,991; eşik ≥ 36 ms; duyarlılık %93, özgüllük %96); postoperatif QRS de yüksek performans gösterdi (AUC 0,930; eşik ≥ 124 ms; duyarlılık %97, özgüllük %89) (Figur 1A). DeLong testi iki parametrenin istatistiksel olarak eşdeğer olduğunu gösterdi (P=0,074); kombine model ek değer sağlamadı (P=0,42). PPM için postoperatif QRS (AUC 0,814; eşik ≥ 112 ms) ve Δ QRS (AUC 0,784; eşik ≥ 34 ms) yine istatistiksel olarak eşdeğerdi (P=0,403) (Figur 1B). Bootstrap optimism düzeltmesi tüm AUC'lerin overfitting'e bağlı olmadığını doğruladı (optimism $\leq 0,001$). Çok değişkenli analizde Δ QRS hem LBBB (OR=3,28/10 ms; P<0,001; model AUC=0,965) hem PPM (OR=1,63/10 ms; P<0,001; model AUC=0,829) için bağımsız baskın öngörücü kaldı. Beklenenden farklı olarak, self-expanding kapaklarda PPM oranı balon-genişleyen kapaklara göre düşüktü (%7,1 vs %15,9; çok değişkenli analizde sınırda koruyucu eğilim, P=0,075); bu bulgu cusp-overlap tekniği ve yeni nesil cihaz dönemini yansıtabilir.

SONUÇ: Çağdaş çok-cihaz TAVİ kohortunda, postoperatif 24. saat Δ QRS ≥ 36 ms ve postop QRS ≥ 124 ms eşikleri, yeni kalıcı LBBB için %93–97 duyarlılık ve %89–96 özgüllük ile riskli hastaları erken ayırt etmektedir; DeLong analizi iki parametrenin klinik olarak değiştirilebilir olduğunu, kombine kullanımın ek değer getirmediğini göstermektedir. Self-expanding kapaklarda PPM oranının beklenenden düşük olması, cusp-overlap tekniği ve yeni nesil cihaz kullanımı bağlamında yorumlanmalıdır.

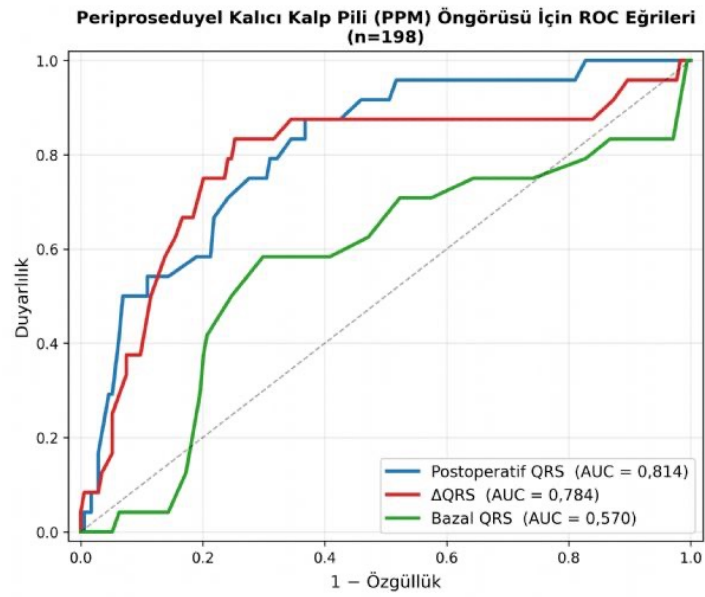
Anahtar Kelimeler: Elektrokardiyografi, kalıcı kalp pili, QRS süresi, sol dal bloğu, transkateter aort kapak implantasyonu



Figur 1A



Figur 1B





Tablo: Yeni Kalıcı LBBB ve Periprosedüyel PPM Öngörüsü için Tek Değişkenli ROC Analizi (n=198)

Değişken	Sonlanım	AUC	%95 GA	Eşik	Duy. (%)	Özg. (%)
Postoperatif QRS, ms	Yeni LBBB	0,930	0,890-0,965	≥ 124	97	89
Δ QRS, ms	Yeni LBBB	0,962	0,921-0,991	≥ 36	93	96
Bazal QRS, ms	Yeni LBBB	0,453	0,369-0,541	-	-	-
LVOT alanı, mm ²	Yeni LBBB	0,615	0,525-0,703	≤ 443	72	51
LVOT çapı, mm	Yeni LBBB	0,594	0,508-0,680	≤ 24	47	70
Self-expanding kapak	Yeni LBBB	0,503	0,427-0,581	-	-	-
Postoperatif QRS, ms	PPM	0,814	0,722-0,893	≥ 112	88	63
Δ QRS, ms	PPM	0,784	0,658-0,890	≥ 34	83	75
Bazal QRS, ms	PPM	0,570	0,430-0,701	-	-	-
LVOT alanı, mm ²	PPM	0,512	0,392-0,628	-	-	-
LVOT çapı, mm	PPM	0,422	0,317-0,538	-	-	-
Self-expanding kapak	PPM	0,398	0,306-0,499	-	-	-

AUC: eğri altındaki alan; GA: güven aralığı (2000 yinelemeli bootstrap); LBBB: yeni kalıcı sol dal bloğu; PPM: periprosedüyel kalıcı kalp pili. Youden-optimal eşikler yalnızca anlamlı ayrımcılık gösteren öngörücüler için sunulmuştur.



[SS-028]

Kardiyovasküler Karar Desteği için Kanıt Derecelendirmeli Yapay Zekâ Sisteminin Kalitesi, Güvenilirliği ve Güvenliği: Simüle Vakalar Kullanılarak Yapılan Bağımsız Bir Kavram Kanıtlama Değerlendirmesi

Fatih Aydın, Ayşe Hüseyinoğlu Aydın
Eskişehir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü

Amaç: Üretken büyük dil modelleri akıcı klinik metinler üretebilmektedir; ancak destekleyici kanıtların gücünü derecelendirecek veya güvenli olmayan önerileri kısıtlayacak iç mekanizmalardan yoksundur. Bu durum, yüksek riskli kardiyovasküler karar alma süreçlerinde doğrudan kullanılmalarını sınırlamaktadır. Bu çalışmada, geliştiricisi tarafından otomatik akıl yürütmeyi yapılandırılmış bir kanıt derecelendirme katmanı (Nextrust™) ile birleştiren nöro-sembolik, ajansal (agentic) bir sistem olarak tanımlanan ve piyasada bulunan bir karar destek platformu olan Nexgene.AI'nın bağımsız, son kullanıcı odaklı bir kavram kanıtlama (proof-of-concept) değerlendirmesini sunuyoruz.

Yöntem: Platformu, kılavuz tabanlı arketiplerden oluşturulan ve hastalık, şiddet, yaş ile cinsiyete göre katmanlandırılan 40 simüle kardiyovasküler vaka senaryosu üzerinde değerlendirdik. Sisteme kapalı bir ticari ürün olarak erişildi; dahili mimarisi ve eğitim külliyatı (korpusu) tescilli olup bağımsız olarak doğrulanabilir değildi. Üç kardiyolog, sekiz maddelik ve beşli Likert ölçeğine sahip bir araç kullanarak her bir çıktıyı bağımsız ve kör bir şekilde puanladı ve bütünsel bir Küresel Kalite Skoru (GQS, 1–5) atadı. Birincil sonlanım noktası GQS idi ve tek örneklemli Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılarak önceden belirlenmiş 4.0'lık bir klinik kabul edilebilirlik kistasıyla karşılaştırıldı. Ayrıca iç tutarlılık (Cronbach's α), değerlendiriciler arası uyum (iki yönlü rastgele etkiler ICC ve Gwet'in AC1 değeri) ve yapılandırılmış bir güvenlik incelemesi de değerlendirildi. Herhangi bir karşılaştırmalı sistem değerlendirilmedi.

Bulgular: Ortalama GQS 4.48 (SS 0.25; %95 GA 4.41–4.57; medyan 4.48, IQR 4.38–4.68) olarak bulundu ve 4.0'lık kıstas değerini aştı (Wilcoxon $p < 0.001$); 40 vakanın tamamı ≥ 4.0 puan aldı. Sekiz maddelik ölçek güçlü bir iç tutarlılık gösterdi (Cronbach's $\alpha = 0.85$). En yüksek puan alan güvenlikli (ortalama 4.98); 120 değerlendirmenin 118'inde (%98.3) maksimum güvenlik puanı elde edildi ve hiçbir vakada zararlı bir öneri kaydedilmedi. En düşük puan alanlar ise tıbbi doğruluk (4.19), algılanan aciliyet (4.20) ve eksiksizlik (4.21) oldu.

Sonuç: Bu küçük ölçekli, simüle edilmiş ve tek bir değerlendirme paneliyle yürütülen çalışmada, kanıt derecelendirmeli bir yapay zekâ sistemi, bağımsız kardiyologlar tarafından yüksek kaliteli ve tutarlı bir şekilde güvenli olarak değerlendirilen klinik çıktılar üretmiştir. Bu bulgular keşifsel ve hipotez üretici niteliktedir; klinik geçerlilik teşkil etmez. Herhangi bir klinik kullanımdan önce; gerçek hasta verileri, objektif performans metrikleri ve mevcut sistemlerle doğrudan karşılaştırmalar içeren, yeterli güce (power) sahip, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Büyük dil modelleri, Kardiyovasküler hastalıklar, Yapay zekâ

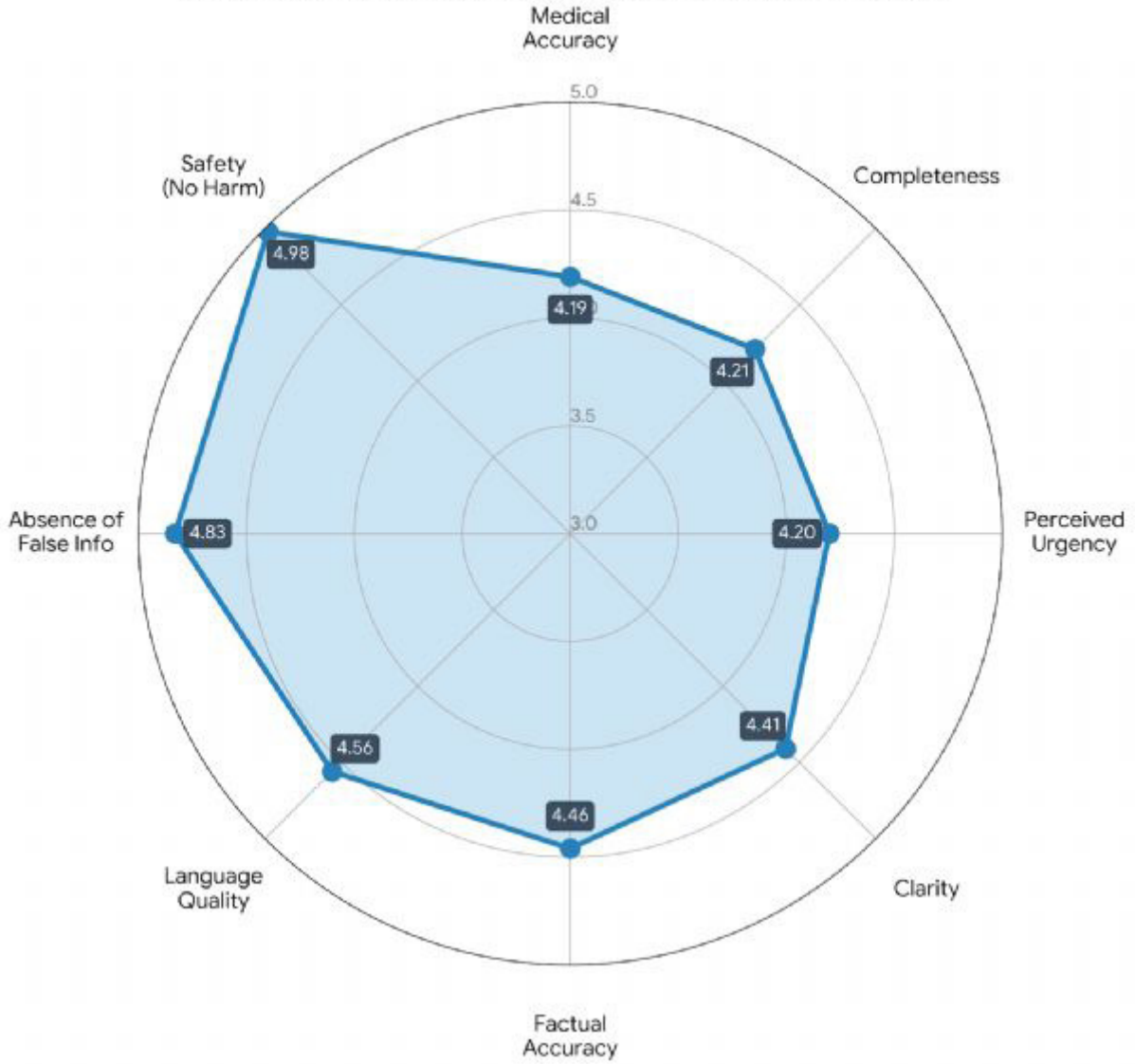
KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Ölçek Sonuçları

Multi-Dimensional Performance Assessment of Nexgene.AI





[SS-031]

Kalp Yetersizliğinde Sağ Ventrikülün Sessiz Çılgılığı: RV–PA Eşleşmesi Ve Mortalite Arasındaki İlişki

Cem Korucu

Suruç Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, ŞANLIURFA / TÜRKİYE

Amaç: Son yıllarda sağ ventrikül (SV) ile pulmoner dolaşım arasındaki fonksiyonel ilişkiyi yansıtan sağ ventrikül–pulmoner arter (SV–PA) eşleşmesi, ileri evre kalp yetersizliğinde önemli bir prognostik belirteç olarak ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada son dönem KY hastalarında SV–PA eşleşmesini değerlendiren TAPSE/PASP ve sağ ventrikül serbest duvar longitudinal strain (SVSDLS)/PASP oranlarının mortalite üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına Ocak 2022–Aralık 2025 tarihleri arasında takip edilen ardışık 375 son dönem KY hastası dahil edildi. Tüm hastaların demografik özellikleri, laboratuvar verileri ve ayrıntılı transtorasik ekokardiyografik incelemeleri değerlendirildi. Birincil sonlanım noktası bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite olarak belirlendi. İstatistiksel analizlerde çok değişkenli Cox regresyon analizi, Fine–Gray competing-risk modeli, restricted cubic spline analizleri, zaman bağımlı ROC eğrileri, net yeniden sınıflandırma iyileşmesi (NRI), bütünleşik diskriminasyon iyileşmesi (IDI), bootstrap iç doğrulama yöntemleri ve makine öğrenmesi temelli random survival forest ile XGBoost-survival modelleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 375 hastanın yaş ortalaması $66,4 \pm 10,9$ yıl olup hastaların %72,3'ü erkekti. İskemik kardiyomiyopati oranı %57,9 olarak saptandı. Medyan LVEF %24 (CAA: 18–30) idi. Hastaların %81'i NYHA sınıf III–IV semptomatik durumda bulunmaktaydı. Bir yıllık takip süresince 96 hasta (%25,6) hayatını kaybetti. Mortalite gelişen hastalarda TAPSE, SVSDLS ve TAPSE/PASP oranları anlamlı derecede daha düşük bulundu. Özellikle TAPSE/PASP oranı mortalite grubunda $0,26 \pm 0,08$ mm/mmHg iken yaşayanlarda $0,43 \pm 0,13$ mm/mmHg olarak saptandı ($p < 0,001$). Benzer şekilde SVSDLS/PASP oranı mortalite grubunda belirgin olarak daha düşüktü ($0,31 \pm 0,11$ 'e karşı $0,58 \pm 0,17$; $p < 0,001$). Yaş, cinsiyet, etiyoloji, NYHA sınıfı, NT-proBNP düzeyi, serum sodyumu, eGFR ve ciddi triküspit yetersizliği için düzeltme yapıldıktan sonra TAPSE/PASP oranı mortalitenin bağımsız belirleyicisi olmaya devam etti (düzeltilmiş HR: 0,42; %95 GA: 0,28–0,63; $p < 0,001$). Benzer şekilde SVSDLS/PASP oranı da bağımsız prognostik değer gösterdi (düzeltilmiş HR: 0,51; %95 GA: 0,37–0,71; $p < 0,001$). Zaman bağımlı ROC analizlerinde bir yıllık mortaliteyi öngörmeye TAPSE/PASP için AUC değeri 0,846 (%95 GA: 0,801–0,891), SVSDLS/PASP için ise 0,861 (%95 GA: 0,819–0,903) olarak bulundu. Makine öğrenmesi modellerinde değişken önem sıralamasında TAPSE/PASP ve SVSDLS/PASP parametreleri tüm klinik ve laboratuvar değişkenleri geride bırakarak mortalitenin en güçlü iki belirleyicisi olarak ortaya çıktı. SV–PA eşleşme parametrelerinin geleneksel risk modeline eklenmesi model performansını anlamlı derecede artırdı (ΔC -istatistik: +0,091; $p < 0,001$, NRI: 0,38; $p < 0,001$, IDI: 0,073; $p < 0,001$).

Sonuç: Son dönem kalp yetersizliği hastalarında sağ ventrikül–pulmoner arter eşleşmesinin bozulması, mortalitenin güçlü ve bağımsız bir belirleyicisidir.

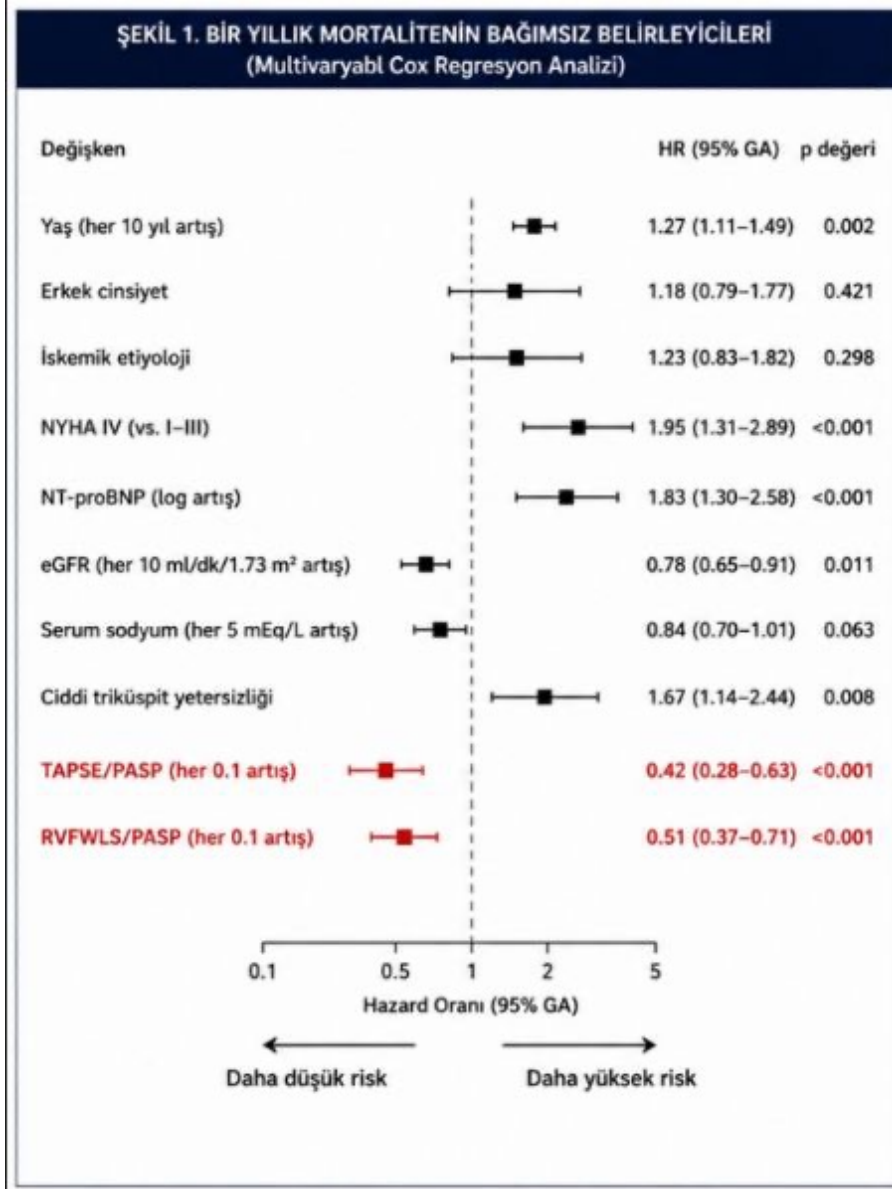
Anahtar Kelimeler: Son dönem kalp yetersizliği, sağ ventrikül–pulmoner arter eşleşmesi, TAPSE/PASP, sağ ventrikül strain

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



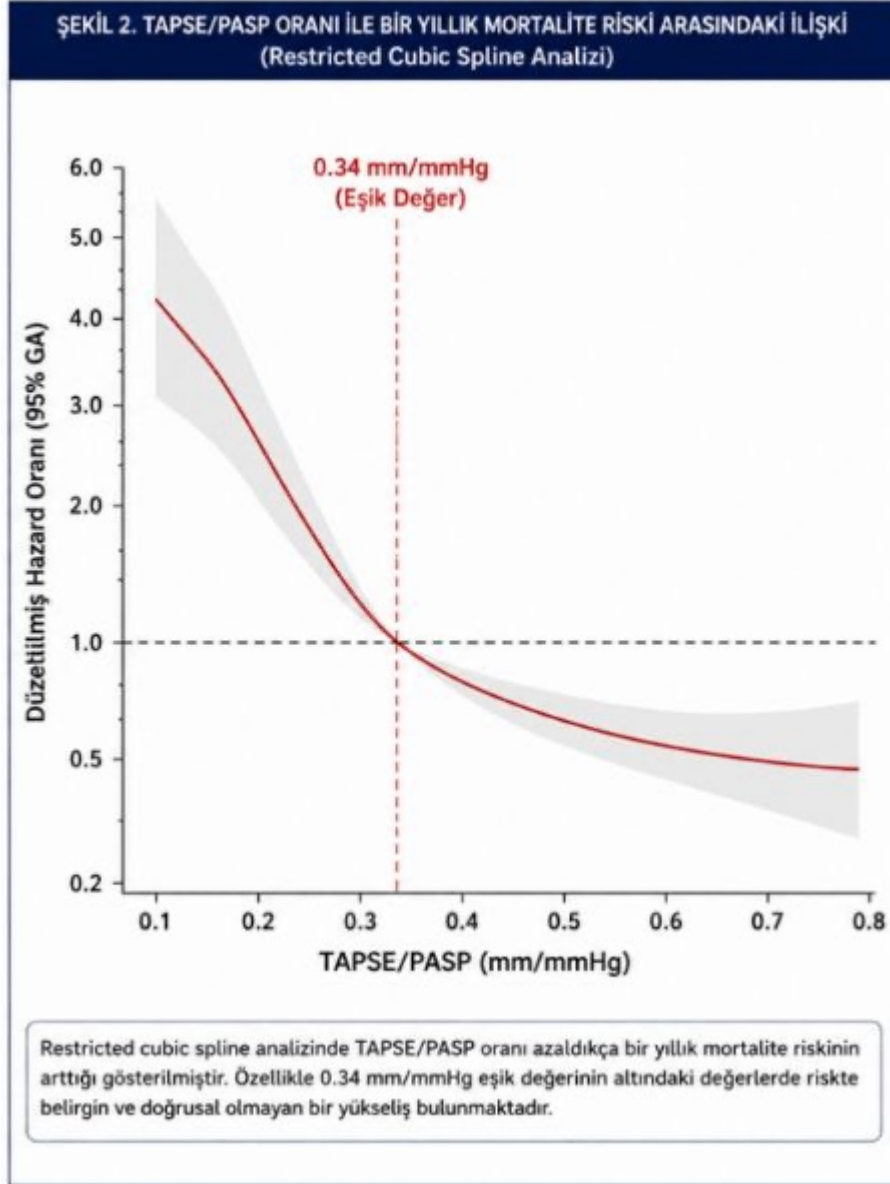
Şekil 1. Bir Yıllık Mortalitenin Bağımsız Belirleyicileri (Çok Değişkenli Cox Regresyon Analizi)



Çok değişkenli Cox regresyon analizinde yaş, cinsiyet, iskemik etiyoloji, NYHA fonksiyonel sınıfı, NT-proBNP düzeyi, böbrek fonksiyonları, serum sodyum düzeyi ve ciddi triküspit yetersizliği gibi klinik değişkenler değerlendirildi. Sağ ventrikül–pulmoner arter (RV–PA) eşleşmesini yansıtan TAPSE/PASP ve RVFWLS/PASP oranları, tüm düzeltmeler sonrasında mortalitenin en güçlü bağımsız belirleyicileri olarak saptandı. TAPSE/PASP oranındaki artış mortalite riskinde belirgin azalma ile ilişkiliydi (HR: 0,42; %95 GA: 0,28–0,63; $p<0,001$). Benzer şekilde RVFWLS/PASP oranı da bağımsız prognostik değer gösterdi (HR: 0,51; %95 GA: 0,37–0,71; $p<0,001$). Bu bulgular, RV–PA eşleşmesinin son dönem kalp yetersizliğinde geleneksel risk göstergelerinin ötesinde önemli prognostik bilgi sağladığını göstermektedir.



Şekil 2. TAPSE/PASP Oranı ile Bir Yıllık Mortalite Riski Arasındaki İlişki (Restricted Cubic Spline Analizi)



Restricted cubic spline analizinde TAPSE/PASP oranı ile düzeltilmiş mortalite riski arasında doğrusal olmayan bir ilişki saptandı. TAPSE/PASP oranı azaldıkça mortalite riskinin kademeli olarak arttığı, özellikle 0,34 mm/mmHg eşik değerinin altında risk artışının belirginleştiği gözlemlendi. Eğrinin etrafındaki gölgeli alanlar %95 güven aralıklarını göstermektedir. Bu sonuçlar, TAPSE/PASP oranının yalnızca istatistiksel olarak anlamlı bir belirteç olmadığını, aynı zamanda klinik uygulamada kullanılabilecek potansiyel bir risk sınıflandırma aracı olduğunu düşündürmektedir. Son dönem kalp yetersizliği hastalarında 0,34 mm/mmHg'nin altındaki değerler belirgin RV-PA eşleşmesizliğini yansıtmakta ve yüksek mortalite riski ile ilişkili görünmektedir.



[SS-032]

Elektif Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Trigliserid–Glukoz (TyG) İndeksi ile SYNTAX Skoru Kullanılarak Değerlendirilen Koroner Arter Hastalığı Şiddeti Arasındaki İlişki

Saadet Aydın¹, Berkay Ekici²

¹Bakircay University, Faculty Of Medicine, Department of Cardiology, Izmir, Türkiye

²Ufuk University, Faculty Of Medicine, Department of Cardiology, Ankara, Türkiye

Giriş: İnsülin direnci, koroner arter hastalığının (KAH) gelişim ve progresyonunda önemli rol oynar. Trigliserid–Glukoz (TyG) indeksi, insülin direncinin basit, düşük maliyetli ve güvenilir bir göstergesi olarak tanımlanmıştır. Ancak TyG indeksinin, SYNTAX skoru ile değerlendirilen koroner arter hastalığı kompleksitesi ilişkisi net değildir.

Amaç: Bu çalışmada, elektif koroner anjiyografi uygulanan hastalarda TyG indeksi ile SYNTAX skoru kullanılarak değerlendirilen koroner arter hastalığı şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, noninvaziv stres testlerinde objektif iskemi saptanmasının ardından elektif koroner anjiyografi uygulanan ardışık 1.259 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 60,6±11,1 yıl olup hastaların %55,7'si erkekti. Koroner arter hastalığı şiddeti SYNTAX skoru kullanılarak değerlendirildi ve hem dört gruplu (0, 1–22, 23–32 ve ≥33) hem de üç gruplu sınıflandırmalarla analiz edildi. TyG indeksi $\ln [\text{Açlık trigliseridi (mg/dL)} \times \text{Açlık glukozu (mg/dL)} / 2]$ formülü kullanılarak hesaplandı. Korelasyon analizleri, gruplar arası karşılaştırmalar ve ROC analizleri gerçekleştirildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyenler ise medyan (25.–75. persentil) olarak sunuldu.

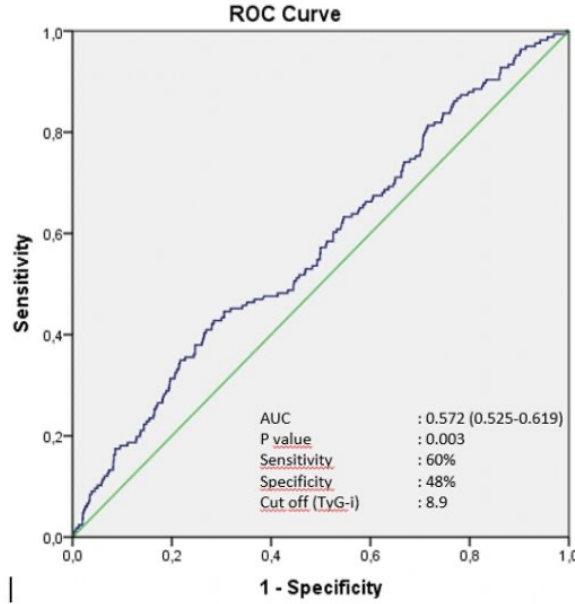
Bulgular: SYNTAX skoru gruplarına göre başlangıç özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. TyG indeksi ile SYNTAX skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,151$; $p<0,001$). Ayrıca TyG indeksinin, koroner arter hastalığı kompleksitesi arttıkça SYNTAX grupları boyunca kademeli olarak yükseldiği gösterildi ($p<0,001$). TyG indeksinin ciddi koroner arter hastalığını öngörmedeki bağımsız değerini değerlendirmek amacıyla çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizi yapıldı. Yaş ve cinsiyet için düzeltme yapılan modelde TyG indeksi, hastalık şiddeti ile bağımsız olarak ilişkili bulundu ve TyG indeksindeki her bir birim artışın ciddi koroner arter hastalığı olasılığını %61 artırdığı gösterildi (OR:1,610; %95 GA:1,250–2,073; $p<0,001$). ROC analizinde TyG indeksinin, ciddi koroner arter hastalığını (SYNTAX ≥23) belirlemede istatistiksel olarak anlamlı ancak sınırlı ayırt edici performansa sahip olduğu saptandı (Şekil 1A).

Sonuç: TyG indeksi, SYNTAX skoru ile değerlendirilen anjiyografik koroner arter hastalığı şiddeti ile anlamlı ilişki göstermektedir. Ayırt edici gücü sınırlı olsa da TyG indeksi, kompleks koroner arter hastalığının öngörülmesinde mevcut risk değerlendirmesine katkı sağlayabilecek pratik bir biyobelirteçtir.

Anahtar Kelimeler: Trigliserid–Glukoz indeksi, Koroner arter hastalığı, SYNTAX skor, Koroner anjiyografi, Kardiyovasküler risk sınıflandırması

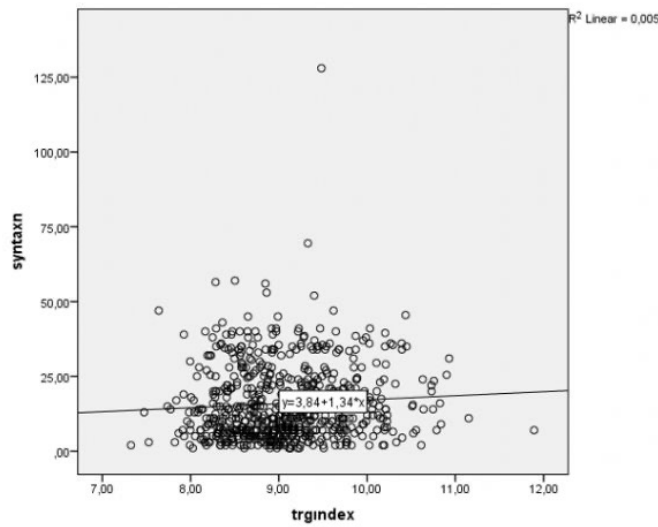


Şekil 1. Ciddi Koroner Arter Hastalığının Belirlenmesinde TyG İndeksine Ait ROC Eğrisi



TyG İndeksinin Ciddi Koroner Arter Hastalığını Öngörmedeki ROC Eğrisi

Şekil 2. TyG İndeksi ile SYNTAX Skoru Arasındaki İlişkiyi Gösteren Saçılım Grafiği ($r = 0,151$; $p < 0,001$)



TyG İndeksi ile SYNTAX Skoru Arasındaki İlişkiyi Gösteren Saçılım Grafiği ($r = 0,151$; $p < 0,001$)



[SS-033]

Hipertansiyon ve Diyabette Kardiyometabolik Biyobelirteçlerin Aşamalı Performansı: 1.455 Hastalık Koroner Anjiyografi Kohortu

Metin Karayakalı

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Kardiyometabolik biyobelirteç performansı HT ve DM komorbiditeleri varlığında değişebilir ancak bu tabaka-spesifik etkiler yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmada elektif koroner anjiyografi yapılan hastalarda dört biyobelirtecin (TyG, SIRI, MHR, CTI) üç tabakadaki (kontrol, izole HT, HT+DM) performans ve etkileşim paternleri karşılaştırıldı.

Yöntem: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde elektif anjiyografi yapılan 1.455 hastanın verileri retrospektif incelendi. Hastalar: kontrol (n=450), izole HT (n=618) ve HT+DM (n=387). Birincil Sonuç: $\ln(\text{Gensini}+1)$; $\text{KAH} = \text{Gensini} > 0$. Beş bloklu hiyerarşik regresyon ve tabaka-bazlı ROC analizi uygulandı. Etkileşim terimleri (biyobelirteç $\times$ HT_only ve biyobelirteç $\times$ HT_DM) üçüncü bloğa eklendi; $VIF < 2,1$. CTI, hs-CRP mevcut alt-kohortta (n = 644) hesaplandı.

Bulgular: Klinik ve demografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir. Kritik bulgu olarak, metabolik indeksler ve CTI gruplar arası anlamlı farklılaşırken ($p < 0,001$), saf inflamatuvar oranlar ve MHR başlangıç değerlerinde anlamlı fark saptanmadı ($p = 0,138-0,409$).

Tam ayarlı modellerde dört biyobelirteç $\ln(\text{Gensini}+1)$ ile bağımsız ilişki gösterdi ($p < 0,001$). En güçlü etki CTI'ye aitti ($\beta = 0,288$).

İzole HT'nin etkisi ($B = +0,250$, $p = 0,011$), yaş-cinsiyet düzeltilmesinde neredeyse ortadan kalktı ($B = +0,014$, $p = 0,877$; yaklaşık %94 aracılık etkisi). HT+DM katsayısı tüm modellerde anlamlı pozitif kaldı (tam ayarlı: $B = +0,440$, $p < 0,001$). HT katkısı demografik-vasküler yaşlanma aracılı, DM katkısı ise yaş-bağımsızdır.

Metabolik/inflamatuvar belirteçler etki modifikasyonu göstermezken, HDL-bağımlı belirteçler (MHR, TyG/HDL, SIRI) HT+DM'de zayıflama interaksiyonu sergiledi ($p = 0,002-0,033$). CTI ise pozitif eğilim gösterdi ($B = +0,370$, $p = 0,100$). ROC analizinde (Grafik 1-2), TyG her iki HT alt grubunda şans düzeyine geriledi; MHR izole HT'de en yüksek AUC sağlarken HT+DM'de belirgin düştü. CTI ise risk tabakası karmaşıklıkça güçlenen tek biyobelirteç olarak öne çıktı.

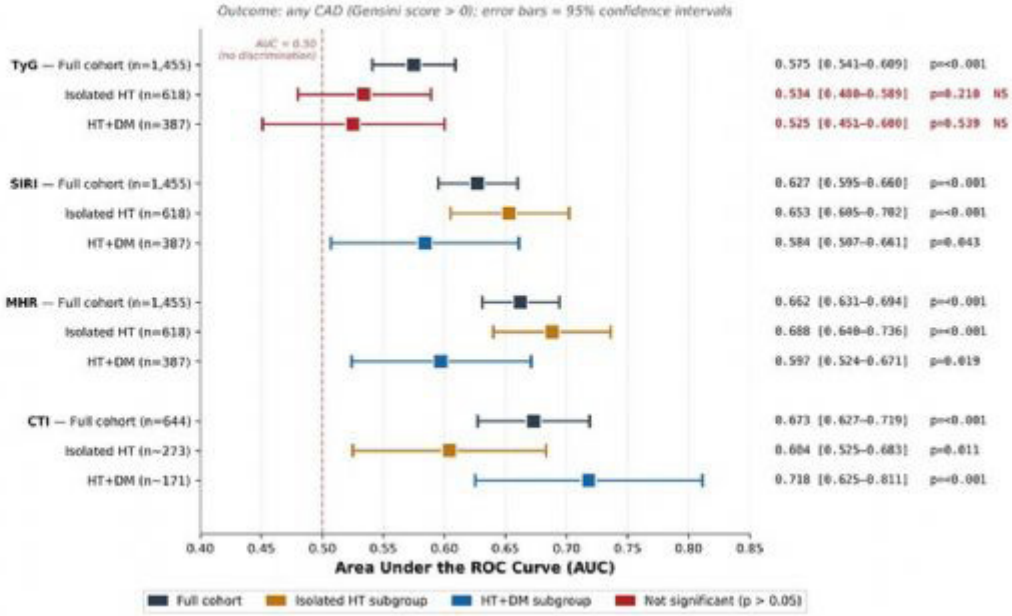
Sonuç: Kardiyometabolik biyobelirteçlerin koroner ateroskleroz öngörüsündeki performansı, HT ve DM komorbiditelerine göre belirgin heterojenlik göstermektedir. TyG indeksi, hipertansiyon varlığında (ister izole ister diyabetle birlikte) diskriminasyon gücünü yitirerek şans düzeyine gerilemektedir. HDL-bağımlı belirteçler (MHR, TyG/HDL) izole HT'de en güçlü ayırıcı kapasiteye ulaşmakta, ancak eşzamanlı DM varlığında bu kapasite anlamlı ölçüde düşmektedir. CTI ise tam tersine, risk tabakası karmaşıklıkça öngörü değeri artan tek belirteç olarak öne çıkmaktadır. Bu örüntü yalnızca klinik değil, patofizyolojik bir anlam da taşımaktadır: HT'nin koroner yüke katkısı büyük ölçüde demografik-vasküler yaşlanma süreçleriyle aracılanırken, DM yaş-bağımsız doğrudan mekanizmalar üzerinden aterosklerotik yüke katkıda bulunmaktadır. Bulgular, klinik pratikte hasta profiline özgü tabaka-spesifik belirteç seçimini desteklemekte ve risk modellemelerinde HT/DM ayırımı zorunlu kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gensini skoru, hipertansiyon, diyabet, kardiyometabolik biyobelirteç

Grafik 1. Tabaka-spesifik ROC analizi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



dört biyobelirtecin tüm kohort, izole HT ve HT+DM gruplarında KAH (Gensini > 0) için diskriminasyon performansları (forest plot, hata çubukları %95 güven aralığı).

Grafik 2. Tabaka × biyobelirteç AUC matrisi.

	Tüm Kohort	İzole HT	HT + DM
TyG	0.575 anlamlı	0.534 p > 0,05	0.525 p > 0,05
MHR	0.662 anlamlı	0.688 ★ EN YÜKSEK	0.597 anlamlı
SIRI	0.627 anlamlı	0.653 anlamlı	0.584 anlamlı
CTI	0.673 ★ EN YÜKSEK	0.604 anlamlı	0.718 ★ EN YÜKSEK

Tabakada en yüksek AUC
Anlamlı diskriminasyon (p < 0,05)
Anlamsız (p > 0,05)

Kırmızı kutu: istatistiksel olarak anlamsız diskriminasyon (p > 0,05). Altın çerçeve: ilgili tabakada en yüksek AUC değerine sahip biyobelirteç.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

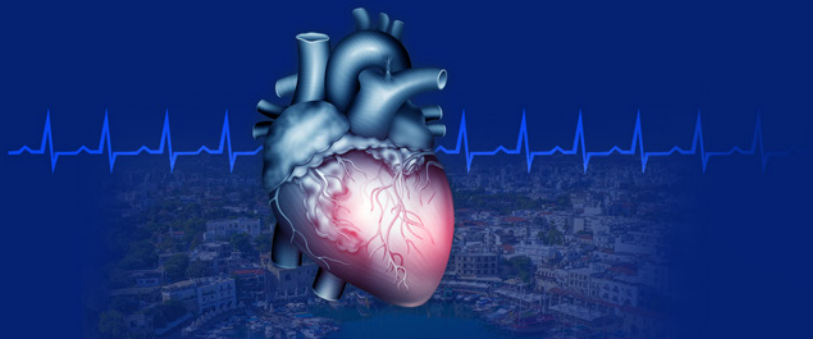
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Çalışma kohortunun temel klinik, laboratuvar ve anjiyografik özellikleri (N = 1.455).

Değişken	Kontrol (n = 450)	İzole HT (n = 618)	HT + DM (n = 387)	p
Yaş, yıl	54 (48–64)	61 (54–67)	60 (53–66)	<0,001
Kadın cinsiyet, n (%)	196 (43,6)	301 (48,7)	222 (57,4)	<0,001
VKİ, kg/m ²	25,8 (24,2–27,5)	26,7 (24,6–29,7)	27,3 (25,0–31,1)	<0,001
SKB, mmHg	120 (120–130)	130 (120–140)	130 (120–140)	<0,001
DKB, mmHg	80 (70–80)	80 (80–85)	80 (75–85)	<0,001
Hiperlipidemi, n (%)	119 (26,4)	233 (37,7)	224 (57,9)	<0,001
Sigara kullanımı, n (%)	180 (40,0)	211 (34,1)	98 (25,3)	<0,001
Geçirilmiş inme, n (%)	4 (0,9)	17 (2,8)	19 (4,9)	0,002
Açlık glukozu, mg/dL	96 (88–106)	97 (89–106)	154 (117–228)	<0,001
eGFR, mL/dk/1,73m ²	101,8 (90,0–109,2)	95,2 (80,9–103,4)	93,1 (77,4–104,0)	<0,001
Trigliserit, mg/dL	130 (90–195)	135 (101–191)	159 (112–234)	<0,001
CRP, mg/L (n = 644)	3,27 (3,2–6,9)	3,60 (3,2–7,4)	4,64 (3,3–9,1)	0,002
ACE inhibitörü / ARB	91 (20,2)	428 (69,3)	270 (69,8)	<0,001
Beta-bloker	190 (42,2)	337 (54,5)	205 (53,0)	<0,001
Kalsiyum kanal blokeri	14 (3,1)	101 (16,3)	66 (17,1)	<0,001
Statin	98 (21,8)	123 (19,9)	136 (35,1)	<0,001
ASA	280 (62,2)	437 (70,7)	283 (73,1)	0,001
Gensini skoru, medyan (ÇAA)	6 (0–35)	9 (2–35,5)	18,5 (4,5–54,5)	<0,001
KAH varlığı (Gensini > 0), n (%)	308 (68,4)	473 (76,5)	330 (85,3)	<0,001
Çok damar hastalığı, n (%)	110 (24,5)	168 (27,2)	156 (40,4)	<0,001
TyG	8,75 (8,37–9,15)	8,80 (8,48–9,14)	9,43 (8,98–10,00)	<0,001
METS-IR	40,3 (36,4–44,3)	42,1 (37,2–47,8)	46,1 (41,5–52,3)	<0,001
TG/HDL	3,05 (1,93–5,29)	3,07 (2,14–4,87)	3,72 (2,49–6,32)	<0,001
TyG/HDL	0,21 (0,17–0,25)	0,21 (0,17–0,25)	0,23 (0,18–0,28)	<0,001
NLR	2,10 (1,64–2,86)	2,11 (1,59–2,82)	1,98 (1,57–2,71)	0,181
SII	522 (385–742)	556 (387–762)	517 (371–704)	0,237
SIRI	1,08 (0,74–1,67)	1,07 (0,71–1,74)	1,05 (0,64–1,52)	0,138
MHR (×10 ⁻³)	12,55 (8,50–17,43)	11,92 (8,17–17,03)	11,84 (8,12–17,03)	0,409
CTI ^a	3,40 (3,32–4,11)	3,53 (3,33–4,20)	3,77 (3,43–4,50)	<0,001

Sürekli değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiş, Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenler n (%) olarak verilmiş, ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. ^a CTI 644 hastalık alt kohortta (CRP ölçümü mevcut olanlar) hesaplanmıştır. KAH = koroner arter hastalığı (Gensini > 0); VKİ = vücut kitle indeksi; SKB/DKB = sistolik/diyastolik kan basıncı; eGFR = tahmini glomerüler filtrasyon hızı (CKD-EPI 2021); CRP = C-reaktif protein; ACE = anjiyotensin dönüştürücü enzim; ARB = anjiyotensin reseptör blokeri; TyG = trigliserit-glukoz indeksi; METS-IR = metabolik skor insülin direnci; NLR/SII/AISI/SIRI = inflamatuvar oranlar; MHR = monosit/HDL kolesterol oranı; CTI = CRP-trigliserit-glukoz indeksi; HT = hipertansiyon; DM = diyabet.



[SS-034]

Genç ve uzun yaşam beklentisine sahip hastalarda DynamX Bioadaptor implantasyonunun orta dönem sonuçları

Ümeyir Savur

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: DynamX Bioadaptor, koroner arterin fizyolojik hareketlerini korumayı ve adaptif damar yeniden şekillenmesini desteklemeyi amaçlayan yeni nesil bir koroner implant teknolojisidir. Bu çalışmada merkezimizde DynamX Bioadaptor implantasyonu uygulanan hastaların klinik özellikleri, işlemsel başarı oranları ve orta dönem klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Merkezimizde DynamX Bioadaptor implantasyonu uygulanan ardışık 42 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, kardiyovasküler risk faktörleri, laboratuvar verileri, anjiyografik bulguları, işlemsel özellikleri ve takip sonuçları incelendi. İşlemsel başarı ve majör advers kardiyovasküler olaylar (MACE) değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 42 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı $52,7 \pm 9,4$ yıl olup, olguların %88,1'i erkekti. Hipertansiyon %50, diyabetes mellitus %40,5, dislipidemi %73,8, aktif sigara kullanımı %47,6 ve ailede erken koroner arter hastalığı öyküsü %40,5 oranında saptandı. Hastaların %83,3'ü stabil koroner arter hastalığı, %14,3'ü akut koroner sendrom nedeniyle değerlendirilmişti. Hiçbir hastada kronik böbrek hastalığı bulunmamakta olup tüm hastalarda bazal böbrek fonksiyonları normal sınırlardaydı. En sık girişim yapılan damar LAD olup olguların %69'unu oluşturmaktaydı. Kalsifik lezyon oranı %21,4, bifürkasyon lezyonu oranı %7,1 olarak bulundu. Toplam 68 DynamX Bioadaptor implantı kullanıldı. Tüm lezyonlarda pre- ve postdilatasyon uygulandı. İşlemsel başarı oranı %100 olarak saptandı. Ortalama takip süresi $16,3 \pm 11,2$ ay olup takip süresince ölüm, miyokard enfarktüsü, hedef lezyon revaskülarizasyonu, cihaz trombozu veya inme gözlenmedi. MACE oranı %0 olarak bulundu.

Sonuç: Gerçek yaşam verilerimizde DynamX Bioadaptor implantasyonu yüksek işlemsel başarı oranı ve mükemmel orta dönem güvenlik profili göstermiştir. Görece genç, düşük komorbidite yüküne sahip ve uzun yaşam beklentisi bulunan hastalarda elde edilen bu sonuçlar, Bioadaptor teknolojisinin günlük klinik pratikte uygulanabilir ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. Daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takip sonuçlarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: DynamX Bioadaptor, Adaptif Vasküler Yeniden Şekillenme, De Novo Koroner Lezyon



[SS-035]

LMCA Lezyonu Olan Hastalarda İşlem Öncesi ve Sonrası EKG'de QRS-T Açı Değişikliği

Aysel Akhundova

Medipol Mega Üniversitesi hastanesi, Medipol Üniversitesi Tıp fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada sol ana koroner arter (LMCA) lezyonu nedeniyle girişimsel kardiyoloji işlemi uygulanan hastalarda EKG parametrelerinde özellikle QRS-T açısındaki değişimlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

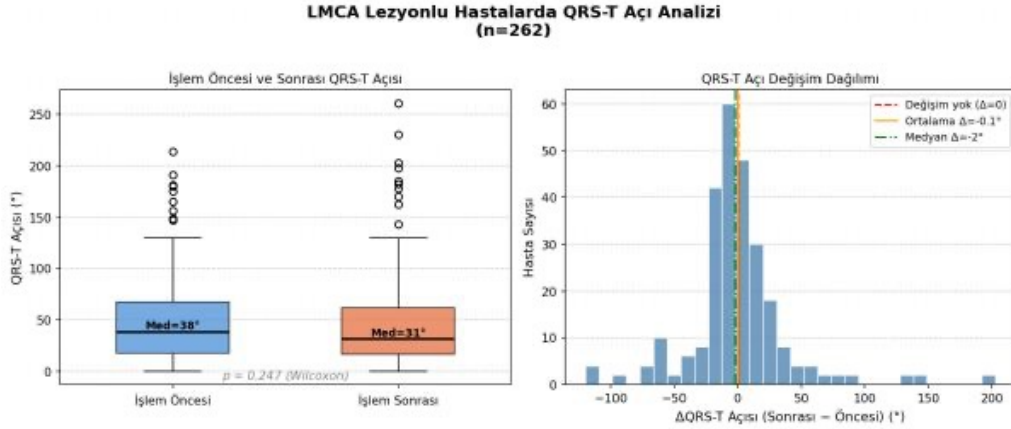
Yöntem: Çalışmaya LMCA lezyonu saptanan ve işlem uygulanan 262 hasta dahil edilmiştir. İşlem öncesi ve sonrası 12 derivasyonlu EKG'lerden kalp hızı, QRS süresi, QTc, PR intervali, P açısı, QRS açısı, T açısı ve QRS-T açısı ölçülmüştür. Veriler Wilcoxon işaretli sıralar testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: İşlem öncesi ve sonrası QRS-T açısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (medyan 38° vs 36°, $p = 0.247$). QTc intervalinde ise işlem sonrası anlamlı uzama gözlemlenmiştir (433.8 ± 31.6 ms vs 442.3 ± 35.6 ms, $p < 0.001$). Diğer EKG parametrelerinde anlamlı değişim saptanmamıştır.

Sonuç: LMCA girişimi sonrasında QRS-T açısı belirgin bir değişim göstermemekle birlikte QTc intervalindeki uzama dikkat çekmektedir. Bu bulgu, işlem sonrası EKG takibinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: LMCA, QRS-T açısı, EKG, perkütan koroner girişim, repolarizasyon

Sol: İşlem öncesi ve sonrası QRS-T açısı kutu grafikleri. **Sağ:** QRS-T açı değişim dağılımı (Δ QRS-T = Sonrası - Öncesi).



İşlem öncesi ve sonrası EKG parametreleri

Parametre	Ortalama $\pm$ SS (Öncesi)	Ortalama $\pm$ SS (Sonrası)	Medyan (Öncesi)	Medyan (Sonrası)	p değeri
HR (atım/dk)	74.2 $\pm$ 15.6	74.1 $\pm$ 14.9	72	72	0.905
QRS (ms)	92.2 $\pm$ 18.3	91.5 $\pm$ 16.9	90	9	0.200
QTc (ms)	433.8 $\pm$ 31.6	442.3 $\pm$ 35.6	432	438	< 0.001*
PR (ms)	156.6 $\pm$ 23.7	156.8 $\pm$ 22.6	160	158	0.888
P Açısı (°)	45.2 $\pm$ 24.7	47.2 $\pm$ 22.3	46	47	0.187
QRS Açısı (°)	28.7 $\pm$ 52.1	26.3 $\pm$ 53.0	30	26	0.391
T Açısı (°)	44.9 $\pm$ 50.0	48.1 $\pm$ 61.2	44	45	0.381
QRS-T Açısı (°)	49.1 $\pm$ 45.0	48.9 $\pm$ 51.5	38	36	0.247

Tablo 1. İşlem Öncesi ve Sonrası EKG Parametreleri (n=262). * $p < 0.001$ (Wilcoxon)



[SS-036]

Genç ve Orta Yaşlı Akut Miyokard İnfarktüsü Hastalarında FIB-4 İndeksi ve STEMI Fenotipi Arasındaki İlişki

Halime Tanrıverdi

REYHANLI DEVLET HASTANESİ, KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: FIB-4 indeksi, yaş, AST, ALT ve trombosit sayısı kullanılarak hesaplanan ve başlangıçta karaciğer fibrozisini non-invaziv olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir skordur [1]. Son yıllarda FIB-4'ün yalnızca hepatik fibrozis göstergesi olmadığı; akut koroner sendromlarda kardiyometabolik risk, sistemik inflamasyon, kötü klinik sonuçlar ve mortalite ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir [2–6]. STEMI, akut koroner sendrom spektrumunda genellikle daha belirgin trombotik yük ve akut inflamatuvar yanıt ile karakterizedir [7]. Bu çalışmada, 55 yaş ve altı akut miyokard infarktüsü hastalarında FIB-4 indeksinin STEMI fenotipi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Merkezimize son iki yıl içerisinde akut miyokard infarktüsü tanısıyla başvuran 55 yaş ve altı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya 18 yaş ve üzerinde olan, STEMI veya NSTEMI tanısı alan ve koroner anjiyografi uygulanan hastalar dahil edildi. Miyokardit, Takotsubo kardiyomiyopatisi, tip 2 miyokard infarktüsü, aktif enfeksiyon, kronik inflamatuvar veya romatolojik hastalık, malignite, eGFR <30 mL/dk/1.73 m², ciddi karaciğer yetmezliği, aktif kanama, hematolojik hastalık, hemoglobin <10 g/dL, geçirilmiş koroner arter bypass greft operasyonu öyküsü veya eksik klinik/laboratuvar/ anjiyografik veri varlığı dışlama kriteri olarak kabul edildi. FIB-4 indeksi yaş, AST, ALT ve trombosit sayısı kullanılarak hesaplandı [1]. STEMI ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 331 hasta dahil edildi; 150 hasta NSTEMI, 181 hasta STEMI grubundaydı. Ortalama yaş 47.08±5.88 yıl olup hastaların %83.7'si erkekti. STEMI grubunda inflamatuvar belirtiçer, GRACE skoru, trombüs yükü ve akut klinik komplikasyonlar daha yüksekti. TIMI trombüs grade ≥3 oranı STEMI grubunda %73.5, NSTEMI grubunda %44.7 idi (p<0.001). FIB-4 indeksi STEMI grubunda NSTEMI grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti: 1.90±1.60; medyan 1.35 (0.72–2.27) vs. 1.20±0.68; medyan 1.00 (0.67–1.55), p<0.001. Çok değişkenli analizde FIB-4 indeksi STEMI ile bağımsız ilişkili bulundu (OR: 1.610; %95 GA: 1.222–2.121; p=0.001). TIMI trombüs derecesi de STEMI'nin bağımsız belirleyicilerinden idi (OR: 1.580; %95 GA: 1.286–1.943; p<0.001).

Sonuç: 55 yaş ve altı akut miyokard infarktüsü hastalarında FIB-4 indeksi STEMI grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ve STEMI prezentasyonu ile bağımsız ilişki göstermiştir. Bu bulgular, FIB-4'ün genç ve orta yaşlı MI hastalarında yalnızca hepatik fibrozis göstergesi değil; trombotik yük, inflamatuvar aktivasyon ve hepatometabolik stresle ilişkili agresif STEMI fenotipini yansıtabilecek kolay hesaplanabilir tamamlayıcı bir biyobelirteç olabileceğini düşündürmektedir [2–6]. Bununla birlikte, akut MI sırasında transaminaz düzeylerinin miyokard hasarından etkilenebileceği ve FIB-4'ün akut dönemde doğrudan karaciğer fibrozisi göstergesi olarak yorumlanmaması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, FIB-4 indeksi, genç hasta, miyokard infarktüsü, STEMI

tablo 4

Variable	B	S.E	Wald χ^2	df	p	Odds Ratio (OR)	95% CI for OR
GRACE Score	0.007	0.006	1.565	1	0.211	1.007	0.996–1.019
TIMI Thrombus Grade	0.458	0.105	18.886	1	<0.001	1.580	1.286–1.943
Ejection Fraction (%)	0.011	0.015	0.526	1	0.468	1.011	0.981–1.042
SIRI	0.055	0.055	1.001	1	0.317	1.056	0.949–1.175
FIB-4 Index	0.476	0.141	11.459	1	0.001	1.610	1.222–2.121
Length of Hospital Stay (days)	0.520	0.216	5.780	1	0.016	1.682	1.101–2.571
Constant	4.150	1.135	13.379	1	<0.001	0.016	

Multivariable Binary Logistic Regression Analysis for Independent Predictors of STEMI. Model fit: Hosmer-Lemeshow χ^2 = ..., p = ...; Nagelkerke R^2 = 0.258; Model χ^2 = 70.930, p < 0.001*



[SS-037]

Enfektif Endokarditte Akut Böbrek Hasarının Erken Öngörülmesi İçin LASSO Tabanlı Klinik Skor

Vedat Çiçek

Department of Cardiology, Tatvan State Hospital

Amaç: Akut böbrek hasarı (ABH), enfektif endokardit (EE) olgularının %20–40'ını komplike etmekte ve prognozu anlamlı ölçüde kötüleştirmektedir. Günümüzde EE'ye özgü, laboratuvar temelli bir ABH öngörü aracı bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, gerçek yaşam verilerinden oluşan bir EE kohortunda LASSO regresyon yöntemi kullanılarak hastaneye başvuru sırasında uygulanabilecek bir klinik skor geliştirmektir.

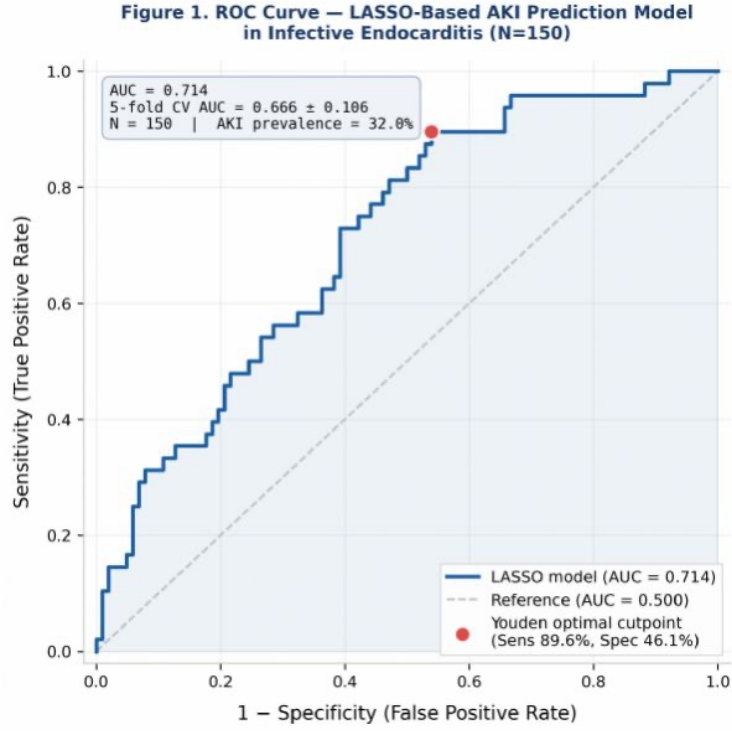
Yöntem: Butek merkezli retrospektif kohort çalışmasına 150 EE hastası dahiledildi. ABH, KDIGO 2012 serum kreatinin kriterlerine göretanımlandı. Aday öngörücüler olarak başvuru sırasında elde edilen rutin laboratuvar parametreleri ve temel komorbiditeler değerlendirildi. Tek değişkenli analizde (Mann–Whitney U testi veya ki-kare testi, $p < 0,05$) anlamlı bulunan değişkenler, L1-cezalandırılmalı (LASSO) lojistik regresyon modeline dahiledildi. Modelin ayırt ediciliği eğri altında kalan alan (AUC) ile, iç geçerliliği ise 5 katlı tabakalı çapraz doğrulama yöntemiyle değerlendirildi. En uygun eşik değeri, Youden indeksi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: ABH, 150 hastanın 48'inde (%32,0) gelişti. ABH gelişen hastalar daha ileri yaşta olup (medyan 65'e karşı 57,5 yıl; $p=0,017$), kronik böbrek hastalığı (KBH) (%52'ye karşı %30; $p=0,017$) ve diabetes mellitus (DM) (%52'ye karşı %30; $p=0,017$) daha sık görülmekteydi. Ayrıca bu grupta hastane içi mortalite anlamlı olarak daha yüksekti (%50'ye karşı %23; $p=0,001$). LASSO regresyon analizi sonucunda beş değişken modelde korundu: tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR; $\beta=-0,645$), serum kreatinin düzeyi ($\beta=-0,545$), kronik böbrek hastalığı ($\beta=+0,329$), diabetes mellitus ($\beta=+0,221$) ve nötrofil/lenfosit oranı (NLO; $\beta=-0,246$) (Tablo 1). Modelin ayırt ediciliği $AUC=0,714$ olarak hesaplanırken, 5 katlı çapraz doğrulama sonrası AUC değeri $0,666 (\pm 0,106)$ bulundu. Youden indeksine göre belirlenen optimal eşik değerinde duyarlılık %89,6, özgüllük %46,1 ve negatif prediktif değeri (NPD) %90,4 olarak saptandı (Şekil 1).

Sonuç: Rutin başvuru sırasında elde edilen beş değişkene dayalı olarak geliştirilen bu ilk EE'ye özgü ABH öngörü skoru, %90,4'lük negatif prediktif değeri ile yatak başında düşük riskli hastaların güvenilir biçimde dışlanmasına olanak sağlamaktadır. Ancak klinik uygulamaya alınmadan önce farklı hasta gruplarında dış doğrulama çalışmaları ile doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, Enfektif endokardit, LASSO

Şekil 1



Şekil 1. LASSO Tabanlı Akut Böbrek Hasarı Tahmin Modeli için ROC Eğrisi - İnfektif Endokardit

Tablo 1

Değişken	ABH (n=48)	ABH Olmayan (n=102)	p-değeri
Yaş, yıl†	65 (54–74)	57,5 (46–69)	0,017*
Erkek cinsiyet	35 (%72,9)	74 (%72,5)	1,000
eGFR, mL/dk/1,73m ² †	41 (26–67)	72 (51–89)	0,006*
Serum Kreatinin, mg/dL†	1,79 (1,0–3,1)	1,10 (0,8–1,5)	0,007*
BUN/Üre, mg/dL†	73 (47–104)	51,5 (36–78)	0,020*
CRP, mg/L†	105 (52–163)	80,5 (38–149)	0,211
Prokalsitonin, ng/mL†	1,47	0,76	0,126
Troponin, ng/L†	6,15	3,00	0,107
NLR†	6,37	7,57	0,631
BNP, pg/mL†‡	1900	304	0,036*
Ejeksiyon Fraksiyonu, %†	60 (52–65)	60 (55–65)	0,875
KBH	25 (%52,1)	31 (%30,4)	0,017*
Diabetes Mellitus	25 (%52,1)	31 (%30,4)	0,017*
Hipertansiyon	29 (%60,4)	50 (%49,0)	0,259
Hastane İçi Mortalite	24 (%50,0)	23 (%22,5)	0,001*

† Medyan (IQR) rapor edilmiştir; Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. *p<0,05

‡ BNP, yüksek oranda eksik veri nedeniyle (n=114/150, %76 eksik) tahmin modelinden çıkarılmıştır.

ABH: akut böbrek hasarı; eGFR: tahmini glomerüler filtrasyon hızı; BUN: kan üre azotu; CRP: C-reaktif protein; NLR: nötrofil-lenfosit oranı; KBH: kronik böbrek hastalığı

Tablo 1. Akut Böbrek Hasarı Gelişen ve Gelişmeyen Hastalar Arasında Başlangıç Özellikleri ve Tek Değişkenli Karşılaştırmalar

Akut Böbrek Hasarı Gelişen ve Gelişmeyen Hastalar Arasında Başlangıç Özellikleri ve Tek Değişkenli Karşılaştırmalar



[SS-038]

Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Endotel Aktivasyon-Stres İndeksi ile Trombus Yükü Arasındaki İlişki

Mustafa Yenercağ, Faruk Boyacı
Samsun Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Artmış koroner trombus yükünün, olumsuz kardiyovasküler (KV) sonuçların güçlü bir öngörücüsü olduğu bilinmektedir. Endotel Aktivasyon-Stres İndeksi (EASIX), protrombotik durumla yakından ilişkili olan endotel hasarı ve sistemik stresin bir göstergesi olarak çalışmalarda gösterilmiştir. EASIX formülü; $[LDH(U/L) \times kreatinin(mg/dL)] / \text{trombosit sayısı}(10^9/L)$. Bu çalışmada, akut koroner sendrom (AKS) ile başvuran hastalarda EASIX ile koroner trombus yükü arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık. AKS ile başvuran ve perkütan koroner girişim (PCI) ile tedavi edilen hastalar çalışmaya dahil edildi.

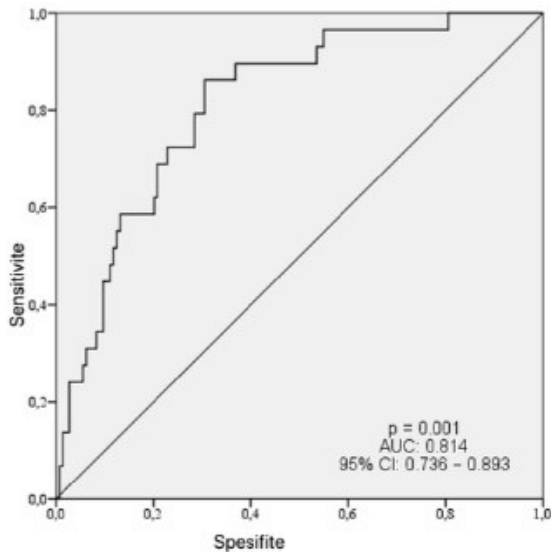
Yöntem: Haziran 2022 ile Haziran 2025 tarihleri arasında PKG uygulanan 315 AKS (NSTE-AKS %48,7 ve STEMI %51,3) hastası çalışmaya dahil edildi. Anjiyografik koroner trombus yükü, 'miyokard enfarktüsünde TIMI sınıflandırmasına göre yapıldı. Hastalar düşük trombus yükü (LTB, TIMI trombus yükü derecesi 0-1-2) ve yüksek trombus yükü (HTB, TIMI trombus yükü derecesi 3-4-5) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Bulgular: EASIX, HTB'li hastalarda LTB'li hastalara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($92,7 \pm 21,8$ 'e karşı $61,1 \pm 19,3$, $p < 0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, yüksek EASIX'in yüksek trombus yükünün bağımsız bir öngörücüsü olduğu bulundu (olasılık oranı: 0,930, %95 CI: 0,971-1,139; $p < 0,001$). ROC analizinde, EASIX için 1,904'lük bir kesme değeri, PKG uygulanan AKS hastalarında yüksek koroner trombus yükünü tahmin etmede %74,7 duyarlılık ve %67,8 özgüllük göstermiştir [(AUC): 81,4 $p < 0,001$].

Sonuç: Sonuç olarak, artmış EASIX, PKG uygulanan AKS hastalarında yüksek koroner trombus yükünü tahmin eden bağımsız bir parametredir.

Anahtar Kelimeler: Trombus, Akut koroner Sendrom, EASIX

ROC Analizi



KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



TABLO.1

Table 1. Demographic and laboratory findings

Variables	LTB (n=190)	HTB (n=125)	p value
Age	60.6 ± 22.3	59.6 ± 22.8	0.071
Gender, Male, n (%)	105	69	0.571
HTN, n	112	73	0.318
DM, n	61	41	0.111
Hyperlipidemia, n	44	28	0.248
Smoking, n	72	48	0.393
WBC, 10 ³ /µL	6.1 ± 3.1	6.0 ± 1.6	0.159
Neutrophil, 10 ³ /µL	4.7 ± 2.1	4.6 ± 1.9	0.226
Platelet, 10 ³ /µL	305 ± 83	336 ± 75	0.092
Hemoglobin, g/dl	12.8 ± 1.7	12.7 ± 1.6	0.218
Glucose, mg/dl	99.0 ± 9.5	96.5 ± 12.2	0.482
Aspartate aminotransferase, IU/l	28.9 ± 7.6	24.7 ± 8.7	0.075
Alanine aminotransferase, IU/l	28.5 ± 9.4	25.2 ± 15.5	0.099
Creatinin, mg/dl	0.85 ± 0.25	0.89 ± 0.22	0.218
LDL cholesterol, mg/dL	91.8 ± 16.1	75.4 ± 15.7	0.059
LDH, U/L	445 ± 219	830 ± 322	<0.001
Albumin, mg/dL	4 ± 1.1	3.8 ± 0.8	0.068
CRP, mg/L	6.4 ± 3.3	6.9 ± 2.8	0.056
EASIX	1.3 ± 1	2.2 ± 1.4	<0.001

DM: Diabetes Mellitus; HTN: Hypertension; LDL: Low density lipoprotein; CRP: C-reactive protein; EASIX: Endothelial Activation-Stress Index.

Table 2. Multivariate logistic regression analysis showing independent thrombus burden predictive variables

Variables	Univariate			Multivariate		
	Odds ratio	95% CI	p value	Odds ratio	95% CI	p value
Age	1.046	1.051-1.665	0.885			
EASIX	1.044	0.890-1.066	<0.001	1.033	1.023-1.051	<0.001
DM	1.059	0.877-1.128	0.311			
HT	1.382	0.527-1.485	0.214			
LDL	1.430	1.2777-1.179	0.066			
CRP	1.118	1.011-1.306	0.071			

DM: Diabetes Mellitus; HTN: Hypertension; LDL: Low density lipoprotein; CRP: C-reactive protein; EASIX: Endothelial Activation-Stress Index.



[SS-039]

Obstrüktif Koroner Arter Hastalığının Saptanmasında Koroner Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografinin Tanısal Doğruluğu Ve Koroner Arter Kalsiyum Yükünün Etkisi: Gerçek Yaşam Verilerine Dayalı Tek Merkezli Bir Çalışma

Alp Yıldırım¹, Muhammet Salih Ateş¹, Ali Yaşar Kılınç²

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kırşehir

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi (KBTA), şüpheli koroner arter hastalığının (KAH) değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan noninvaziv bir anatomik görüntüleme yöntemidir. Yüksek tanısal performansı nedeniyle klinik uygulamada önemli bir yer edinmiş olmakla birlikte, gerçek yaşam koşullarındaki doğruluğu hasta seçimi, raporlama farklılıkları, koroner kalsifikasyon yükü ve daha önce uygulanmış koroner girişimler gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu çalışmada, kurumumuzdaki gerçek yaşam verileri kullanılarak KBTA'nın obstrüktif koroner arter hastalığını saptamadaki tanısal doğruluğu, referans yöntem olarak invaziv koroner anjiyografi (İKA) kullanılarak değerlendirildi.

Yöntem: Koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi ve/veya koroner arter kalsiyum skorlaması uygulanmış ve aynı zamanda İKA raporlarına ulaşılabilen hastalarda retrospektif, tek merkezli bir tanısal doğruluk analizi gerçekleştirildi. Kaynak kayıtlar gözden geçirilerek mükerrer veriler ayıklandı ve her hasta analizlerde yalnızca bir kez temsil edildi. Obstrüktif KAH; koroner arter lümeninde %50 veya daha fazla darlık bulunması ya da raporlarda kritik stenoz, tam oklüzyon, kronik total oklüzyon veya perkütan koroner girişim gerektiren hastalığı ifade eden terminolojinin yer alması şeklinde tanımlandı. KBTA raporlarında bulunan CAD-RADS açıklama metinleri otomatik metin sınıflandırması öncesinde çıkarıldı. Tanısal performans ölçütleri İKA referans alınarak hesaplandı. Ayrıca koroner arter kalsiyum skoru bulunan hastalarda ROC analizi yapılarak eğri altında kalan alan (AUC) değeri belirlendi.

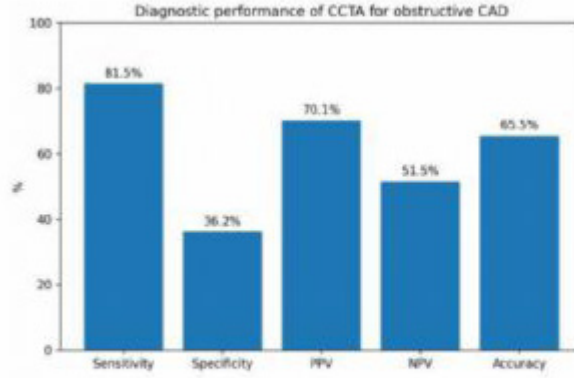
Bulgular: Kaynak veri seti 488 hastaya ait toplam 578 kayıttan oluşuyordu. Veri temizleme ve eşleştirme işlemlerinin ardından hem KBTA hem de İKA sonuçları değerlendirilebilen 267 hasta birincil analiz kohortunu oluşturdu. İKA ile 173 hastada (%64,8) obstrüktif KAH saptanırken, 94 hastada obstrüktif hastalık izlenmedi. KBTA'nın obstrüktif KAH'ı saptamadaki duyarlılığı %81,5, özgüllüğü %36,2 olarak bulundu. Pozitif öngörü değeri %70,1, negatif öngörü değeri %51,5 ve genel doğruluk oranı %65,5 idi. Koroner arter kalsiyum skoru verisi 153 hastada mevcuttu ve ROC analizinde kalsiyum skorunun obstrüktif KAH'ı öngörmedeki AUC değeri 0,72 olarak hesaplandı.

Sonuç: Gerçek yaşam verilerine dayanan bu retrospektif kohortta KBTA, İKA ile tanımlanan obstrüktif koroner arter hastalığını saptamada yüksek duyarlılık ancak sınırlı özgüllük göstermiştir. Bulgular, yöntemin obstrüktif hastalığın belirlenmesinde yararlı olduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte, ileri koroner kalsifikasyon, koroner stent varlığı ve değerlendirilemeyen segmentler gibi faktörler yalancı pozitif sonuçlara katkıda bulunabilir. Bu nedenle KBTA bulgularının klinik değerlendirme ile birlikte yorumlanması ve uygun hastalarda ek tanısal yöntemlerle desteklenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter kalsiyum skoru, Koroner BT anjiyografi, Obstrüktif koroner arter hastalığı



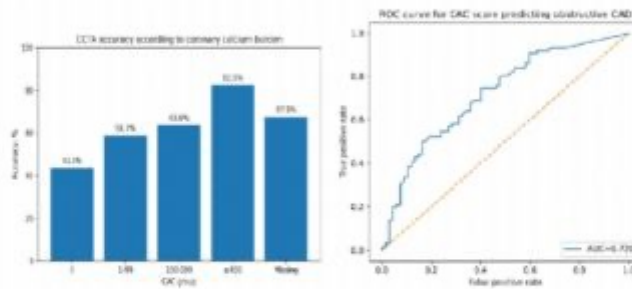
Şekil 1. Tanısal performans ölçütleri



Şekil 1. Tanısal performans ölçütleri

Obstrüktif koroner arter hastalığının saptanmasında koroner BT anjiyografinin tanısal performansı

Şekil 2. Koroner arter kalsiyum (KAK) skoruna göre doğruluk ve ROC eğrisi



Şekil 2. Koroner arter kalsiyum (KAK) skoruna göre doğruluk ve ROC eğrisi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



[SS-040]

Tirofiban İnfüzyonu Sonrası Gelişen Ciddi İlaça Bağlı Trombositopeni ve Başarılı Çoklu Damar Koroner Arter Bypass Cerrahisi: Bir Olgu Sunumu ve Klinik Uygulama Önerileri

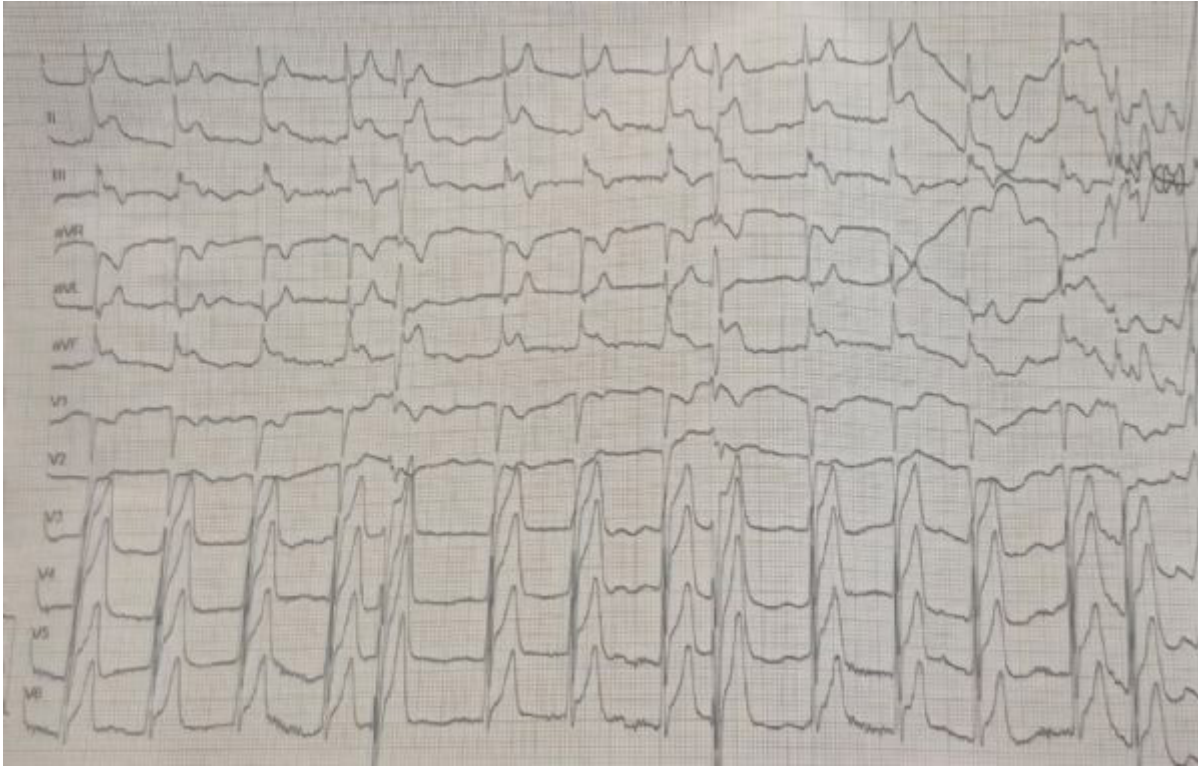
Fahri Çakan, Ali Çoner

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Tirofiban, akut koroner sendromların tedavisinde sıklıkla kullanılan bir glikoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitörüdür. Özellikle ptca sonrası cerrahi kararı verilen ve trombotik riski yüksek hastalarda hastalarda kısa süreli antiplatelet etkinlik sağlamak ve yarı ömür avantajı nedeniyle sıklıkla tercih edilir. Nadir ancak potansiyel olarak ölümcül bir komplikasyon olan ilaca bağlı immün trombositopeni (DITP), tedavinin ilk saatlerinde aniden ortaya çıkabilir. Bu olguda, inferior ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) ile başvuran, primer perkütan koroner girişim (PKG) sonrası tirofiban başlanan ve saatler içinde derin trombositopeni (2.000/ μ L) gelişen 61 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Kapsamlı laboratuvar incelemeleriyle diğer etiyolojiler dışlanarak DITP tanısı konulan ve medikal tedavi ile trombositleri yükseltildikten sonra dörtlü koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisine alınan hastanın klinik seyri tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: tirofiban, immünolojik, trombositopeni, koroner arter hastalığı

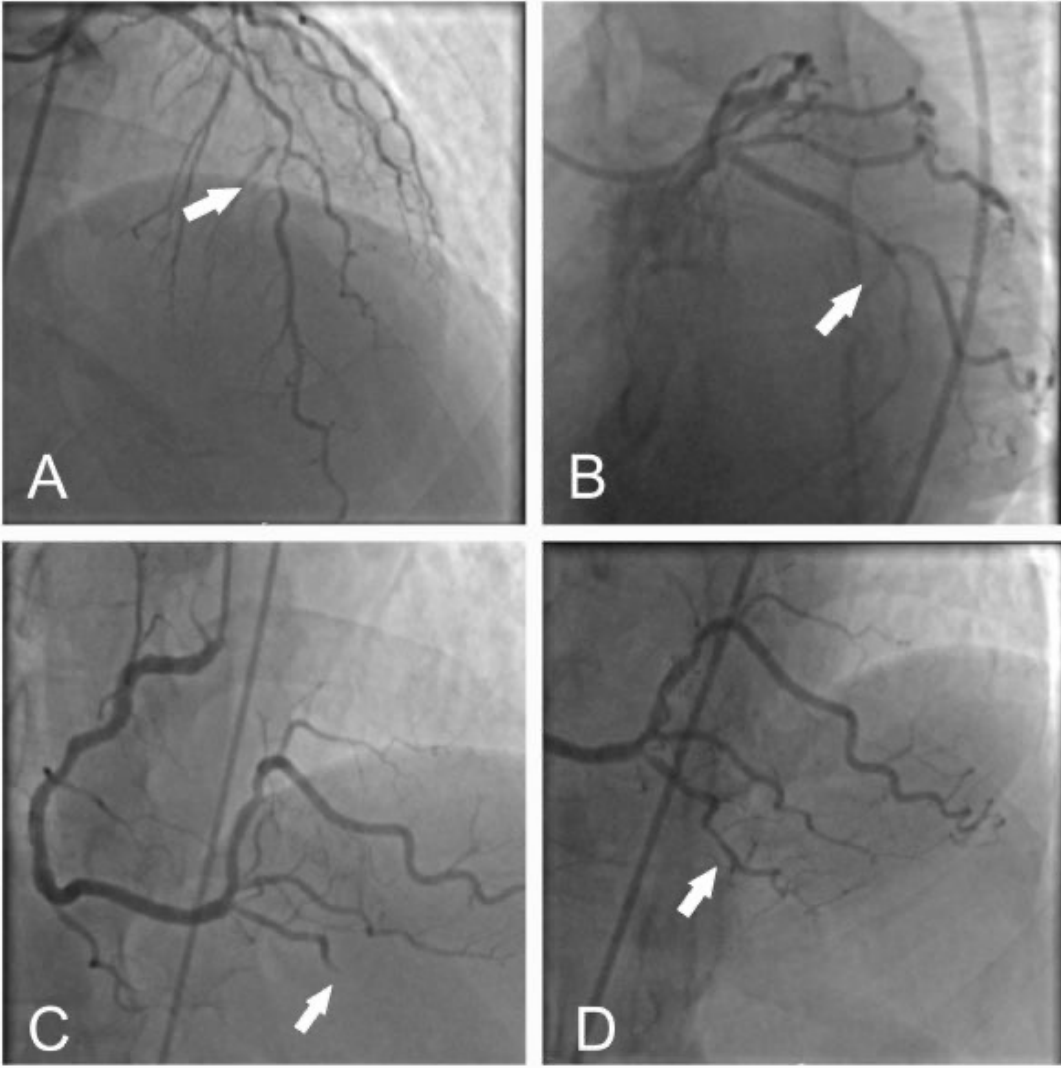
Figür 1



Acil servis EKGsi



Figür 2



Anjiyografi Görüntüleri



Tablo 1. Laboratuvar Parametreleri

Parametreler	Sonuç
Biyokimya	Total Protein 60,1 g/L (Referans aralık: 60-83)
Hormon	Testlerin tamamı normal aralıkta: Ferritin 87,2 ng/mL (Referans aralık: 22-322) Folat >6 ng/mL (Referans aralık: >5,38) Vitamin B12 247 pg/mL (Referans aralık: 211-911)
Koagülasyon	Testlerin tamamı normal aralıkta: PT 12,6 sn (Referans aralık: 9,9-12,7) INR 1,08 (Referans aralık: 0,8-1,2), APTT 22,7 sn (Referans aralık: 21,6-28,7), Fibrinojen 270,11 mg/dL (Referans aralık: 180-350) D-Dimer 270 ng/mL (Referans aralık: 0-550)
Periferik Yayma	Değerlendirilen sahalarda platelet izlenmedi.
Viral Belirteçler	EBV PCR ve CMV PCR testlerinde viral yük saptanmadı
Otoimmünite (ANA Profili)	ANA (Anti Nükleer Antikor) negatif
Alt Panel	Testlerin tamamı normal aralıkta: Centromere Protein B, ds DNA, Histones, Ku, Mi-2, Nucleosomes, PCNA, PPM-Scl, Ribosomal P-Proteins, snRNP/Sm, U1-snRNP, Sm, SS-A/60kD, SS-A/52kD, SS-B, Scl-70, Jo-1, PM-Scl
Kompleman ve İmmünoglobulinler	Kompleman C4: 0,35 g/L (Normal) Kompleman C3: 1,22 g/L (Normal) IgA: 2,61 g/L (Normal) IgG: 8,54 g/L (Normal) IgM ise 0,26 g/L (Düşük)
Serum Protein Elektroforezi	Albumin: %51,10 (Referans aralık: %49,78 - %61,90) Alfa 1: %5,89 (Yüksek, Referans aralık: %2,70 - %5,23) Alfa 2: %13,86 (Yüksek, Referans aralık: %7,65 - %12,89) Beta: %12,44 (Referans aralık: %10,43 - %15,57) Gama: %16,71 (Referans aralık: %12,20 - %21,66)



[SS-041]

İki Zorluk Bir Arada: Aynı Seansta Hem Kronik Total Oklüzyon Hem Sol Ana Koroner Girişimi

Abdullah Özçelik

Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kronik total oklüzyon (KTO) 3 ayın üzerinde koroner arter lümeninin tam tıkalı olması ve tıkanma distalinde TIMI 0 akım bulunmasıdır. KTO peruktan koroner girişimleri (PKG) rutin PKG işlemlerine göre daha karmaşık ve zordur. Önemli sol ana koroner (LMCA) hastalığı da, koroner arter hastalığının çok yüksek riskli bir alt grubu olup, artmış morbidite ve mortalite oranlarının kritik bir göstergesidir. Bu iki kompleks ve zor girişimi eş zamanlı yaparak hastada komplet revaskülarizasyon sağlandı. Vakamızda kontrast madde miktarı ve radyasyon miktarı açısından zaman göz ardı edilmeden çoklu kompleks işlemlerin aynı seansta yapılabileceğini vurgulamak istedik.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve sigara öyküsü olan 55 yaşında kadın hasta göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta unstabil anjina pektoris tanısı ile yatırıldı. Hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Yapılan koroner anjiyografide sol ana koroner arterinde (LMCA) kritik darlık ve sağ koroner arterinde(RCA) KTO izlendi. Hasta konseyde değerlendirildi, koroner arter bypass greft(CABG) kararı verildi. CABG olmayı reddeden hastaya yüksek riskli PKG kararı verildi. RCA KTO lezyonu floppy tel ve pilot 50 tel ile geçilemedi. Pilot 50 tel destek amaçlı sağ ventrikül dalında park edildi. Lezyon mikrokater desteği altında pilot 200 tel ile tel yükseltme yöntemi ile geçildi. Tip-in enjeksiyon ile gerçek lümenide olduğumuz doğrulandı. Sonra 2mmx15mm balon ile predilate edildi, 3mmx38mm ilaç kaplı stent(DES) implante edildi ve 3.5mmx20mm NC balon ile postdilate edildi ve tam açıklık sağlandı. Sonrasında LMCA lezyonuna PKG işlemine geçildi. Sol ön koroner arter(LAD) ve sol Circumfleks arter(LCX) tel ile geçildi, çift telile çalışıldı. Lezyon 3.5mmx15mm NC balon ile predilate edildi. LAD proksimaldenLMCA'ya taşacak şekilde 3.5mmx20mm DES implante edildi. 4mmx08 mm NC ile postdilate edildi, Sonra re-wiring yapıldı. LAD 3.5mmx15mm NC ve LCX de 2.75mmx15mm NC ile kissing balon yapıldı. Sonra LMCA bölgesi 4mmx08mm NC ile 20 atm çıkılarak postdilate edildi, tam açıklık sağlandı. Böylelikle aynı seansta tel yükseltme yöntemi ile RCA CTO PKG ve Provizyonel yöntem ile LMCA PKG işlemi başarılı bir şekilde yapıldı. Şikayetleri geçen ve takipte stabil seyreden hasta, ASA, atorvastatin, tikagrelor tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Zorlu RCA KTO lezyonu, tel yükseltme tekniği ile geçilip, başarılı bir şekilde revaskülarize edildi. Ardından Syntax skoru orta düzey (24) olan hastada LAD-LMCA lezyonu da crossover olarak provizyonel stentleme ile revaskülarize edildi. Hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. 1. ve 3. ay kontrollerinde herhangi bir sorunu yoktu. Semptomları tamamen düzelmişti.

Sonuç olarak, vakamızda da görüldüğü üzere iki zorlu peruktan koroner girişim aynı seansta 1 saat zaman diliminde ve 150 cc opak madde kullanılarak başarılı bir şekilde uygulandı. Gerekli hassasiyet gösterilerek seçilmiş vakalarda birden fazla zorlu koroner girişim eş zamanlı yapılabilmektedir.

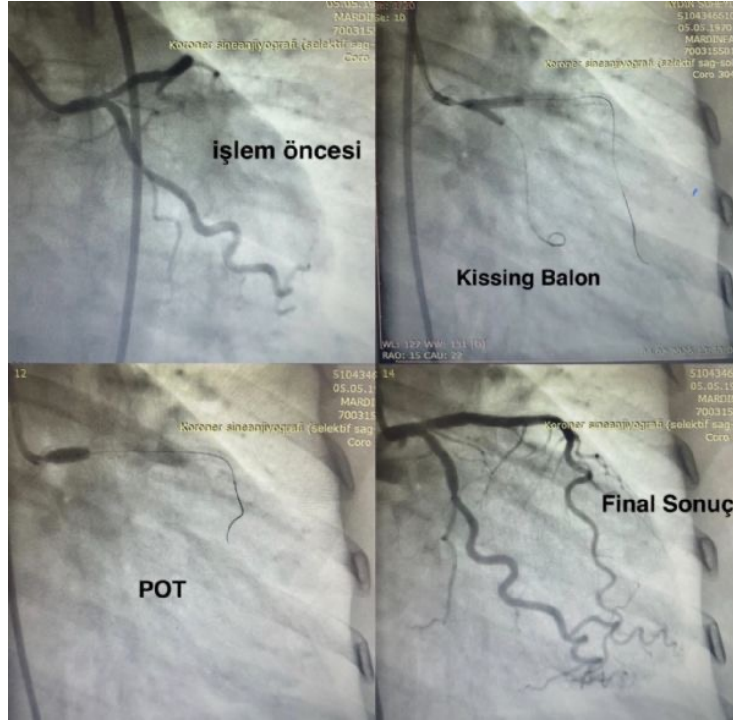
Anahtar Kelimeler: KTO, tek yükseltme, LMCA, provizyonel, cross over

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

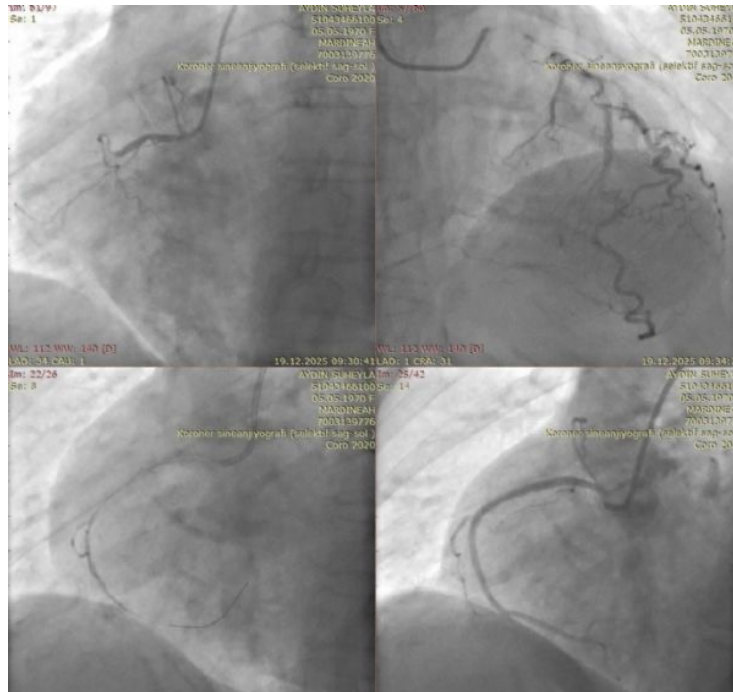
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



LMCA-LAD PCI



RCA CTO PCI





[SS-042]

Çok yüksek trombus yükü olan enfarkt ilişkili arterlerde ultra yavaş alteplaz infüzyonu

Alperen Altınbaş¹, Ufuk Yıldırım²

¹Gazi Devlet Hastanesi, Kardiyoloji, SAMSUN; 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, SAMSUN

²19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, SAMSUN

Amaç: Çok yüksek trombus yükü (ÇYTY) distal embolizasyon, no-reflow ve majör olumsuz kardiyovasküler olaylar açısından akut miyokart enfarktüsü (ME) hastaların yüksek riskli bir alt grubunu oluşturur. Optimal tedavi stratejisinin belirsiz olduğu bu hasta grubunda, ultra yavaş alteplaz infüzyonu ile ertelenmiş stentleme (ES) stratejisinin etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Prospektif gözlemsel olarak tasarlanan bu çalışmaya 30 hasta alındı. Akut ME tanısıyla koroner anjiyografi yapıp enfarkt ilişkili arterde (EİA) ÇYTY saptanan ve operatör tarafından ES stratejisinin uygun görüldüğü hastalara, antegrad akımın mevcut olması ve devam eden iskemik semptomların olmaması koşuluyla, yarı doz (50 mg) ultra yavaş (1 mg/sa) alteplaz infüzyonu verildi. Yip ve arkadaşları tarafından tanımlanan kriterlerden en az 2 tanesinin bulunması ÇYTY olarak tanımlandı. Kontrol anjiyografide TIMI trombus derecesi, lüzum halinde yapılan stentleme sonrası no-reflow gelişimi, ayrıca periprosedürel majör (BARC 3 ve 5) ve minör (BARC 1 ve 2) kanama değerlendirildi.

Bulgular: Kontrol anjiyografide TIMI derece 0, 1 ya da 2 trombus görülmesi olarak tanımlanan protokol başarıları 26 (%86,7) hastada mevcuttu. Dört (%13,3) hastada kontrol anjiyografide TIMI derece 3 trombus görüldü. On beş (%50,0) hastada stentleme ihtiyacı ortadan kalkarken, stentleme yapılan 15 hastanın yalnızca 1 tanesinde no-reflow gelişti. Majör kanama hiçbir hastada görülmezken, 6 (%20,0) hastada minör kanama görüldü.

Sonuç: EİA'da ÇYTY saptanan akut ME hastalarında, antegrad akımın mevcut olması ve devam eden iskemik semptomların olmaması durumunda, yarı doz ultra yavaş alteplaz infüzyonu ile ES stratejisi etkin ve güvenlidir.

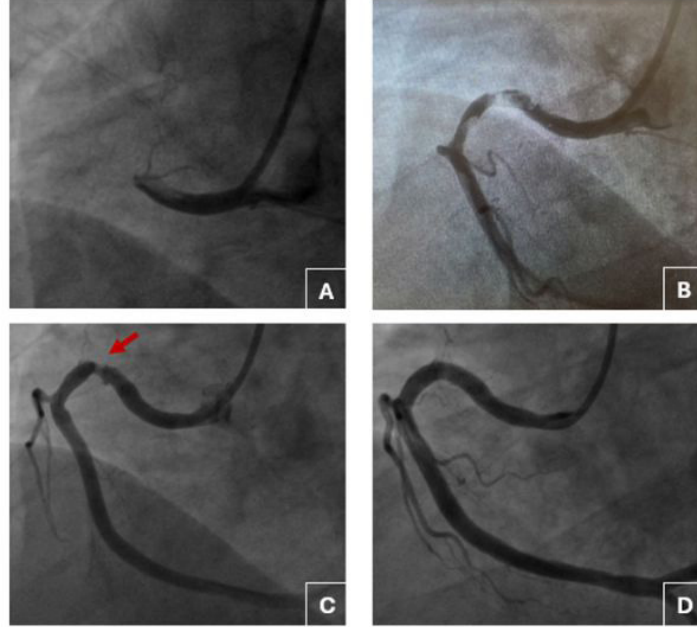
Anahtar Kelimeler: akut miyokart enfarktüsü, alteplaz, çok yüksek trombus yükü, ertelenmiş stentleme, no-reflow

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.

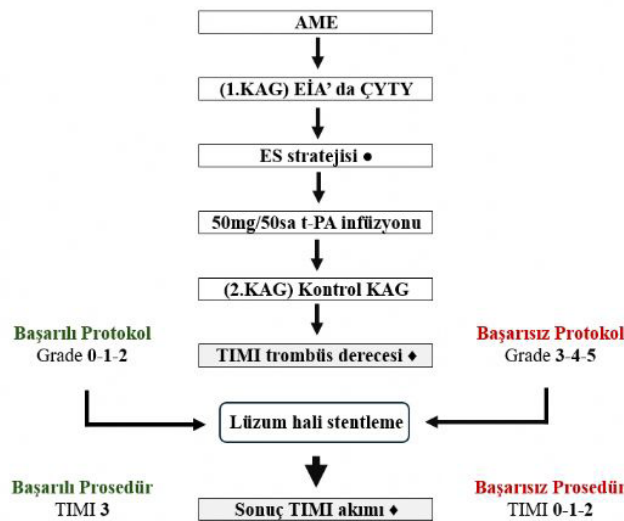


Başarılı protokol olgusu örneği



ÇYTY olan RCA'nın yarı doz ultra yavaş alteplaz ile başarılı yönetimi. A) Total oklüzyon, oklüzyon proksimalinde >5 mm trombüs, RDÇ >4 mm. B) Predilatasyon sonrası antegrad akım sağlandı (TIMI 2). Uzunluğu 20 mm TIMI derece 4 trombüs izlendi. İskemik semptomları olmayan hastaya yarı doz ultra yavaş alteplaz infüzyonu başlandı. C) Kontrol KAG'de %60 darlık ve 2 mm uzunluğunda rezidü TIMI derece 2 trombüs saptandı (kırmızı ok). Protokol başarısına ulaşıldı. D) 4x32 mm İSS implante edildi, ardından 5x20 mm NC ile postdilate edildi. İşlem sonunda TIMI 3 akım ve MBG 3 elde edildi, sonuç optimaldi. Teknik başarıya ulaşıldı. Hastanın yatışı süresince MACE gelişmedi, prosedürel başarıya ulaşıldı.

Çalışma yönteminin algoritması



Çalışma yönetiminin algoritması.

AME, akut miyokart enfarktüsü; EİA, enfarkt ilişkili arter; ES, ertelenmiş stentleme; KAG, kontrol koroner anjiyografi; t-PA, doku plazminojen aktivatörü(alteplaz); TIMI, Thrombolysis In Myocardial Infarction. • Anterograd stabil akımın (TIMI 2-3) sağlanması şartıyla. ♦ Primer sonlanım noktaları



[SS-043]

Kalp Yetmezliğinde SGLT-2 İnhibitör Tedavisinin Kardiyohepatik Etkileri: Fibrosis-4 İndeksi ile Değerlendirme

Meltem Altınsoy, Tuğba Kayhan Altuner

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Ankara

Amaç: Kalp yetmezliği, kronik venöz konjesyon, azalmış hepatik perfüzyon ve sistemik inflamasyon yoluyla karaciğer fibrozisine katkıda bulunabilen multisistemik bir hastalıktır. Fibrosis-4 (FIB-4) indeksi, karaciğer fibrozisini değerlendirmede kullanılan basit ve noninvaziv bir belirteçtir. Sodyum-glukoz ko-transporter-2 inhibitörleri (SGLT-2i), kalp yetmezliği tedavisindeki kanıtlanmış yararlarının yanı sıra antifibrotik ve antiinflamatuvar etkiler de gösterebilir. Bu çalışmada, SGLT-2 inhibitörü tedavisinin FIB-4 indeksi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya ayaktan takip edilen 60 kompanse kalp yetmezliği hastası dahil edildi. Hastaların 30'u en az bir yıl süreyle kılavuz önerili tedaviye ek olarak SGLT-2 inhibitörü kullanırken, 30 hasta SGLT-2 inhibitörü dışındaki standart kalp yetmezliği tedavisini almaktaydı. Demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta kayıtlarından elde edildi. FIB-4 indeksi yaş, AST, ALT ve trombosit sayısı kullanılarak hesaplandı. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar uygun parametrik ve nonparametrik testlerle gerçekleştirildi.

Bulgular: Başlangıçta iki grup yaş, cinsiyet, komorbiditeler, ejeksiyon fraksiyonu ve FIB-4 indeksi açısından benzerdi. Bir yıllık takip sonunda SGLT-2 inhibitörü kullanan grupta FIB-4 indeksi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulundu [1,43 (0,96–1,87) vs. 1,88 (1,26–2,65); $p<0,001$]. Ayrıca bu grupta ALT ve AST düzeylerinde azalma, albümin ve hemoglobin düzeylerinde ise artış saptandı (tümü $p<0,05$).

Sonuç: Kronik kalp yetmezliği hastalarında SGLT-2 inhibitörü tedavisi, daha düşük FIB-4 indeksi ile ilişkilidir. Bu bulgu, SGLT-2 inhibitörlerinin kardiyohepatik eksen üzerinde potansiyel antifibrotik etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş ve prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetmezliği, Kardiyohepatik Etkileşim, Karaciğer Fibrozu

Tablo 1. Demografik ve Klinik Özellikler

Değişken	Kontrol Grubu (n=30)	Hasta Grubu (n=30)	p
Yaş, yıl	64 (57–70)	65 (56–72)	0,810
Cinsiyet (Kadın), n (%)	9 (30)	10 (33,3)	0,795
Hipertansiyon, n (%)	27 (90)	26 (86,6)	0,619
Hiperlipidemi, n (%)	24 (80)	23 (76,6)	0,659
Koroner arter hastalığı, n (%)	26(86,6)	24(80)	0,354
Diabetes mellitus, n (%)	25 (83,3)	26 (86,6)	0,781
KOAH, n (%)	12 (40)	14 (46,6)	0,777
ACE-i / ARB kullanımı, n (%)	29(96,6)	29 (96,6)	0,142
Beta-bloker kullanımı, n (%)	23 (76,6)	21 (70)	0,067
MRA kullanımı, n (%)	25 (83,3)	22(73,3)	0,488
Statin kullanımı, n (%)	24 (86,6)	23 (76,6)	0,832

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



İvabradin kullanımı, n (%)	5 (16,6)	5 (16,6)	0,795
Diüretik kullanımı, n (%)	18 (60)	12 (40)	0,029
Antiplatelet kullanımı, n (%)	23 (76,5)	18 (61,5)	0,001
Antikoagülan kullanımı, n (%)	11 (36,6)	19 (63,3)	<0,001
Ejeksiyon fraksiyonu, %	36 (15–65)	35 (10–60)	0,659
Cihaz (ICD/CRT), n (%)	87 (41,6)	54 (34,6)	0,174

Kısaltmalar: ACE = Anjiyotensin dönüştürücü enzim; ARB = Anjiyotensin reseptör blokeri; CRT = Kardiyak resenkronizasyon tedavisi; ICD = İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör; KOAH=Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı; MRA = Mineralokortikoid reseptör antagonisti



[SS-044]

Aort darlığında koagülasyon bozuklukları: Hastalık ciddiyeti, kanama ve klinik sonuçlarıyla ilişkisi

Mirac Tonyalı¹, Derya Baykız¹, Elif Ayduk Gövdeli², Abdurrahman Fatih Aydın³, Aytaç Öncül¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Royal Brompton Hospital, London, United Kingdom

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Aort darlığında (AD) görülen kanama diyatezi sıklıkla edinilmiş Tip 2A von Willebrand hastalığı ile ilişkilendirilmekle birlikte, altta yatan mekanizmalar tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmada von Willebrand faktör antijeni (vWFag), von Willebrand faktör aktivitesi (vWF:ac), Faktör VIII düzeyi ve ilişkili oranların AD ciddiyeti, etiyolojisi, kanama öyküsü ve klinik sonuçlarıyla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Prospektif gözlemsel olarak tasarlanan çalışmaya 48 aort darlığı hastası ve 30 kontrol olmak üzere toplam 78 katılımcı dahil edildi. Tüm katılımcılarda vWFag, vWF:ac, Faktör VIII düzeyi, vWF:ac/vWFag ve Faktör VIII/vWFag oranları değerlendirildi. Aort darlığı hastaları hastalık ciddiyeti, etiyoloji ve kanama öyküsüne göre alt gruplara ayrıldı. Primer sonuçlar mortalite ve klinik olarak anlamlı kanamanın birleşimi olarak tanımlandı.

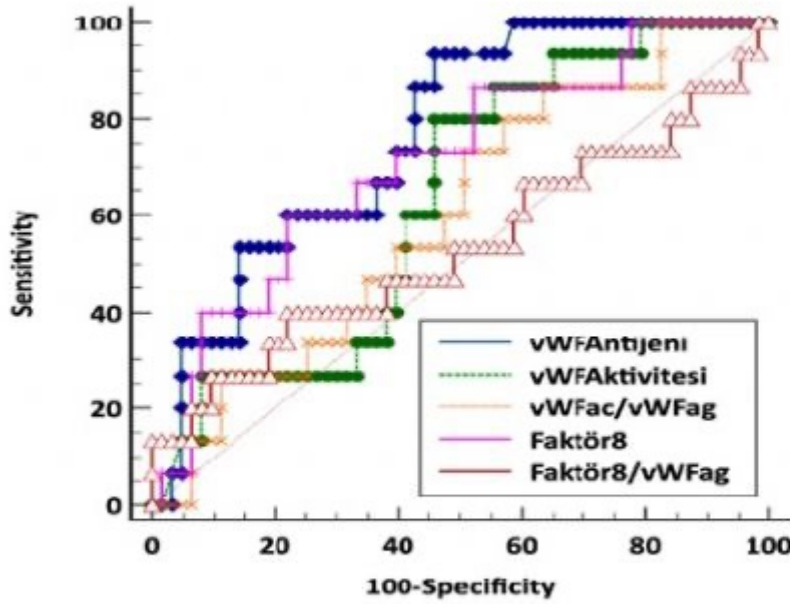
Bulgular: vWFag düzeyi AD grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu ($p=0,031$). Buna karşılık vWF:ac/vWFag oranı AD hastalarında anlamlı olarak daha düşüktü ($0,94\pm0,3$ vs. $1,21\pm0,3$; $p<0,001$). Bu oran hem hafif hem de ciddi AD alt gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptandı ($p<0,001$). Etiyolojiden bağımsız olarak tüm AD gruplarında vWF:ac/vWFag oranı kontrol grubuna göre daha düşüktü ($p<0,001$). Kanama öyküsü olmayan AD hastalarında vWF:ac düzeyi ve vWF:ac/vWFag oranı kontrol grubuna göre daha düşük bulundu ($p<0,05$). ROC analizinde vWFag $>121,7$ ve Faktör VIII $>136,7$ değerleri mortalite ve kanamanın birleşiminden oluşan primer sonlanımı sırasıyla %73,3 duyarlılık ve %60,3 özgüllük ile öngördü.

Sonuç: Aort darlığında koagülasyon parametrelerinde anlamlı değişiklikler saptanmasına rağmen bulgular edinilmiş Tip 2A von Willebrand hastalığı ile tam uyum göstermemektedir. Koagülasyon bozuklukları yalnızca ileri evre hastalıkla sınırlı görünmemekte olup farklı darlık ciddiyetlerinde de izlenebilmektedir. Ayrıca vWF antijen ve Faktör VIII düzeyleri yalnızca kanama riski ile değil, klinik sonuçlarıyla da ilişkili bulunmuş ve prognostik belirteç olarak kullanılabileceklerini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aort Darlığı, Edinsel Koagülopati, Heyde Sendromu, Kalp Kapak Hastalığı, von Willebrand Faktörü

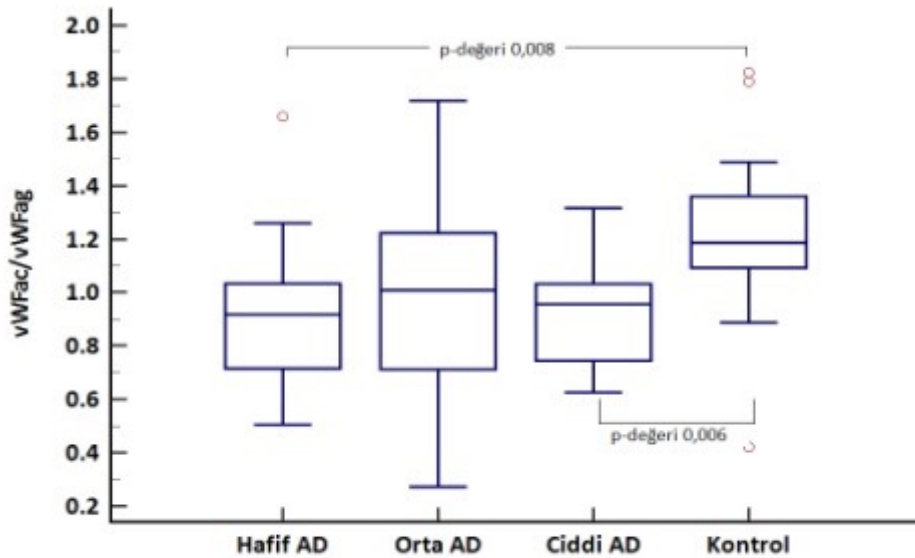


ROC eğri analizine göre vWFag, vWFac, Faktör 8 düzeylerinin ve vWFac/vWFag, fVIII/vWFag oranlarının primer sonlanımı ön görmeye sensitivite ve spesifiteleri



Şekil 2: ROC eğri analizine göre vWFag, vWFac, Faktör 8 düzeylerinin ve vWFac/vWFag, fVIII/vWFag oranlarının primer sonlanımı ön görmeye sensitivite ve spesifiteleri

vWFac/vWFag oranının hafif, orta, ciddi AD alt grupları arasında incelenmesi



Şekil 1: vWFac/vWFag oranının hafif, orta, ciddi AD alt grupları arasında incelenmesi



[SS-045]

Salyangozu Andıran Tromboze Lezyon: İnför Miyokard Enfarktüsü ve AV Tam Blok ile Seyreden Yoğun Koroner Trombüs Olgusu

Erkan Çeçen, Mehmet Ali Kobat, Erkan Yıldırım, Murat Harman, Alperen Öztürk, Harun Recep Narçiçeği
Fırat Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Bu olguda, inferior ST elevasyonlu miyokard infarktüsü ile başvuran, yoğun RCA trombüs yükü, anevrizmatik damar yapısı, hemodinamik instabilite ve persistan tam AV blok ile seyreden kompleks bir hastada uygulanan aşamalı perkütan koroner girişim ve ritim yönetimi stratejisinin sunulması amaçlandı.

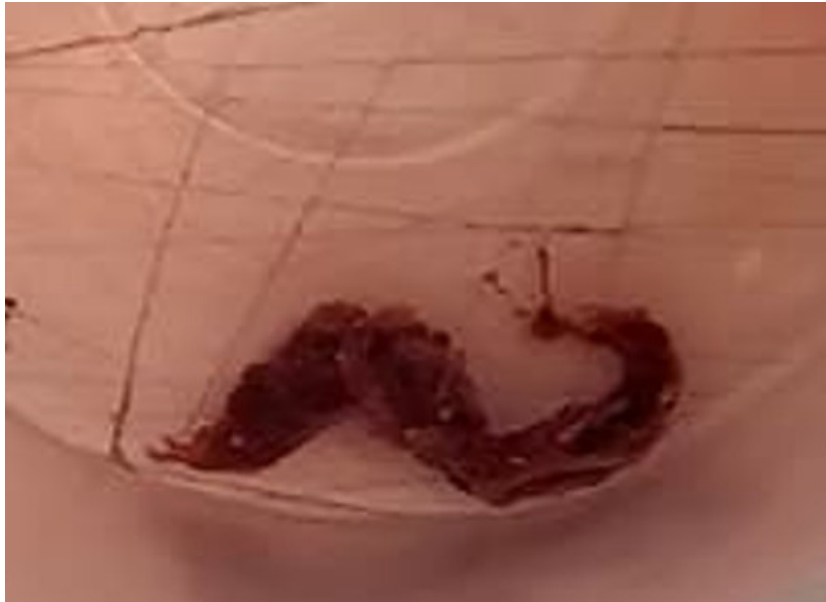
Yöntem: Göğüs ağrısı ve hemodinamik instabilite ile başvuran 49 yaşındaki erkek hastada koroner anjiyografi yapıldı. RCA mid segmentinde yoğun trombüs yükü ve akım kısıtlılığı saptanması üzerine önce radial girişim denenmiş, yeterli kılavuz desteği sağlanamaması nedeniyle femoral yaklaşıma geçilmiştir. Tam AV blok nedeniyle geçici transvenöz pacemaker yerleştirilmiş; intrakoroner abciximab, adenozin ve nitrat uygulanmış, ardından trombüs aspirasyonu, balon predilatasyon ve ilaç salınlı stent implantasyonu gerçekleştirilmiştir. Devam eden iskemi nedeniyle ikinci seansta RCA ostiumuna ek stent uygulanmış; persistan AV blok ve NSVT atakları nedeniyle DR-ICD implantasyonu yapılmıştır.

Bulgular: İlk girişimde mid-RCA'daki yoğun ve organize trombüs materyali aspire edilmiş, distal akımda belirgin iyileşme sağlanmış ve 4.0 × 38 mm ilaç salınlı stent implante edilmiştir. İşlem sonrası distal akım TIMI 2–3 düzeyine ulaşmıştır. Post-PCI ikinci günde persistan ST elevasyonu ve dirençli göğüs ağrısı nedeniyle yapılan kontrol anjiyografide RCA ostial darlığı saptanmış ve 4.0 × 23 mm ilaç salınlı stent implante edilmiştir. Takipte tam AV blok gerilememiş ve NSVT atakları izlenmiş; bu nedenle DR-ICD implantasyonu yapılmıştır. Hasta dual antiplatelet tedavi altında klinik ve hemodinamik olarak stabil şekilde taburcu edilmiştir.

Sonuç: Yoğun trombüs yükü, no-reflow fenomeni, anevrizmatik RCA yapısı ve tam AV blok ile seyreden inferior STEMI olguları yüksek riskli ve dinamik yönetim gerektiren klinik tablolardır. Bu olguda aşamalı revaskülarizasyon, seçilmiş trombüs aspirasyonu, güçlü antitrombotik tedavi, geçici pacing ve kalıcı cihaz tedavisini içeren multidisipliner yaklaşım başarılı klinik sonuç sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Atriyoventriküler Blok, DR-ICD, RCA Primer Perkütan Koroner Girişim, STEMI, Yoğun Trombüs

Şekil 5



Salyangoz benzeri trombüs

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Şekil 6



Salyangoz benzeri trombüs



[SS-046]

Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası Düşük Diyastolik Kan Basıncının No-Reflow Gelişimi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi

Hüseyin Odabaşı¹, Cem Korucu²

¹S.B.Ü. Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

²Suruç Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç:Koroner perfüzyonun büyük bölümü diyastol sırasında gerçekleşmektedir. ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) nedeniyle primer perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan hastalarda işlem sonrası düşük diyastolik kan basıncının (DKB) koroner mikrovasküler perfüzyon üzerindeki etkisi tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada primer PKG sonrası düşük DKB ile no-reflow fenomeni ve kısa dönem klinik sonuçlar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2023–Aralık 2025 tarihleri arasında STEMI tanısıyla primer PKG uygulanan 75 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar işlem sonrası ilk 24 saat içerisindeki ortalama DKB değerlerine göre iki gruba ayrıldı: düşük DKB (<70 mmHg, n=31) ve normal DKB (≥70 mmHg, n=44). Demografik özellikler, laboratuvar verileri, anjiyografik bulgular ve klinik sonuçlar karşılaştırıldı. Primer sonlanım noktası no-reflow gelişimi olarak belirlendi. Sekonder sonlanım noktaları hastane içi mortalite ve majör advers kardiyovasküler olaylar (MACE) olarak tanımlandı.

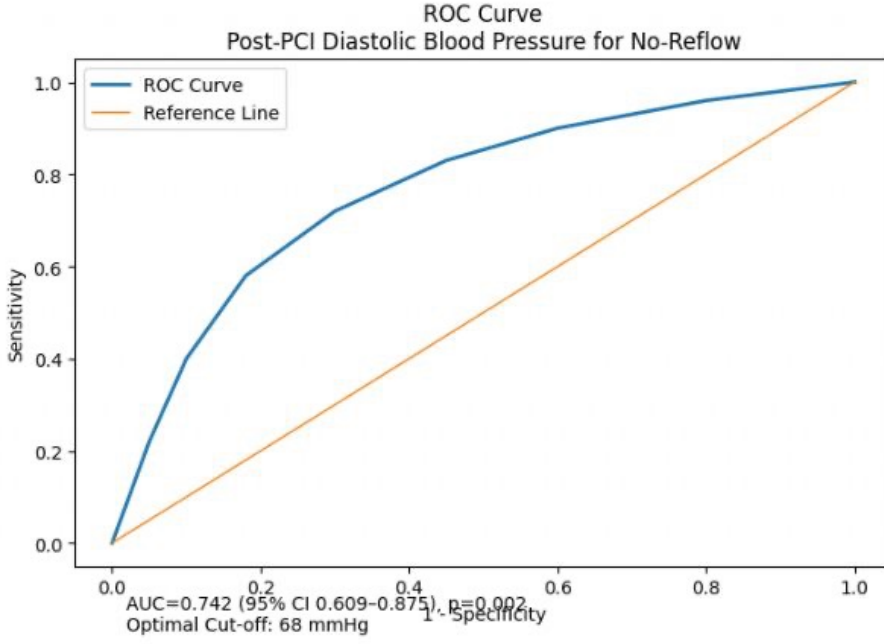
Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 61,8±11,7 yıl olup %77,3'ü erkekti. Düşük DKB grubunda no-reflow sıklığı normal DKB grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti (%29,0'a karşı %9,1; p=0,024). ST-segment rezolüsyonu <%70 olan hasta oranı düşük DKB grubunda daha fazlaydı (%45,2'ye karşı %20,5; p=0,019). Hastane içi mortalite düşük DKB grubunda %9,7, normal DKB grubunda %2,3 olarak saptandı (p=0,164). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde düşük DKB, no-reflow gelişiminin bağımsız belirleyicisi olarak bulundu (OR: 3,41; %95 CI: 1,12–10,38; p=0,031). ROC analizinde no-reflow gelişimini öngören en uygun DKB eşik değeri 68 mmHg olarak belirlendi (AUC=0,74; %95 CI: 0,62–0,86; p=0,002).

Sonuç: Primer PKG sonrası düşük diyastolik kan basıncı, STEMI hastalarında no-reflow gelişimi ve yetersiz miyokardiyal reperfüzyon ile ilişkili bulunmuştur. Diyastolik kan basıncının yakın izlenmesi ve korunması, mikrovasküler perfüzyonun iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Daha geniş ölçekli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: STEMI, primer perkütan koroner girişim, diyastolik kan basıncı, no-reflow, mikrovasküler perfüzyon



Şekil 1 – ROC Eğrisi



Primer PCI sonrası ortalama diyastolik kan basıncının no-reflow gelişimini öngörmedeki performansını gösteren ROC eğrisi. Eğri altında kalan alan (AUC) 0,742 olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). No-reflow gelişimini öngörmeye en uygun eşik değeri 68 mmHg olarak belirlenmiştir.

Şekil 2 – Multivariable Lojistik Regresyon

Variable	OR	95% CI	p
DBP <70 mmHg	3.41	1.12-10.38	0.031
Anterior STEMI	2.76	1.01-7.52	0.047
Multivessel disease	2.14	0.83-5.52	0.115
Diabetes mellitus	1.88	0.72-4.89	0.194
Age	1.03	0.99-1.07	0.118

Binary Logistic Regression Analysis for Predictors of No-Reflow

Model Chi-square=12.8 Nagelkerke $R^2=0.28$ Hosmer-Lemeshow $p=0.61$

No-reflow gelişiminin bağımsız belirleyicilerini gösteren çok değişkenli lojistik regresyon analizi. İşlem sonrası diyastolik kan basıncının 70 mmHg'nin altında olması, no-reflow gelişimi için bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır (OR: 3,41; %95 CI: 1,12-10,38; $p=0,031$).



[SS-047]

Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası TIMI Frame Count Değerinin Sol Ventrikül Global Longitudinal Strain Ve Erken Dönem Miyokardiyal Fonksiyonlar İle İlişkisi

Eyyup Tusun¹, Cem Korucu²

¹S.B.Ü. Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

²Suruç Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: TIMI Frame Count (TFC), primer perkütan koroner girişim (PCI) sonrasında epikardiyal koroner akımın kantitatif değerlendirilmesini sağlayan basit ve tekrarlanabilir bir yöntemdir. Ancak başarılı revaskülarizasyona rağmen mikrovasküler reperfüzyon bozukluğu devam edebilmektedir. Bu çalışmada primer PCI sonrası ölçülen TFC değerinin sol ventrikül global longitudinal strain (GLS) ve erken dönem sol ventrikül fonksiyonları ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2024-Aralık 2025 tarihleri arasında STEMI tanısıyla primer PCI uygulanan ve işlem sonunda TIMI 3 akım elde edilen 48 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. TFC değerleri Gibson yöntemi kullanılarak hesaplandı. Transtorasik ekokardiyografi işlem sonrası ilk 48 saat içerisinde gerçekleştirildi ve speckle-tracking yöntemiyle GLS ölçüldü. Hastalar medyan TFC değerine göre iki gruba ayrıldı ve primer sonlanım noktası GLS değeri olarak belirlendi.

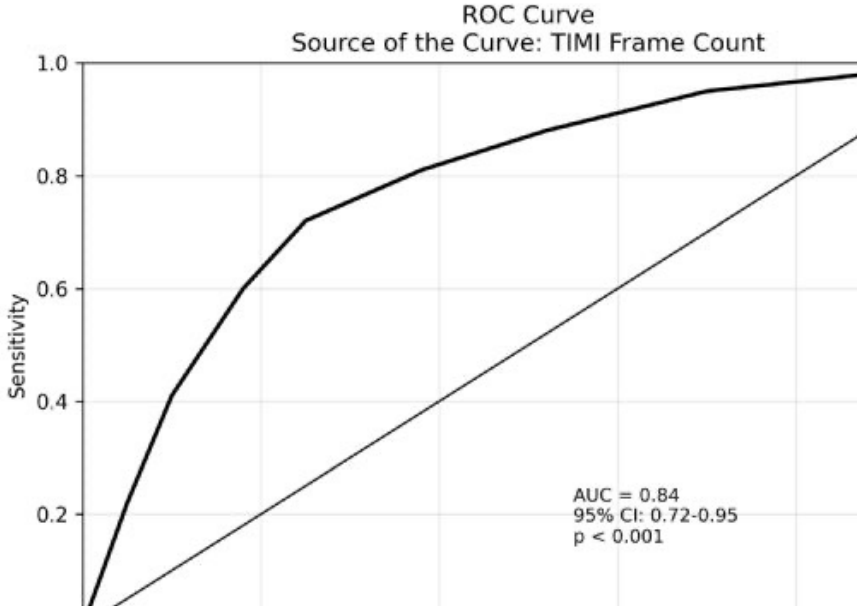
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 48 hastanın yaş ortalaması 59.8±10.7 yıl olup, %79.2'si erkekti. Ortalama TFC değeri 24.6±8.1 kare olarak bulundu. Yüksek TFC grubunda GLS değerleri anlamlı olarak daha kötüydü (-13.8±2.7%'ye karşı -17.1±2.9%, p<0.001). Benzer şekilde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu yüksek TFC grubunda daha düşüktü (%45.2±7.6'ya karşı %52.8±6.9, p=0.002). Pearson korelasyon analizinde TFC ile GLS arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0.63, p<0.001). TFC ile LVEF arasında ise anlamlı negatif korelasyon mevcuttu (r=-0.51, p<0.001). ROC analizinde TFC'nin bozulmuş miyokardiyal fonksiyonu (GLS > -15%) öngörmesindeki eğri altında kalan alan 0.84 (95% CI: 0.72-0.95; p<0.001) olarak bulundu. En uygun eşik değerin 27 kare olduğu saptandı (%81 duyarlılık, %78 özgüllük). Çok değişkenli lineer regresyon analizinde yaş, diyabetes mellitus, enfarkt lokalizasyonu ve pik troponin düzeyleri için düzeltme yapıldıktan sonra TFC, GLS'nin bağımsız belirleyicisi olarak kaldı (β=0.47, p=0.004). Restricted cubic spline analizinde TFC ile GLS arasında doğrusal olmayan anlamlı ilişki saptandı (Pnon-linear=0.021). Özellikle 28 kare üzerindeki TFC değerlerinde GLS'de belirgin kötüleşme gözlemlendi.

Sonuç: Primer PCI sonrası yüksek TIMI Frame Count değerleri daha kötü global longitudinal strain ve bozulmuş sol ventrikül fonksiyonları ile ilişkilidir. TFC, STEMI hastalarında mikrovasküler reperfüzyonun değerlendirilmesinde ve erken dönem subklinik miyokardiyal disfonksiyonun öngörülmesinde yararlı ve kolay uygulanabilir bir parametre olabilir.

Anahtar Kelimeler: STEMI, TIMI Frame Count, Global Longitudinal Strain, Primer PCI, Mikrovasküler Reperfüzyon

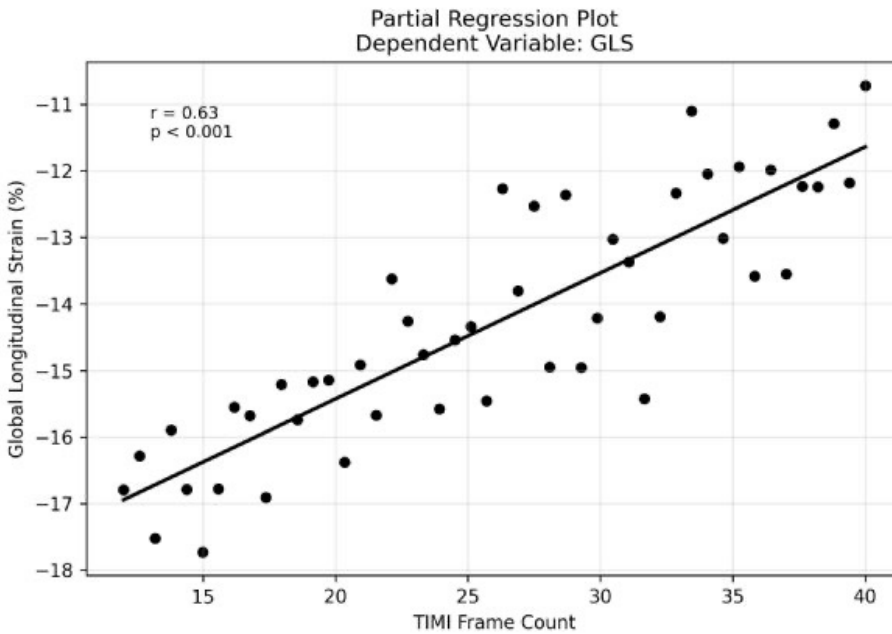


Şekil 1 ROC Curve: TIMI Frame Count'ın Bozulmuş GLS'yi Öngörmedeki Tanısal Performansı



Primer PCI sonrası ölçülen TIMI Frame Count değerinin bozulmuş miyokardiyal fonksiyonu (GLS > -15%) öngörmedeki tanısal performansını gösteren ROC eğrisi. Eğri altında kalan alan (AUC) 0,84 (%95 CI: 0,72–0,95; $p < 0,001$) olarak saptanmıştır. TIMI Frame Count için en uygun eşik değeri 27 kare olup %81 duyarlılık ve %78 özgüllük sağlamıştır.

Şekil 2: TIMI Frame Count ile Global Longitudinal Strain Arasındaki İlişki



TIMI Frame Count ile Global Longitudinal Strain arasındaki ilişkiyi gösteren parsiyel regresyon grafiği. TIMI Frame Count arttıkça GLS değerlerinde anlamlı kötüleşme izlenmiştir ($r=0,63$; $p < 0,001$). Bu bulgu yüksek TIMI Frame Count değerlerinin daha belirgin subklinik sol ventrikül disfonksiyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir.



[SS-048]

İskemik İnme Hastalarında Aort İntima-Media Kalınlığının Transözofageal Ekokardiyografi ile Değerlendirilmesi

Murat Gençaslan

ADANA ŞEHİR HASTANESİ

Amaç (Arka Plan): Aort ateroskleroza, iskemik inme için kabul görmüş bir risk faktörüdür. Ancak transözofageal ekokardiyografi (TEE) ile değerlendirilen aort intima-media kalınlığının (İMK) tanısal değeri yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı; aort İMK, aort plak yükü ve iskemik inme arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Bu vaka-kontrol çalışmasına 50 iskemik inme hastası ve 50 kontrol subjesinden oluşan toplam 100 kişi dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara kapsamlı TEE incelemesi yapılmıştır. Çıkan ve inen aort İMK ölçümleri elde edilmiş ve aort plaklarının varlığı kaydedilmiştir. Gruplar arasında klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik parametreler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: İskemik inmeli hastalar, kontrollere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek çıkan aort İMK (2.29 ± 0.64 mm ve 1.55 ± 0.38 mm, $p < 0.001$) ve inen aort İMK (2.44 ± 0.66 mm ve 1.66 ± 0.39 mm, $p < 0.001$) göstermiştir. Çıkan aort plakları inme hastalarının %69'unda ve kontrollerin %20'sinde saptanırken ($p < 0.001$), inen aort plakları sırasıyla %78 ve %24 oranında mevcut bulunmuştur ($p < 0.001$). Laboratuvar analizleri, inme grubunda CRP düzeylerinin anlamlı derecede yüksek (9.18 ± 5.57 mg/L ve 4.09 ± 2.37 mg/L, $p < 0.001$), albümin düzeylerinin ise anlamlı derecede düşük (38.35 ± 3.62 g/L ve 41.92 ± 3.64 g/L, $p < 0.001$) olduğunu ortaya koymuştur. ROC analizi, hem çıkan aort İMK (AUC=0.917) hem de inen aort İMK (AUC=0.917) için mükemmel bir ayırt edici performans göstermiştir. İnen aort İMK için 2.07 mm'lik bir kestirim (cut-off) değeri, iskemik inme hastalarını belirlemede %84 sensitivite (duyarlılık) ve %94 spesifisite (özgüllük) sağlamıştır.

Sonuç: TEE ile ölçülen aort İMK ve aort plak yükü, iskemik inme hastalarında anlamlı derecede artış göstermektedir. Ayrıca, sistemik inflamatuvar ve nutrisyonel belirteçler (özellikle yüksek CRP ve düşük albümin düzeyleri) bu hastalarda iskemik inme ile belirgin şekilde ilişkilidir. Aort İMK mükemmel bir tanısal performans sergilemekte olup, artmış serebrovasküler riske sahip hastaların belirlenmesinde değerli bir belirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: AORT İNTİMA MEDIA KALINLIĞI, İSKEMİK İNME, AORT PLAK YÜKÜ

Demografik ve Klinik Özellikler

Değişken	İnme (n=50)	Kontrol (n=50)	p
Yaş (yıl)	65.2 ± 8.2	62.2 ± 10.2	0.111
Erkek cinsiyet, n (%)	32 (%64)	26 (%52)	0.311
Hipertansiyon, n (%)	36 (%72)	13 (%26)	<0.001
Diyabetes Mellitus, n (%)	17 (%34)	13 (%26)	0.388
Sigara, n (%)	15 (%30)	11 (%22)	0.494
Hiperlipidemi, n (%)	27 (%54)	11 (%22)	0.002



[SS-049]

Sol Atriyal Kompresyon ile Prezente Olan Torakal Aort Anevrizması: TEVAR ile Endovasküler Yönetim

Zeynep Esra Güner¹, Cemre Turgul², Ömer Çelik³

¹Uzunköprü Devlet Hastanesi

²Kayseri Şehir Hastanesi

³İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Torakal aort anevrizmaları genellikle asemptomatik olup nadiren komşu kardiyak yapılara bası oluşturarak atipik prezentasyonlara yol açabilir. Sol atriyal kompresyon bunlardan biridir.

Olgu Sunumu: Elli altı yaşında erkek hasta kontrolsüz hipertansiyon nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayene ve elektrokardiyografide akut patoloji saptanmadı. Kardiyak yapıların değerlendirilmesi amacıyla TTE yapıldı

TTE’de sol atriyum posterior duvarında dıştan basıya bağlı belirgin daralma ve kavite hacminde azalma izlendi. (Video 1) Bu bulgular üzerine ekstrakardiyak kompresyon olasılığı düşünülerek ileri görüntüleme planlandı.

Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde, desendan torakal aortada belirgin anevrizmatik dilatasyon izlendi. Anevrizmanın maksimum çapı artmış olup sol atriyum posterior duvarına belirgin ekstrasik bası oluşturduğu ve sol atriyal kaviteyi anteriora doğru deplase ettiği gözlemlendi. (Resim 1) Ruptür bulgusu veya disseksiyon lehine bulgu saptanmadı. (Video 2)

Vaka multidisipliner kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi konseyi tarafından değerlendirildi. Anatomik uygunluk göz önünde bulundurularak hastaya TEVAR planlandı.

İşlem genel anestezi altında gerçekleştirildi. Sol femoral artere 6F sheath yerleştirildi. Sağ ana femoral arter (CFA) perkütan olarak girilerek pre-close tekniği ile iki adet ProGlide yerleştirildi. Sol femoral arterden ilerletilen pigtail kateter aracılığıyla asendan aortaya ulaşılarak referans anjiyografi yapıldı. Sağ femoral yaklaşımla diagnostik kateter ve hidrofilik kılavuz tel yardımıyla asendan aortaya geçildi ve ardından stiff destek kılavuz tel ile değişim sağlandı.

Proksimal landing zone’un sol subklavian arter distalinde olacak şekilde 38×38×200 mm torasik stent greft hizalanarak implante edildi. Distal uzanımın tam kapatılması amacıyla 46×46×200 mm ikinci torasik stent greft, çöliak trunkus proksimaline kadar uzatılarak yerleştirildi. Kontrol anjiyografisinde stent greftlerin tam ekspansiyon gösterdiği, supra-aortik ve visseral ana dalların patent olduğu ve endoleak izlenmediği doğrulandı. (Video 3). Sağ femoral giriş yeri ProGlide sistemi ile başarıyla kapatıldı.

İşlem sonrası erken dönem kontrol görüntülemelerinde stent greftin doğru pozisyonunda olduğu ve anevrizmatik segmentin başarılı şekilde eksklüde edildiği izlendi. Postoperatif TTE’de desendan torakal aort komşuluğunda TEVAR’a ait stent greft materyali ve anevrizma kesesine ait ekojen yapılar görüntülendi. (Video 4). Sol atriya olan ekstrasik basının erken dönemde belirgin değişiklik göstermediği izlendi.

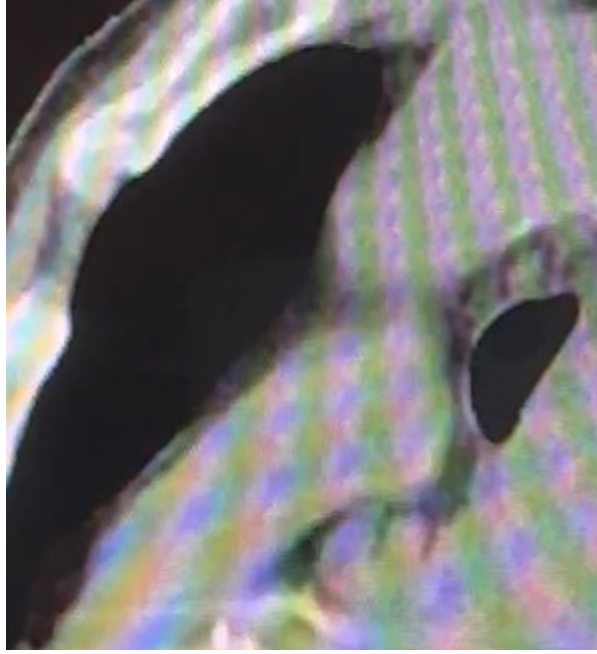
Hastanın hemodinamik parametreleri stabil seyretti. Klinik izlem sürecinde semptomlarında progresyon gözlenmedi ve periprocedural komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Torakal aort anevrizmasına bağlı sol atriyal kompresyon nadir görülmekle birlikte, açıklanamayan kardiyak semptomlar varlığında ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Uygun anatomik değerlendirme sonrası TEVAR, hem anatomik hem klinik iyileşme sağlayan etkili ve minimal invaziv bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Torakal aort anevrizması, sol atriyal kompresyon, TEVAR, endovasküler onarım



Şekil 1



Toraks BT sagittal kesitte desendan torakal aortada belirgin anevrizmatik dilatasyonun sol atriyum posterior duvarına ekstrasik basısı

Şekil 2



Postoperatif transtorasik ekokardiyografide desendan torakal aort düzeyinde TEVAR'a ait stent greft materyali ve anevrizma kesesi



[SS-050]

Koroner Sinüs Yan Dalına Sol Ventrikül Elektrodu Yerleştirilmesinde Ortodromik Snare Tekniğinin Kullanımı: Olgu Sunumu

Kadir Şeker, Bayram Ali Uysal

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Kardiyak resenkronizasyon tedavisinde (CRT) sol ventrikül (LV) elektrodunun hedef koroner ven dalına başarılı yerleştirilmesi, tedavinin etkinliği açısından kritik öneme sahiptir. Ancak koroner ven anatomisindeki zorluklar nedeniyle standart yöntemlerle LV elektrodu implantasyonu her zaman mümkün olmayabilmektedir. Bu olgu sunumunda, zorlu koroner ven anatomisi nedeniyle standart tekniklerle ilerletilemeyen LV elektrodunun ortodromik snare destekli yöntem kullanılarak başarılı şekilde yerleştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 70 yaşında, diyabetes mellitus, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği ve geçirilmiş iskemik serebrovasküler olay tanıları bulunan; 2010 yılında koroner arter bypass greftleme ve 2025 yılında CX-OM2 bifürkasyon perkütan koroner girişim öyküsü olan erkek hasta, son bir ayda artan nefes darlığı, efor kapasitesinde azalma ve alt ekstremitte ödemi nedeniyle değerlendirildi. Optimal medikal tedavi alan hastaya yapılan ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %30 olarak saptandı. Elektrokardiyogramda (Şekil 1) sol dal bloğu paterni izlendi ve QRS süresi 144 ms olarak görüldü. Hastaya CRT-D implantasyonu planlandı. Koroner sinüs içine kateter yerleştirilip venografi yapıldı. İşlem sırasında hedef koroner ven dalına standart yöntemlerle LV elektrodu ilerletilemedi. Koroner sinüdeki bu anatomik zorluk nedeniyle koroner venler arasındaki kolleteraller belirlendi. Ardından 0.014" guidewire ile antegrad olarak bu kollateral venlerden geçildi ve tekrar koroner sinüse ulaşıp sağ atriya ulaşıldı. Bu şekilde bir loop oluşturulmuş oldu. Ardından bu telin distal ucu başka bir kateterden gönderilen SNARE ile yakalandı (Şekil 2) ve sabitlenerek gergin ve stabil bir hat oluşturuldu. Ardından koroner sinüs leadi bu guidewire üzerinden gönderilerek hedef bölgeye ulaştırılıp sabitlendi.

Bulgular: Ortodromik snare destekli teknik sayesinde hedef koroner ven dalına başarılı LV elektrodu implantasyonu gerçekleştirildi. İşlem sırasında majör komplikasyon gelişmedi. Elektrot stabil pozisyonda yerleştirildi ve uygun elektriksel parametreler elde edildi. CRT-D sistemi başarıyla tamamlanarak hasta sorunsuz şekilde takip programına alındı.

Sonuç: Snare destekli LV elektrodu implantasyonu, standart yöntemlerin başarısız olduğu zorlu koroner ven anatomilerinde güvenli ve etkili bir alternatif olarak kullanılabilir. Özellikle hedef vene erişimin veya elektrot ilerletilmesinin güç olduğu olgularda ortodromik snare tekniği, başarılı CRT implantasyon oranlarını arttıracak değerli bir kurtarma yöntemi olarak değerlendirilmelidir. Bu olgu, uygun hasta seçimi ve deneyimli operatörler tarafından uygulandığında tekniğin yüksek prosedürel başarı sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi, Koroner Sinüs, SNARE

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.





[SS-051]

Akut Dekompanse Kronik Kalp Yetmezliği ile Kronik Kalp Yetmezliğinin Klinik Özellikleri ve Mortalite ile İlişkili Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

Osman Yasin Yalçın¹, Abdulrahman Naser²

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

²Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kırklareli

Amaç: Kalp yetmezliği (KY), farklı fenotipleri ve geniş klinik yelpazesi olan karmaşık bir klinik sendromdur. Bu çalışmanın amacı, akut dekompanse kronik kalp yetmezliği (ADKKY) ile kronik kalp yetmezliği (KKY) hastalarının klinik özelliklerini karşılaştırmak ve her iki grupta bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, tüm ejeksiyon fraksiyonu kategorilerinden toplam 257 kalp yetmezliği hastası dahil edildi; bunların 94'ü ADKKY, 163'ü ise KKY grubundaydı. Klinik ve laboratuvar verileri hastanenin elektronik veri tabanı ve hasta dosyalarından elde edildi. İki grubun klinik özellikleri karşılaştırıldı. Bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalitenin bağımsız belirleyicileri ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: ADKKY hastaları, KKY hastalarına göre anlamlı derecede daha yaşlıydı ve her iki grupta da erkek cinsiyet baskındı. KKY hastalarının boy uzunluğu anlamlı derecede daha fazlaydı. Kalp hızı ADKKY grubunda anlamlı olarak daha yüksekti.

Atriyal fibrilasyon ve koroner arter hastalığı prevalansı KKY grubunda anlamlı derecede daha yüksekti. Serum kreatinin düzeyleri benzer olmasına rağmen, tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ADKKY grubunda anlamlı derecede daha düşüktü.

KKY hastalarına kıyasla ADKKY hastalarında hemoglobin düzeyleri daha düşük, beyaz kan hücresi sayısı ve NT-proBNP düzeyleri ise daha yüksekti. SGLT2 inhibitörü, beta-bloker kullanımı ve kardiyak resenkronizasyon tedavisi uygulama oranları ADKKY grubunda anlamlı derecede daha yüksekti. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu da ADKKY hastalarında anlamlı derecede daha düşüktü.

Bir yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite, ADKKY grubunda KKY grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti.

ADKKY hastalarında düşük eGFR ve inme öyküsü, bir yıllık mortalite ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Buna karşılık, KKY hastalarında nötrofil-lenfosit oranı, kalp hızı, eGFR, atriyal fibrilasyon ve beyaz kan hücresi sayısı mortalitenin bağımsız belirleyicileri olarak saptandı.

Sonuç: Akut dekompanse kronik kalp yetmezliği ile kronik kalp yetmezliği arasında klinik özellikler ve mortalite ile ilişkili risk faktörleri açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle mortalite ile bağımsız ilişkili prognostik risk faktörlerinin belirlenmesi ve optimal şekilde yönetilmesi, kalp yetmezliği hastalarında klinik sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği, akut dekompanse kronik kalp yetmezliği, mortalite, prognostik faktörler

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1. Akut Dekompanse Kronik Kalp Yetmezliği ile Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarının Genel Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Akut Dekompanse KKY (n=94)	KKY (n=163)	P
Kadın cinsiyet, n (%)	35 (37,2)	38 (23,3)	0,017
Yaş	72 (16)	64 (19)	<0,001
Boy	165 (10)	168 (9)	0,003
Kilo	76,5 (18)	76 (14)	0,555
VKİ	27,45 (5,79)	27,10 (4,55)	0,619
Kalp hızı	83 (26)	74 (18)	<0,001
SKB	120 (28)	123 (20)	0,170
DKB	71 (13)	70 (15)	0,822
Atriyal fibrilasyon	7 (7,4)	35 (21,5)	0,003
KOAH	16 (17)	18 (11)	0,173
Sigara kullanımı	9 (9,6)	23 (14,1)	0,289
İnme	12 (12,8)	25 (15,3)	0,572
Diabetes mellitus	28 (28,9)	53 (32,5)	0,650
Koroner arter hastalığı	48 (51,1)	105 (64,4)	0,036
Hipertansiyon	54 (57,4)	88 (54,0)	0,591
AST	26 (21,28)	24 (17)	0,486
ALT	23,75 (26,18)	24 (21,70)	0,555
eGFR	53,74 (35,53)	63,96 (40,13)	0,004
Kreatinin	1,10 (0,50)	1,03 (0,49)	0,105
Hemoglobin	12,45 ± 1,92	13,34 ± 2,00	<0,001
Beyaz kan hücresi	8,32 (4,08)	7,60 (2,29)	0,013
Nötrofil/Lenfosit oranı	2,56 (2,81)	2,65 (1,59)	0,974
Sodyum	138 (5)	138 (4)	0,187
Potasyum	4,48 (0,92)	4,50 (0,70)	0,559
Glukoz	115 (43)	109 (51)	0,495
NT-proBNP	2279 (3747)	1100 (2817)	0,016
ACEİ/ARB kullanımı	78 (83)	139 (85,3)	0,625
MRA kullanımı	47 (50)	93 (57,1)	0,274
SGLT2 inhibitörü kullanımı	38 (40,4)	41 (25,2)	0,011
Beta-bloker kullanımı	92 (97,9)	149 (91,4)	0,039
Optimal medikal tedavi	32 (34)	39 (23)	0,081
ICD	12 (12,8)	16 (9,8)	0,465
CRT	8 (8,5)	3 (1,8)	0,026
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu	30 (13)	35 (18)	0,005
Bir yıllık mortalite	27 (28,7)	25 (15,3)	0,010

Veriler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan (çeyrekler arası aralık) veya n (%) olarak sunulmuştur. Kısaltmalar: KKY, kalp yetersizliği; VKİ, vücut kitle indeksi; SKB, sistolik kan basıncı; DKB, diyastolik kan basıncı; KOAH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı; AST, aspartat aminotransferaz; ALT, alanin aminotransferaz; eGFR, tahmini glomerüler filtrasyon hızı; NT-proBNP, N-terminal pro-B tipi natriüretik peptid; ACEİ, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü; ARB, anjiyotensin reseptör blokleri; MRA, mineralokortikoid reseptör antagonisti; SGLT2, sodyum-glukoz kotransporter-2; ICD, implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör; CRT, kardiyak resenkronizasyon tedavisi.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 2. Akut Dekompense Kronik Kalp Yetersizliği ve Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarında Bir Yıllık Mortalitenin Bağımsız Belirleyicileri

Akut Dekompense Kronik Kalp Yetersizliği				
Değişkenler	Monovaryabl-LR		Multivaryabl-LR	
	OR	p	OR	p
AST	1.023	0.019	-	-
ALT	1.020	0.033	-	-
GFR	0.942	<0.001	0.940	0.001
K (Potasyum)	2.084	0.024	-	-
İnme	10.667	<0.001	8.192	0.014
Kronik Kalp Yetersizliği				
Değişkenler	Monovaryabl-LR		Multivaryabl-LR	
	OR	p	OR	p
NLR (Nötrofil/Lenfosit Oranı)	2.211	<0.001	2.451	0.009
HR (Kalp Hızı)	1.072	<0.001	1.097	0.012
SKB (Sistolik Kan Basıncı)	0.945	<0.001	-	-
DKB (Diastolik Kan Basıncı)	0.917	<0.001	-	-
AST	1.047	<0.001	-	-
ALT	1.032	0.008	-	-
GFR	0.955	<0.001	0.910	0.002
AF (Atriyal Fibrilasyon)	2.712	<0.001	50.039	0.021
İnme	3.349	0.016	-	-
Hg (Hemoglobin)	0.767	0.017	-	-
WBC (Beyaz Kan Hücresi)	1.314	0.009	1.803	0.050
LVEF (Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu)	1.067	<0.001	-	-

Kısaltmalar: OR, odds oranı; LR, lojistik regresyon; AST, aspartat aminotransferaz; ALT, alanin aminotransferaz; eGFR, tahmini glomerüler filtrasyon hızı; NLO, nötrofil/lenfosit oranı; SKB, sistolik kan basıncı; DKB, diyastolik kan basıncı; AF, atriyal fibrilasyon; SVEF, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



[SS-052]

Kronik total okluzyon işlem başarısı ve lezyon zorluğunda kadın cinsiyetin rolü

Bariş Düzel

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kadınlar, kronik total oklüzyon perkütan koroner girişim (CTO-PCI) çalışmalarında yeterince temsil edilmemektedir ve cinsiyetin işlem özellikleri ile klinik sonuçlar üzerindeki etkisi tam olarak ortaya konulamamıştır. Bu çalışmada, CTO-PCI uygulanan hastalarda cinsiyete bağlı lezyon kompleksitesi, girişim stratejileri ve klinik sonuçlardaki farklılıkların değerlendirilmesi amaçlandı.

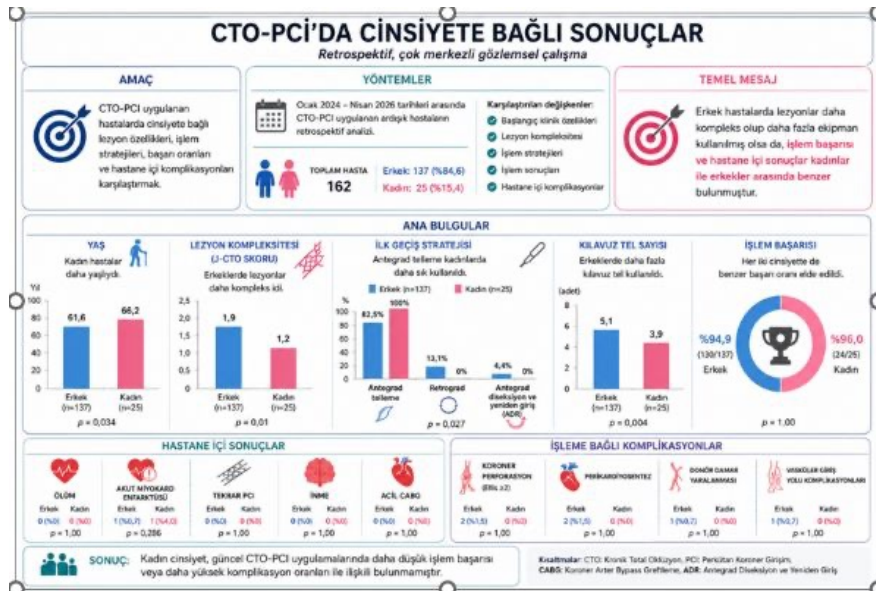
Yöntemler: Ocak 2024 ile Nisan 2026 tarihleri arasında gerçekleştirilen 162 ardışık CTO-PCI işlemi retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar cinsiyete göre gruplandırıldı ve başlangıç klinik özellikleri, lezyon kompleksitesi, işlem stratejileri ve hastane içi sonuçlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 137 erkek (%84,6) ve 25 kadın (%15,4) hasta dahil edildi. Kadınlar erkeklerle göre daha ileri yaşta idi ($66,2 \pm 9,8$ ve $61,6 \pm 10,0$ yıl; $p=0,034$), buna karşın sigara öyküsü erkeklerde anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Erkeklerde J-CTO skorlarının daha yüksek olması nedeniyle lezyon kompleksitesi anlamlı derecede fazlaydı ($1,9 \pm 1,2$ ve $1,2 \pm 1,0$; $p=0,01$), ancak EuroCTO skorları iki grup arasında benzerdi. İlk geçiş stratejisi olarak antegrad telleme kadınlarda daha sık kullanıldı (%100 ve %82,5; $p=0,027$), buna karşılık retrograd yaklaşım sayısal olarak erkeklerde daha fazlaydı. İşlem sırasında kullanılan kılavuz tel sayısı erkeklerde daha yüksekti ($5,1 \pm 2,3$ ve $3,9 \pm 1,5$; $p=0,004$). Bu farklılıklara rağmen teknik başarı (%94,9 ve %96,0; $p=1,0$) ve prosedürel başarı (%94,9 ve %96,0; $p=1,0$) erkekler ve kadınlar arasında benzerdi. Hastane içi majör kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylar ile işleme bağlı komplikasyon oranları düşük olup cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç: Erkek hastalarda lezyon kompleksitesi daha yüksek olmasına ve işlem sırasında daha fazla ekipman kullanılmasına rağmen, CTO-PCI her iki cinsiyette de benzer derecede yüksek başarı oranları ve olumlu hastane içi sonuçlar sağlamıştır. Bu bulgular, güncel CTO-PCI pratiğinde kadın cinsiyetin daha kötü prosedürel sonuçlarla ilişkili olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: CTO: Kronik Total Okluzyon, J-CTO SCORE: Japon kronik total okluzyon puanı, PCI: Perkutan Koroner Girişim

tablo özetleri



genel tablo özetleri



[SS-053]

Akut koroner sendromda serum albumin düzeyi ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişki: Bağımsız bir prediktör mü, yoksa bir epifenomen mi?

Sevinç Aktürk

Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Serum albümin düzeyleri, sistemik inflamasyon ve malnütrisyonun hassas bir göstergesidir. Hipoalbumineminin akut koroner sendromda morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Perel ve arkadaşlarının üçüncü basamak koroner yoğun bakım hastalarında yaptığı çalışmada hipoalbumineminin kötü prognoz ile ilişkili olduğu ve 1 yıllık mortalitenin bağımsız öngördürücüsü olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda serum albumin düzeyleri ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma retrospektif ve tek merkezli olarak planlanmıştır. AKS tanısıyla koroner yoğun bakım ünitesine yatırılan 179 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara ait veriler hastane kayıt sisteminden alınmıştır. Bağımlı değişken olan hastane yatış süresinin sağa çarpık dağılımı nedeniyle analizlerde bağımlı değişkenin logaritması kullanılmıştır. Serum albümin düzeyleri hem sürekli değişken, hem de <3.5 g/dL eşik değerine göre kategorik değişken olarak incelenmiştir. Serum albümin düzeyi ile hastane yatış süresi arasındaki ilişki; Spearman korelasyonu, Wilcoxon testi, tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon modelleriyle analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %75.4'ü erkek, ortalama yaş 62.72 ± 13.05 olup %11.2'sinde hipoalbuminemi saptanmıştır. Medyan hastane yatış süresi 4 gün (IQR: 3–5 gün), medyan serum albumin düzeyi 4.10 g/dL (IQR: 3.8–4.3 g/dL) bulunmuştur. Spearman korelasyon analizinde serum albümin düzeyleri ile hastane yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\rho = -0.105$, $p = 0.159$). Ancak hipoalbuminemi olan ve olmayan iki grubu kıyasladığımızda hipoalbuminemi grubunda medyan hastane yatış süresinin daha uzun olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılık sınırına yaklaşmış, ancak tam olarak ulaşamamıştır ($p = 0.058$). Tekli regresyon modelinde serum albumin düzeyindeki her 1 g/dL'lik düşüşün hastane yatış süresini %13.9 uzattığı görülmüş ($\beta = -0.139$, $p = 0.069$); bu ilişki istatistiksel olarak sınırda anlamlılık düzeyinde kalmıştır. Çok değişkenli modele geçildiğinde ise serum albümin düzeyinin hastane yatış süresi üzerindeki öngördürücü etkisi ortadan kalkmıştır ($\beta = -0.053$, $p = 0.525$). Çok değişkenli modelde, miyokard hasarının boyutunu gösteren troponin düzeylerinin yatış süresi üzerinde bağımsız bir öngördürücü olduğu saptanmıştır ($\beta = -1.2 \times 10^{-5}$, $p = 0.005$).

Sonuç: Padkins ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipoalbumineminin hastane içi ve hastane dışı mortalite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Akut koroner sendromlu hastalarda albumin düzeyi ile yatış süresinin ilişkisini araştıran çalışmada hipoalbuminemi uzun hastanede yatış ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada serum albumin düzeyi hastanede yatış süresinin bağımsız öngördürücüsü olarak saptanmamıştır. Hipoalbuminemi bağımsız bir risk faktörü olmaktan ziyade; geniş infarkt alanı ve akut inflamasyonun bir epifenomenidir.

Anahtar Kelimeler: akut koroner sendrom, albumin, hastane yatış süresi

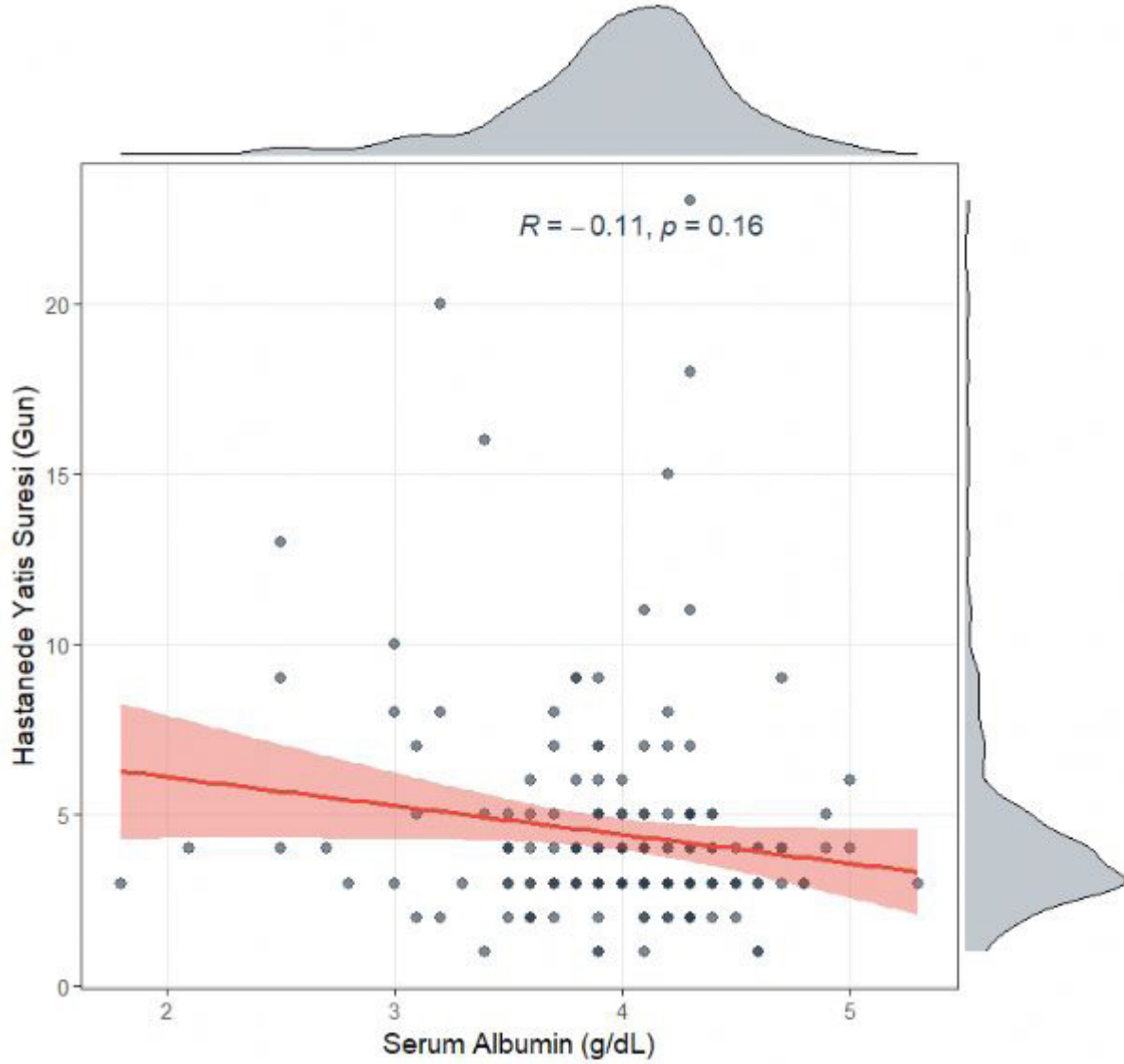
KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Şekil 1

Serum Albumin ve Hastanede Yatis Suresi Iliskisi



Serum albumin düzeyi ile hastane yatış süresi arasındaki ilişki (Spearman korelasyonu)

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1:Hastaların serum albumin düzeyine göre klinik karakteristikleri

Kadin	44 (25%)	5 (25%)	39 (25%)	
Diyabet (DM)				0.141
Var	63 (35%)	10 (50%)	53 (33%)	
Yok	116 (65%)	10 (50%)	106 (67%)	
Hipertansiyon (HT)				0.651
Var	98 (55%)	10 (50%)	88 (55%)	
Yok	81 (45%)	10 (50%)	71 (45%)	
Hiperlipidemi (HL)				>0.999
Var	43 (24%)	5 (25%)	38 (24%)	
Yok	136 (76%)	15 (75%)	121 (76%)	
Ejeksiyon Fraksiyonu (EF, %)	50 (43, 60)	45 (43, 53)	50 (43, 60)	0.050
Hemoglobin (g/dL)	14.10 (12.20, 15.40)	11.05 (9.35, 13.25)	14.30 (12.80, 15.50)	<0.001
Kreatinin (mg/dL)	0.90 (0.77, 1.09)	0.98 (0.70, 1.15)	0.90 (0.78, 1.08)	0.864
C-Reaktif Protein (CRP, mg/L)	0.6 (0.2, 1.3)	1.8 (0.4, 4.3)	0.5 (0.2, 1.1)	0.015
Troponin (U/L)	717 (164, 3,746)	508 (159, 2,751)	744 (164, 4,234)	0.576
Hastanede Yatis Suresi (Gun)	4.00 (3.00, 5.00)	4.50 (3.00, 8.50)	4.00 (3.00, 5.00)	0.059
¹ Median (Q1, Q3); n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test				

Hastaların serum albumin düzeyine göre klinik karakteristikleri



[SS-054]

C-Reaktif Protein ve Ürik Asit/Albümin Oranının Kronik Total Oklüzyonlu Hastalarda Koroner Kollateral Dolaşım ile İlişkisi

Kadir Karaçalı¹, Mikail Yarlıoğlu²

¹Ankara Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: C-reaktif protein ve ürik asit/albumin oranı (CUAR), kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili yeni bir inflamatuvar belirteçtir. Bu çalışmada, stabil koroner arter hastalığı (KAH) ve kronik total oklüzyonu (KTO) olan hastalarda CUAR ile koroner kollateral dolaşım (KKD) arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

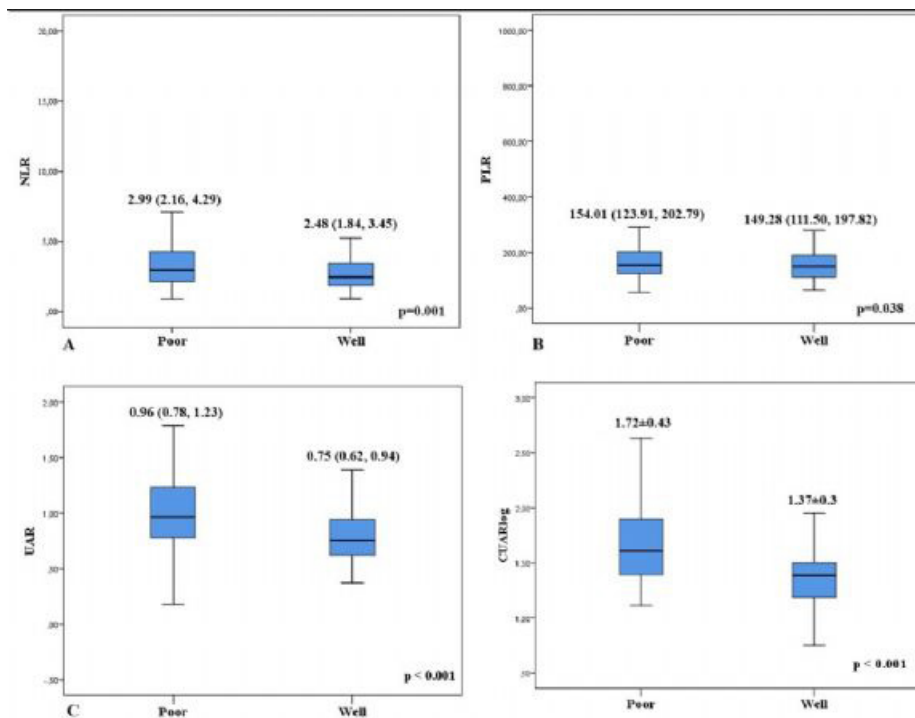
Yöntem: Hastalar iki gruba ayrıldı: yetersiz KKD gelişimi olan 267 hasta ve iyi KKD gelişimi olan 133 hasta. CUARlog değeri, "log10 (CRP × UA / Albümin)" formülü kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: CUARlog düzeyleri, yetersiz KKD gelişimi olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,001$). 1,45'in üzerindeki CUARlog değeri, yetersiz KKD'yi ürik asit/albumin oranı (UAR), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve trombosit/lenfosit oranına (PLR) göre daha yüksek duyarlılık (%70) ve özgüllük (%67) ile öngördü ($p < 0,001$). AUC değerlerinin karşılaştırılmasında, CUARlog ile UAR ($p = 0,047$), NLR ($p = 0,001$) ve PLR ($p < 0,001$) arasında anlamlı farklılık saptandı. Çok değişkenli regresyon analizinde, 1,45'in üzerindeki CUARlog değeri ($p < 0,001$), yetersiz KKD gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Sonuç: Bulgularımız, CUARlog'un KTO hastalarında yetersiz KKD gelişimini öngörmeye diğer inflamatuvar belirteçlere kıyasla daha güçlü ve bağımsız bir belirteç olduğunu göstermektedir. CUARlog, yetersiz KKD gelişimi açısından yüksek riskli hastaların belirlenmesinde yararlı olabilir.

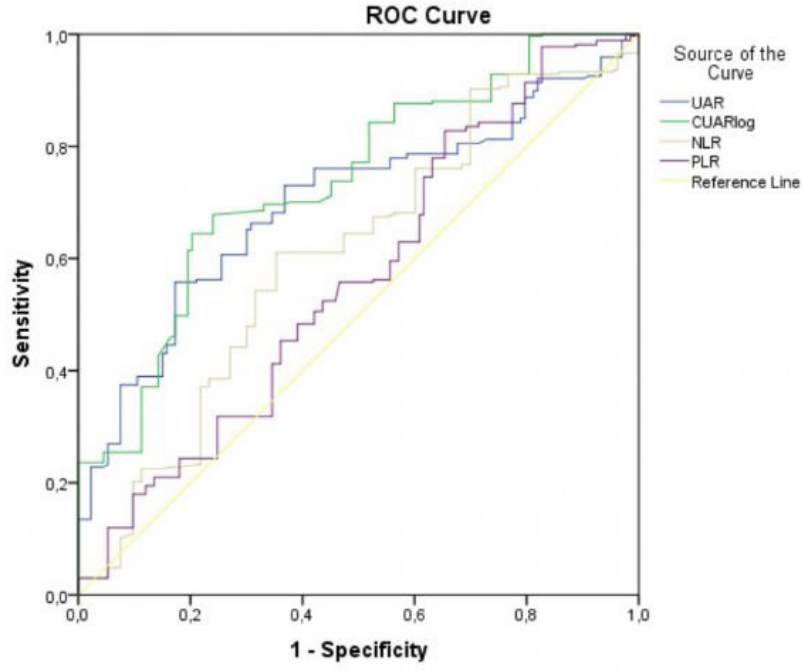
Anahtar Kelimeler: Kronik total oklüzyon, C-reaktif protein ve ürik asit/albumin oranı (CUAR), Koroner kollateral dolaşım

Çalışma Gruplarında CUARlog, UAR, NLR ve PLR Düzeylerinin Karşılaştırılması.





Yetersiz Koroner Kollateral Dolaşım (KKD) Gelişimini Öngörmede CUARlog, UAR, NLR ve PLR Düzeylerine Ait ROC Eğrileri





[SS-055]

Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastalarda SCALE-CryoAF Skoru ve Kriyoablasyon Sonrası Sol Atriyum Fonksiyonları

Kadir Karaçalı

Ankara Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı SCALE-CryoAF skorunun kriyobalon ablasyon (KBA) yapılan hastalarda blanking periyodu sonrası geç dönemde (>3. ay) atriyal fibrilasyon (AF) nüksünü öngörmedeki etkinliği ile sol atriyum (Sola) fonksiyonlarındaki değişikliklerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Şubat-Ağustos 2024 tarihleri arasında Kardiyoloji Polikliniği'ne başvurup paroksizmal ve persistan AF tanısı ile ikinci jenerasyon kriyobalon bazlı pulmoner ven (PV) izolasyonu planlanan hastalar prospektif olarak alındı. Çalışma toplam 55 hasta ile gerçekleştirildi. Tüm hastalar KBA işleminden önce strain değerlendirmeyi de içerecek şekilde transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile değerlendirildi. Aynı zamanda sol atriyal apendiks (SAA) fonksiyonları ve trombüs varlığını değerlendirmek amacıyla transözefageal ekokardiyografi (TÖE) yapıldı. SCALE-CryoAF skoru ve geç nüksü öngörücü diğer risk skorları hesaplandı. KBA sonrası hastalar nüks açısından değerlendirilmek amacıyla 1., 3., 6. ve 12. aylarda, daha sonra ise her 6 ayda bir, poliklinik kontrollerinde EKG ve ritim holter ile değerlendirildi. Aynı zamanda 3. ay sonunda TTE ile Sola boyutları ve fonksiyonlarındaki değişiklikler değerlendirildi.

Bulgular: Medyan takip süresi 12 (9-12) ay olup, takip süresince 18 (%32.7) hastada geç AF nüksü saptandı. Erken dönemde (0-3. ay) AF nüksü 10 (%18.2) hastada saptanmış olup, bu hastaların 7'sinde (%70) uzun dönem nüks saptanmıştır. SCALE CryoAF skoru geç nüks (+) grubunda belirgin olarak yüksekti ($P<0.001$). Benzer şekilde MB-LATER, BASE-AF2, CAAP-AF, ATLAS skorları da geç nüks (+) grubunda belirgin olarak daha yüksek saptandı ($P=0.002$, $P=0.013$, $P=0.035$, $P=0.007$, sırasıyla). DR-FLASH skoru ise 2 grupta benzerdi ($P=0.310$). İşlem karakteristik (ROC) analizinde SCALE-CryoAF skoru için 3.5 eşik değerinin, %83.3 duyarlılık ve %70.3 özgüllükle geç AF nüksünü öngördüğü saptanmıştır (Eğri altında kalan alan [AUC]: 0.817, $P<0.001$). 12 aylık olay eğrilerini gösteren Kaplan-Meier analizinde SCALE-Cryo AF skoru <3.5 olan hastalarda AF/Atriyal taşiaritmi (ATA) ataksız yaşam süreleri belirgin olarak daha yüksekti. (SCALE-Cryo AF skoru <3.5 %86.9, SCALE-Cryo AF skoru >3.5 %37.4, $P<0.001$ [Log Rank]). Aynı zamanda SCALE CryoAF <3.5 olan hastalarda Sola ön-arka çap ($P<0.001$), maksimum sol atriyum volüm indeksi (LAVI) ($P<0.001$) ve minimum LAVI ($P<0.001$) değerleri bazal değerleri ile kıyaslandığında 3 ay sonunda belirgin olarak azalırken; Sola emptying fraksiyonu (LAEF) ($P<0.001$), rezervuar fazdaki pik strain (LASr) ($P<0.001$), konduit fazdaki pik strain (LAScd) ($P<0.001$) ve kontraktıl fazdaki pik strain (LASct) ($P=0.006$) belirgin olarak artmıştır.

Sonuç: SCALE-CryoAF skoru KBA yapılan hastalarda geç nüksleri öngörmede etkin ve güvenilir bir skordur. Ayrıca SCALE-CryoAF skoru yüksek olan hastalarda Sola fonksiyonlarında olumlu değişiklikler izlenmemiştir. Bu hastalar daha uzun ve yoğun takiplerden fayda görebilirler.

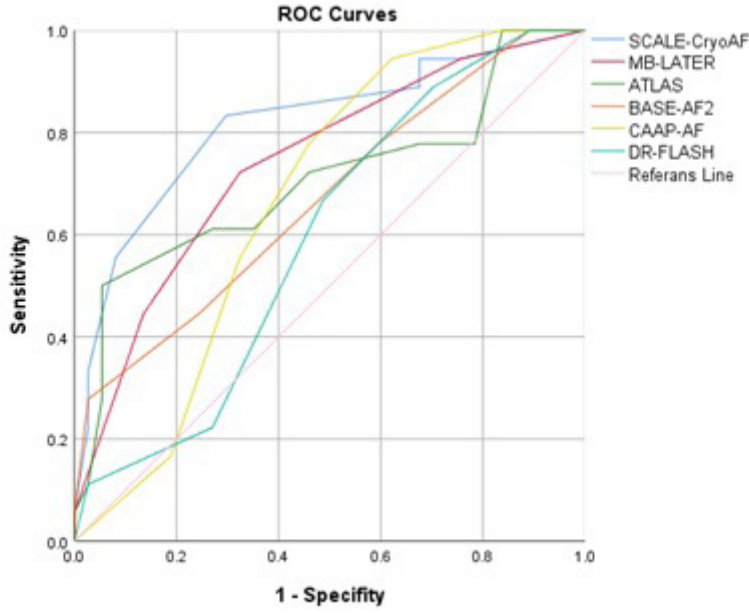
Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, kriyobalon ablasyon, geç nüks, SCALE-CryoAF skoru, 2D speckle tracking ekokardiyografi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

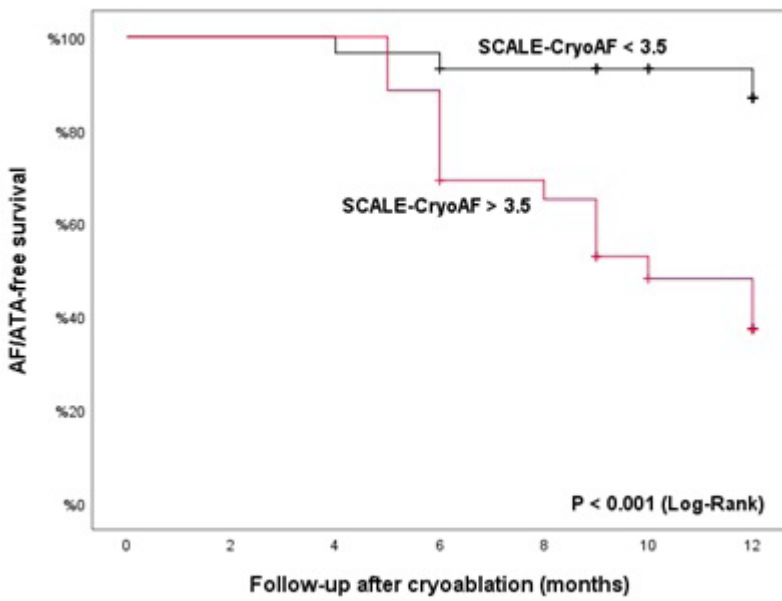
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Geç AF nüksünü tahmin etmede kullanılan spesifik risk skorlarının ROC eğrileri



SCALE-CryoAF skoruna göre yapılan gruplandırmalara ait Kaplan-Meier yaşam eğrileri analizi





[SS-056]

Diyabeti Olmayan Yeni Tanı Hipertansiyon Hastalarında Retinopati Varlığının Öngörülmesinde Basit İnflamatuvar Belirteçlerin Değerlendirilmesi

İsmail Ünğan¹, Elvin Halili Çelenk², Muhammet Mücahit Tiryaki¹, Cemalettin Yılmaz¹

¹Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye

²Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye

Amaç: Hipertansiyon (HT), dünya genelinde yüksek prevalansa sahip kronik bir hastalık olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tedavi edilmediğinde veya yeterince kontrol altına alınamadığında, özellikle göz, böbrek, beyin ve kardiyovasküler sistem başta olmak üzere birçok hedef organda ilerleyici ve geri dönüşümsüz hasara yol açabilmektedir. Bu çalışmada, yeni tanı almış hipertansiyon hastalarında hedef organ hasarının erken bir göstergesi olan retinopatinin öngörülmesinde, kolay ulaşılabilir inflamatuvar belirteçlerin prediktif değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

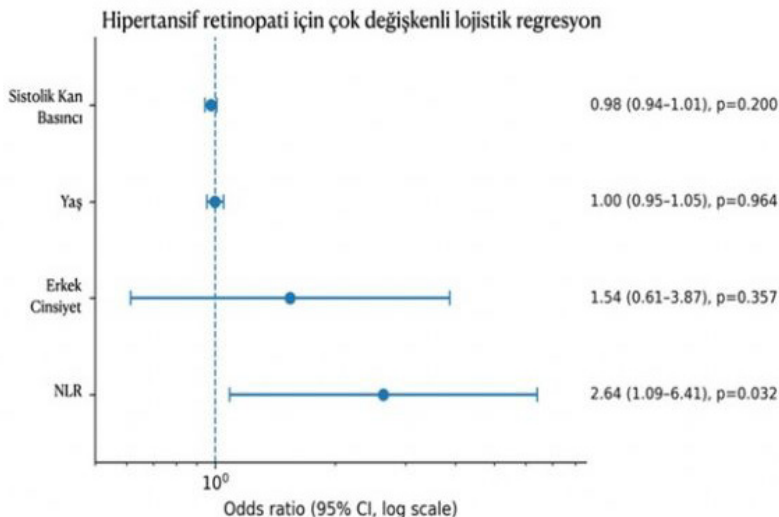
Yöntem: Çalışmaya, ambulatuvar ve/veya ofis kan basıncı ölçümleri ile hipertansiyon tanısı doğrulanmış ve son altı ay içerisinde antihipertansif tedavi kullanmamış toplam 82 yeni tanı hipertansiyon hastası dahil edildi. Hastalara tanıdan sonraki 1 ay içinde aynı göz hekimi tarafından oftalmolojik değerlendirme yapıldı. Demografik özellikler, klinik bulgular, ekokardiyografik parametreler, laboratuvar sonuçları ve inflamatuvar belirteçler çalışma grupları arasında karşılaştırıldı. Hipertansif retinopati ile bağımsız olarak ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Hipertansif retinopati varlığına göre yapılan karşılaştırmada yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, vücut kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basıncı, ekokardiyografik bulgular, glukoz, HbA1c, kreatinin, C-reaktif protein düzeyleri ve lipid profili parametreleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Hipertansif retinopatisi bulunan hastalarda lenfosit sayıları anlamlı olarak daha düşük, nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ise anlamlı olarak daha yüksekti. Yaş, cinsiyet ve sistolik kan basıncı gibi potansiyel karıştırıcı faktörler için düzeltme yapıldıktan sonra, NLR hipertansif retinopatinin bağımsız bir belirleyicisi olarak kaldı (OR: 2,640; %95 GA: 1,086–6,410; p=0,032). ROC analizinde NLR'nin hipertansif retinopatiji ayırt etmede ılımlı düzeyde performans gösterdiği görüldü (EAA/AUC: 0,644). NLR için $\geq 1,60$ eşik değeri %72,73 duyarlılık ve %52,63 özgüllük sağladı.

Sonuç: Yeni tanı almış diyabetik olmayan hipertansiyon hastalarında yüksek NLR düzeyleri hipertansif retinopati varlığı ile ilişkili olabilir ve retinopatinin saptanmasında kolay ulaşılabilir bir belirteç olarak kullanılabilir.

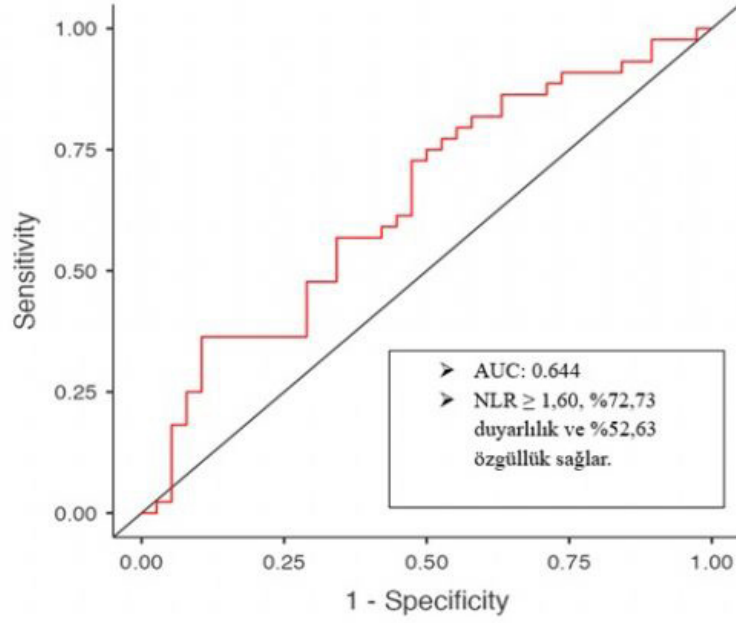
Anahtar Kelimeler: Yeni tanı hipertansiyon, hipertansif retinopati, nötrofil-lenfosit oranı

Hipertansif retinopati için çok değişkenli lojistik regresyon analizinin forest plot grafiği.





Hipertansif retinopati için NLR'nin ROC eğrisi



Hipertansif retinopati durumuna göre hastaların klinik, ekokardiyografik ve laboratuvar özellikleri

Değişkenler	Genel n=82	HTRP yok n=38	HTRP var n=44	p
Yaş, yıl	53.5 ± 9.89	53.1 ± 10.2	53.8 ± 9.8	0.764
Erkek cinsiyet, n (%)	44 (53.7)	18 (47.4)	26 (59.1)	0.288
Sigara kullanımı, n (%)	37 (45.1)	18 (47.4)	19 (43.2)	0.704
Alkol kullanımı, n (%)	16 (19.5)	9 (23.7)	7 (15.9)	0.376
Boy, cm	170 (162-175)	167 [161-172]	170 [162-177]	0.237
Kilo, kg	85.5 (78-94.8)	87.0 [75.9-95.2]	85.0 [78.8-93.8]	0.989
VKİ, kg/m ²	29.7 (27.6-33)	29.7 [27.0-32.7]	29.8 [27.6-33.2]	0.745
Sistolik KB, mmHg	150 (144-160)	150 [145-160]	150 [143-158]	0.666
Diastolik KB, mmHg	90 (86.3-93)	90 [86-91]	90.0 [86-94]	0.350
Ortalama arter basıncı, mmHg	110 (107-114)	110 [107-113]	110 [106-115]	0.827
Ejeksiyon fraksiyonu, %	65 (62-65)	65 [62-65]	64.5 [62-65]	0.900
Sol ventrikül septum kalınlığı, mm	11 (10-12)	11 [10-12]	11 [10-12]	0.577
Asendan aort çapı, mm	35 (33-36)	34 [33-36]	35 [33-36]	0.532
Sol atriyum çapı, mm	36 (34-37)	36 [34-37]	36 [34-38]	0.393
Beyaz kan hücresi, /μL	7794 ± 1880	7918.4 ± 1710.4	7685.9 ± 2028.9	0.580
Hemoglobin, g/dL	14.1 ± 1.59	13.94 ± 1.60	14.31 ± 1.57	0.300

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Trombosit sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$	264 $\pm$ 52.5	264.05 $\pm$ 56.25	264.86 $\pm$ 49.68	0.945
Nötrofil sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$	4.6 $\pm$ 1.28	4.56 $\pm$ 1.24	4.63 $\pm$ 1.32	0.829
Lenfosit sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$	2.66 $\pm$ 0.8	2.86 $\pm$ 0.81	2.49 $\pm$ 0.73	0.032
Monosit sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$	0.49 (0.4-0.63)	0.5 [0.4-0.6]	0.5 [0.4-0.6]	0.509
Glukoz, mg/dL	98.1 $\pm$ 9.7	99.79 $\pm$ 9.58	96.68 $\pm$ 9.73	0.150
Kreatinin, mg/dL	0.8 (0.7-0.9)	0.8 [0.7-0.9]	0.8 [0.7-1.0]	0.539
Ürik asit, mg/dL	5.4 (4.4-6.4)	5.4 [4.3-6.3]	5.4 [4.9-6.7]	0.338
Albümin, g/dL	4.6 (4.2-4.8)	4.5 [4.1-4.8]	4.6 [4.3-4.8]	0.336
Total bilirubin, mg/dL	0.45 (0.4-0.7)	0.4 [0.4-0.5]	0.5 [0.4-0.7]	0.411
AST, U/L	19 (16-22.8)	19 [16-22]	19 [16-24]	0.907
ALT, U/L	20.5 (16-27)	18 [15-27]	21 [16-27]	0.586
GGT, U/L	22 (17-30)	22 [18-32]	22 [17-28]	0.384
CRP, mg/L	1.95 (1.1-3.5)	1.9 [1.0-3.1]	1.9 [1.1-3.5]	0.769
TSH, mIU/L	1.6 (1.2-2.6)	1.7 [1.1-2.7]	1.6 [1.2-2.6]	0.539
HbA1c, %	5.5 (5.3-5.8)	5.5 [5.3-5.7]	5.5 [5.4-5.8]	0.385
Total kolesterol, mg/dL	217 $\pm$ 39.2	210.84 $\pm$ 37.67	222.32 $\pm$ 40.22	0.188
Trigliserid, mg/dL	144 (110-194)	138 [102-201]	154 [112-193]	0.365
HDL kolesterol, mg/dL	49 (42-55)	48 [42-55]	50 [41-56]	0.573
LDL kolesterol, mg/dL	144 $\pm$ 37.6	137.18 $\pm$ 34.59	150.48 $\pm$ 39.32	0.111
Ürik asit/albumin oranı	1.19 $\pm$ 0.31	1.14 $\pm$ 0.32	1.23 $\pm$ 0.29	0.193
CRP/albumin oranı	0.43 (0.25-0.75)	0.4 [0.2-0.7]	0.4 [0.3-0.8]	0.780
Sistemik immün-inflamasyon indeksi	451 (345-558)	400.7 [310.7-513.9]	465.1 [361.2-616.5]	0.101
Nötrofil-lenfosit oranı	1.72 (1.39-2.1)	1.6 [1.3-2.0]	1.8 [1.6-2.4]	0.026
Trombosit-lenfosit oranı	100 (82.2-125)	99.3 [76.1-116.7]	101.6 [88.0-137.3]	0.075
Trombosit/albumin oranı	58.6 $\pm$ 11.9	58.96 $\pm$ 12.54	58.20 $\pm$ 11.50	0.777
Monosit/HDL oranı	1.05 (0.8-1.35)	1.1 [0.8-1.4]	1.0 [0.8-1.3]	0.440

Veriler uygun şekilde ortalama $\pm$ standart sapma, medyan [çeyrekler arası aralık] veya sayı (%) olarak sunuldu. HTRP: hipertansif retinopati; VKİ: vücut kitle indeksi; KB: kan basıncı; AST: aspartat aminotransferaz; ALT: alanin aminotransferaz; GGT: gama-glutamil transferaz; TSH: tiroid stimulan hormon; CRP: C-reaktif protein; HDL: yüksek yoğunluklu lipoprotein; LDL: düşük yoğunluklu lipoprotein; SII: sistemik immün-inflamasyon indeksi; NLR: nötrofil-lenfosit oranı; PLR: platelet-lenfosit oranı.



[SS-057]

Akut Hemodinamik İndeks, Ejekeksiyon Fraksiyonu Düşük Akut Dekompanse Kalp Yetmezliği Hastalarında Hastane İçi ve Uzun Vadeli Mortaliteyi Öngörür: Retrospektif Bir Çalışma

Mehmet Şeker¹, Cengiz Şabanoğlu¹, Ömer Işık², Nuran Günay¹

¹ÜMRANIYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

²MUŞ DEVLET HASTANESİ

Amaç: Akut dekompanse kalp yetmezliği (ADHF) sonrasında miyokardiyal stres durumunda, otonomik ve hemodinamik yanıtlar vücutta "savaş ya da kaç" tepkisine neden olur. Akut hemodinamik indeks (AHI), otonomik ve hemodinamik yanıtların bir göstergesi olarak önerilmiştir. Bu çalışma, azalmış ejekeksiyon fraksiyonlu (HFrEF) ADHF hastalarında AHI ile hastane içi ve 1 yıllık mortalite arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamıştır.

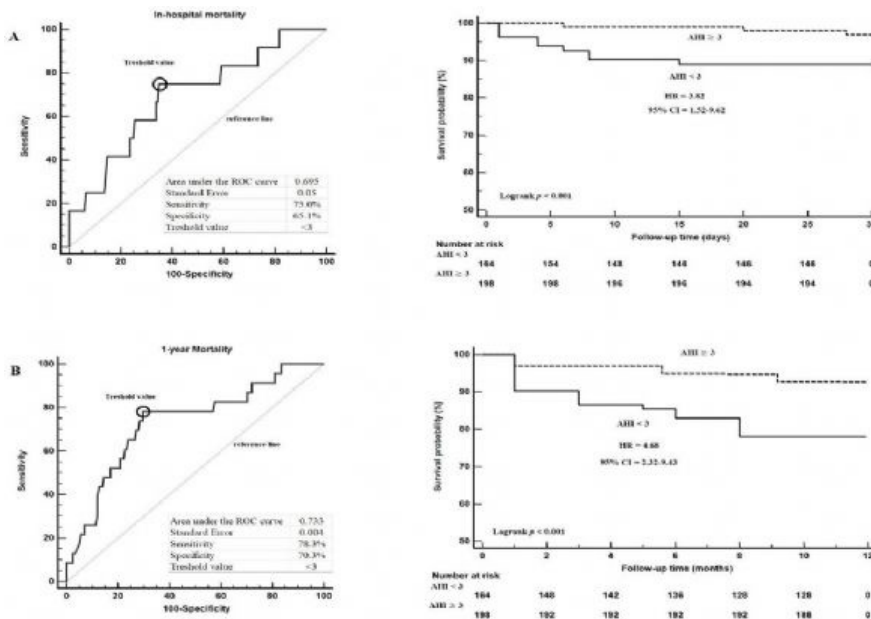
Yöntem: Ocak 2023 ile Haziran 2025 tarihleri arasında HFrEF'li 362 ADHF hastasını geriye dönük olarak değerlendirdik. AHI skorları (nabız basıncı × kalp hızı) / 1000 olarak hesaplandı. Tüm hastaların hastanede kalış süreleri ve 1 yıllık sağ kalım durumları kaydedildi.

Bulgular: Hastane içi ve 1 yıllık takip süresindeki ölüm oranları sırasıyla %6,6 ve %12,7 idi. Hem hastanede hem de 1 yıllık takip süresinde ölen hastaların, hayatta kalan hastalara göre daha düşük AHI skorlarına sahip olduğu görüldü. Azalmış AHI seviyeleri, hastane içi ve 1 yıllık ölüm oranlarının bağımsız bir öngörücüsüyü. Hastane içi ve 1 yıllık ölüm oranlarını tahmin etmede ortak bir eşik değer olarak 3'ün altındaki AHI seviyesi belirlendi. AHI <3 olan hastalarda hastane içi ölüm riski 3,82 kat daha yüksekken (HR = 3,82, p < 0,001), 1 yıllık ölüm riski 4,68 kat daha yüksekti (HR = 4,68, p < 0,001).

Sonuç: AHI, HFrEF'li ADHF vakalarında sadece hastanede değil, 1 yıllık takip süresi boyunca da mortalitenin önemli bir belirleyicisidir. AHI, ADHF ile başvuran hastalarda hem kısa hem de uzun vadeli prognozu belirlemek için bir tarama aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetmezliği, Kalp Atış Hızı, Kan Basıncı, Ölüm Oranı, Uzun Vadeli Prognoz

figure 1



Belirlenen eşik değerine göre AHI'nin hastane içi (A) ve 1 yıllık mortaliteyi (B) tahmin etmedeki tanısal performansı ve hayatta kalma riski.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Ejeksiyon fraksiyonu düşük akut dekompanse kalp yetmezliği hastalarının demografik ve klinik bulguları.

değişkenler	populasyon
demografik bulgular	
yaş,yıl	64.9 ± 11.0
erkek cinsiyet, n(%)	252 (69.6)
BMI, kg/m2	27.3 ± 4.5
sigara kullanımı, n (%)	114 (31.5)
komorbitide, n (%)	
Hipertansiyon	232 (64.1)
Diabetes mellitus	176 (48.6)
dislipidemi	158 (43.6)
tıbbi tedavi durumu, n(%)	
beta bloker	298 (82.3)
ACEi	200 (55.2)
ARBs	108 (29.8)
MRA	254 (70.2)
Digital	78 (21.5)
Ivabradine	88 (24.3)
Furosemid	328 (90.6)
NOAC	130 (35.9)
kalp yetmezliği tanı süresi, years	5 (3-6)
NYHA sınıflaması, n (%)	
I-II	274 (75.7)
III-IV	88 (24.3)
klinik parametreler	
Systolic BP, mmHg	121.8 ± 15.1
Diastolic BP, mmHg	77.6 ± 12.4
Pulse pressure, mmHg	44.2 ± 20.3
Heart rate, bpm	76.7 ± 13.5
AHI, mmHg x bpm	3.3 (2.1-4.5)
LVEF, %	28.8 ± 5.5
laboatuvar bulguları	
e-GFR, mL/min per 1.73 m2	78 ± 17.7
Kreatinine, mg/dL	1.0 ± 0.3
Potasyum, mmol/L	4.2 ± 0.5
NT-proBNP, pg/mL	897 (389-2092)
Hastane içi mortalite, n (%)	24 (6.6)
1 yıllık mortalite, n (%)	46 (12.7)

Sayısal değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan (IQR) olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı (%) olarak gösterilmiştir.



[SS-058]

LFLG-AS Hastalarında CAR Düzeyinin TAVI Sonrası Hastane İçi Mortaliteyi Öngörmedeki Rolü

Tuba Unkun¹, Ünal Güler²

¹İSTANBUL KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

²İSTANBUL PENDİK DEVLET HASTANESİ

Amaç: Düşük ejeksiyon fraksiyonlu, düşük gradientli aort darlığının (LFLG-AS), transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI) sonrası olumsuz klinik sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, bu yüksek riskli hasta grubunda hastane içi mortalite açısından işlem öncesi doğru risk sınıflandırması hâlen zorlu bir konudur. C-reaktif protein/albumin oranı (CAR), sistemik inflamasyon ve beslenme durumunu birlikte yansıtan bir biyobelirteç olarak tanımlanmıştır. Çeşitli kardiyovasküler hastalıklarda CAR'ın olumsuz klinik sonuçları öngörmedeki değeri gösterilmiş olmakla birlikte, LFLG-AS hastalarındaki prognostik önemi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, TAVI uygulanan LFLG-AS hastalarında işlem öncesi CAR düzeyi ile hastane içi mortalite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmada, merkezimizde 2020–2025 yılları arasında LFLG-AS tanısıyla TAVI uygulanan 88 hasta retrospektif olarak incelendi. İşlem öncesinde ölçülen serum C-reaktif protein (CRP) ve albumin düzeylerinden CAR hesaplandı. Hastalar, ROC eğrisi analizi ile belirlenen 1,51 cut-off değerine göre iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, laboratuvar parametreleri ve hastane içi mortalite açısından karşılaştırmalar yapıldı. Hastane içi mortalite ile ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla öncelikle tek değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı. Ardından cinsiyet, kronik böbrek hastalığı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF), triküspit anüler düzlem sistolik hareketi (TAPSE) ve CAR değişkenlerini içeren çok değişkenli lojistik regresyon modeli oluşturuldu. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışma popülasyonunda hastane içi mortalite oranı %11,4 olarak saptandı. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde işlem öncesi CAR düzeyindeki artışın hastane içi mortalite ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu görüldü (OR: 1,10; %95 GA: 1,03–1,18; $p=0,001$). Kronik böbrek hastalığı da hastane içi mortalite ile ilişkili bulundu (OR: 5.25, %95 GA: 1.25–22.06, $p=0,024$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde de CAR, hastane içi mortalitenin bağımsız bir belirleyicisi olmaya devam etti. (OR: 1,08; %95 GA: 1,01–1,16; $p=0,025$). Ayrıca düşük TAPSE değeri de hastane içi mortalite ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR: 0,02; %95 GA: 0,001–0,29; $p=0,005$).

Sonuç: İşlem öncesi değerlendirilen CAR, LFLG-AS nedeniyle TAVI uygulanan hastalarda hastane içi mortalitenin bağımsız bir öngörücüsü olarak bulunmuştur. Sistemik inflamasyon ve beslenme durumunu birlikte yansıtan, kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli bir biyobelirteç olan CAR, bu yüksek riskli hasta grubunda risk sınıflandırmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca düşük işlem öncesi TAPSE değerinin de hastane içi mortalite ile bağımsız ilişkisi bulunmuş olup, sağ ventrikül fonksiyonunun erken dönem klinik sonuçlar üzerindeki önemini desteklemektedir. Bulgularımızın daha geniş örneklemli ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: C-reaktif protein/albumin oranı, düşük akımlı düşük gradientli aort darlığı, hastane içi mortalite, transkateter aort kapak implantasyonu

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



C-reaktif protein/albumin oranına göre hastaların demografik özellikleri, klinik sonuçları, ekokardiyografik ve laboratuvar bulguları

Değişkenler	Toplam (n=88) (100%)	Düşük CAR, n=32 (36.4%)	Yüksek CAR, n=56 (63.6%)	p-value
Erkek cinsiyet, n (%)	55 (62.5%)	23 (71.9%)	32 (57.1%)	0.170
Yaş (yıl)	76.5 ± 6.93	76.2 ± 6.80	76.7 ± 7.06	0.743
Hastane içi mortalite, n (%)	10 (11.4%)	0 (0.0%)	10 (17.9%)	0.012
Toplam mortalite, n (%)	19 (21.6%)	2 (6.3%)	17 (30.4%)	0.008
Diabetes mellitus, n (%)	42 (47.7%)	13 (40.6%)	29 (51.8%)	0.313
Hipertansiyon, n (%)	70 (79.5%)	24 (75.0%)	46 (82.1%)	0.424
Koroner arter hastalığı, n (%)	62 (70.5%)	24 (75.0%)	38 (67.9%)	0.480
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	31 (35.2%)	9 (28.1%)	22 (39.3%)	0.292
LVEF (%)	33.9 (30.0–40.0)	35.0 (30.0–40.0)	35.0 (30.0–40.0)	0.524
AVA (cm ²)	0.661 ± 0.153	0.639 ± 0.137	0.674 ± 0.161	0.311
TAPSE (cm)	1.65 ± 0.40	1.77 ± 0.38	1.58 ± 0.39	0.032
Hemoglobin (g/dL)	11.5 ± 2.14	11.9 ± 2.04	11.3 ± 2.18	0.186
Nötrofil sayısı (×10 ⁹ /L)	5.21 (4.04–6.61)	4.76 (3.67–5.38)	5.63 (4.37–6.77)	0.028
Kreatinin (mg/dL)	1.19 (0.920–1.56)	1.05 (0.867–1.31)	1.29 (0.942–1.76)	0.083
AST (U/L)	23.0 (17.0–35.4)	19.3 (15.3–25.3)	29.5 (20.0–43.6)	0.003
Albumin (g/dL)	3.80 (3.60–4.00)	3.85 (3.70–4.03)	3.75 (3.40–4.00)	0.002
Total bilirubin (mg/dL)	0.665 (0.412–0.965)	0.495 (0.315–0.950)	0.745 (0.467–0.980)	0.024
CRP (mg/L)	8.29 (3.56–26.9)	2.66 (1.31–3.61)	15.9 (9.20–46.6)	<0.001
CAR	2.16 (0.836–7.81)	0.692 (0.337–0.893)	4.29 (2.38–14.7)	<0.001
İşlem sonrası kreatinin (mg/dL)	1.13 (0.882–1.51)	1.02 (0.813–1.24)	1.25 (0.990–1.60)	0.041

AST: Aspartat aminotransferaz; AVA: Aort kapak alanı; CAR: C-reaktif protein/albumin oranı; CRP: C-reaktif protein; LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; TAPSE: Triküspit anüler düzlem sistolik hareketi.



[SS-059]

NSTEMI Hastalarında HALP Skorunun 1 Yıllık Majör Advers Kardiyovasküler Olayları Öngörmedeki Prognostik Değeri

Büşra Güvendi Şengör, Doğançan Çeneli

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

Amaç: HALP (Hemoglobin, Albümin, Lenfosit, Platelet) skoru inflamasyon ve beslenme durumunu yansıtan yeni bir biyobelirteçtir. Bu çalışmada NSTEMI hastalarında HALP skorunun 1 yıllık majör advers kardiyovasküler olayları (MACE) öngörmedeki prognostik değerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya NSTEMI tanısı ile takip edilen 608 hasta dahil edildi. Bir yıllık takipte MACE gelişimine göre hastalar iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, laboratuvar parametreleri ve klinik veriler kaydedildi. HALP skorunun prognostik değeri ROC analizi ile değerlendirildi ve bağımsız prediktörler lojistik regresyon analizi ile araştırıldı.

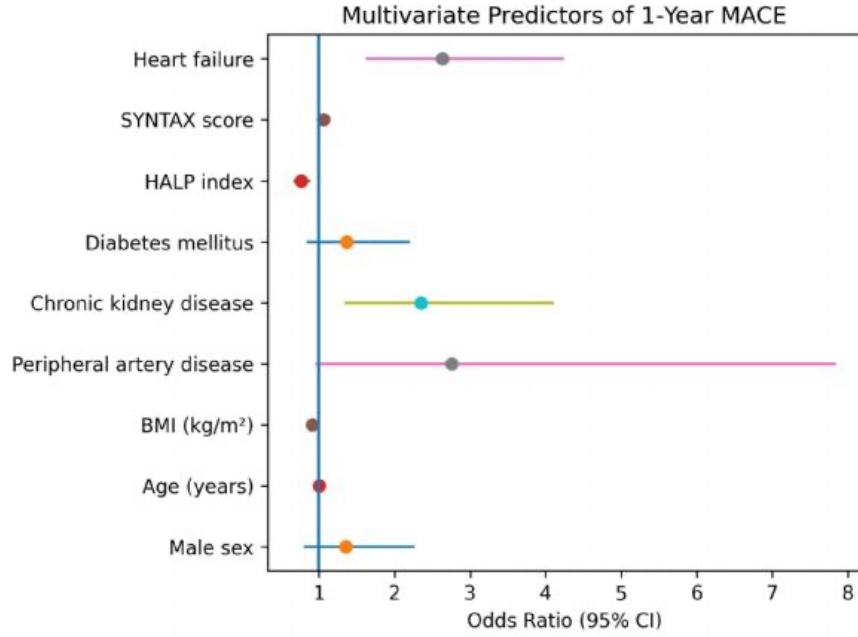
Bulgular: Bir yıllık takipte 113 (%18.6) hastada MACE gelişti. MACE gelişen hastalarda yaş daha yüksek, ejeksiyon fraksiyonu daha düşük ve SYNTAX skoru daha yüksekti. Ayrıca kronik böbrek hastalığı, kalp yetersizliği ve periferik arter hastalığı daha sık izlendi. HALP skoru MACE gelişen grupta anlamlı olarak daha düşüktü. ROC analizindeki HALP skorunun 1 yıllık MACE öngörüsünde orta düzey ayırt edici güce sahip olduğu gösterildi (AUC: 0.654; %95 CI: 0.59-0.71; $p<0.001$). Optimal cut-off değeri 3.22 olarak saptandı (duyarlılık %58.4, özgüllük %68.7). Multivariate lojistik regresyon analizinde düşük HALP skoru (OR: 0.77; %95 CI: 0.68-0.87; $p<0.001$), kronik böbrek hastalığı (OR: 2.35; %95 CI: 1.35-4.09; $p=0.002$), kalp yetersizliği (OR: 2.63; %95 CI: 1.64-4.23; $p<0.001$), yüksek SYNTAX skoru (OR: 1.06; %95 CI: 1.02-1.10; $p<0.001$) ve düşük vücut kitle indeksi (OR: 0.91; %95 CI: 0.85-0.98; $p=0.014$) 1 yıllık MACE' nin bağımsız prediktörleri olarak saptandı.

Sonuç: HALP skoru NSTEMI hastalarında 1 yıllık MACE' nin bağımsız ve kolay hesaplanabilir bir prediktörüdür. HALP skorunun klinik pratikte rutin olarak değerlendirilmesi risk sınıflamasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: NSTEMI, HALP skoru, majör advers kardiyovasküler olay

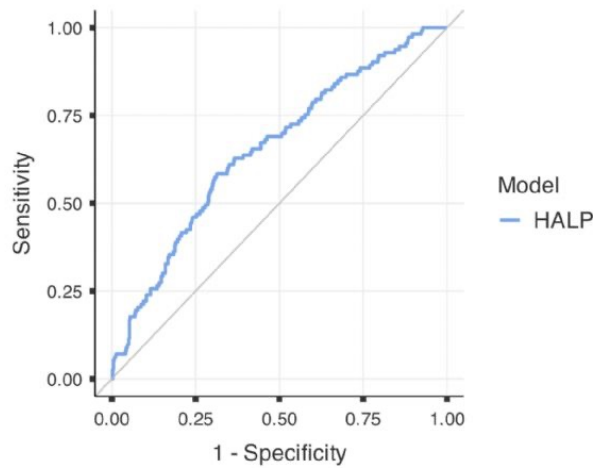


Şekil 1



NSTEMI Hastalarında 1 Yıllık MACE'nin Bağımsız Prediktörleri

Şekil 2



HALP Skorunun 1 Yıllık MACE Öngörüsüne Ait ROC Eğrisi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1

Değişken	Univariate OR (%95 CI)	p değeri	Multivariate OR (%95 CI)	p değeri
Erkek cinsiyet	1.80 (1.18–2.74)	0.006	1.36 (0.82–2.25)	0.238
Yaş	1.02 (1.00–1.04)	0.018	1.00 (0.98–1.02)	0.884
Vücut kitle indeksi	0.92 (0.86–0.98)	0.012	0.91 (0.85–0.98)	0.014
Diyabet	1.77 (1.17–2.67)	0.007	1.37 (0.86–2.19)	0.191
Perifer arter hastalığı	2.66 (1.02–6.91)	0.045	2.75 (0.97–7.82)	0.057
Kronik böbrek hastalığı	2.86 (1.80–4.56)	<0.001	2.35 (1.35–4.09)	0.002
Kalp yetersizliği	3.12 (2.01–4.83)	<0.001	2.63 (1.64–4.23)	<0.001
Ejeksiyon fraksiyonu	0.92 (0.91–0.94)	<0.001	-	-
SYNTAX skoru	1.06 (1.03–1.10)	<0.001	1.06 (1.02–1.10)	<0.001
TIMI risk sınıflaması	0.54 (0.29–0.98)	0.043	-	-
HALP skoru	0.75 (0.67–0.84)	<0.001	0.77 (0.68–0.87)	<0.001

1 Yıllık MACE Prediktörleri



[SS-060]

NSTEMI Hastalarında Aterojenik Plazma İndeksi ve TyG İndeksinin Perkütan Koroner Girişimde Prosedürel Kompleksite ile İlişkisi

Şefik Görkem Fatihoğlu, Erkan Alpaslan

İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Non-ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (NSTEMI) hastalarında aterojenik dislipidemi ve insülin direnci ile ilişkili biyobelirteçlerin girişimsel işlem özellikleriyle ilişkisi klinik açıdan önem taşımaktadır. Bu çalışmada NSTEMI tanısıyla perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan hastalarda aterojenik plazma indeksi (AIP) ve trigliserid-glukoz (TyG) indeksinin artmış girişimsel işlem yükü ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

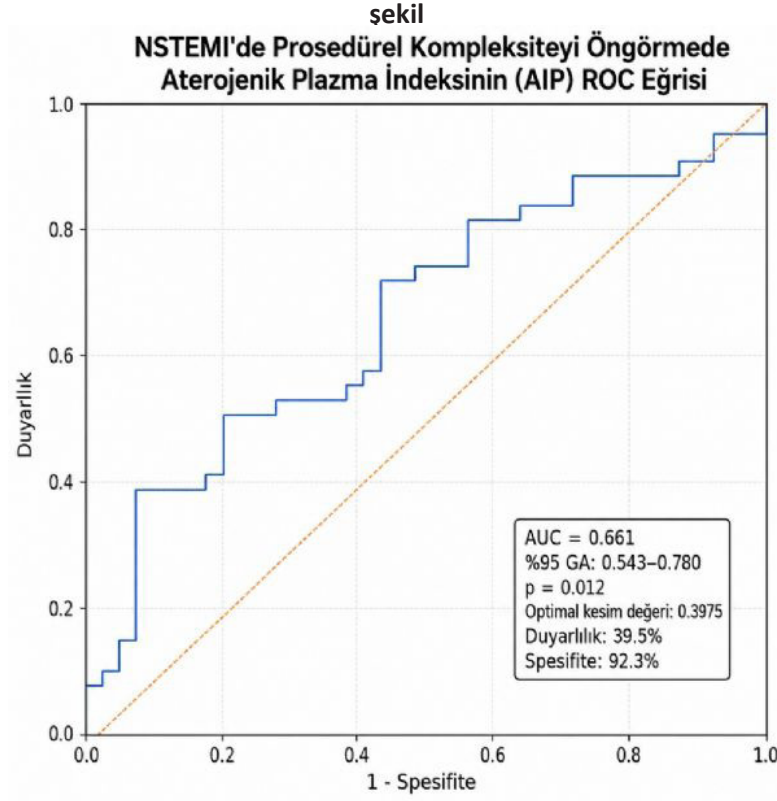
Yöntem: Çalışmaya NSTEMI tanısıyla PKG uygulanan 82 hasta dahil edildi. AIP, $\log_{10}(\text{trigliserid}/\text{HDL-kolesterol})$ formülüyle; TyG indeksi ise $\ln[\text{trigliserid} \times \text{glukoz} / 2]$ formülüyle hesaplandı. Koroner arter hastalığı şiddeti Gensini skoru ile değerlendirildi. Prosedürel kompleksite; toplam stent uzunluğunun >40 mm olması, çoklu stent kullanımı, bifurkasyon lezyonu varlığı veya ostial/proksimal LAD lezyonu varlığı kriterlerinden en az birinin bulunması olarak tanımlandı. Hastalar prosedürel kompleksite varlığına göre iki gruba ayrılıp AIP ve TyG indeksleri karşılaştırıldı. AIP ve TyG indeksinin prosedürel kompleksiteyi öngörmedeki performansı ROC analizi ile değerlendirildi. AIP ve TyG indeksleri ile Gensini skoru arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Hastaların 43'ünde prosedürel kompleksite mevcutken, 39 hastada tanımlanan işlem kompleksliği yoktu. Prosedürel kompleksite olan hastalarda AIP değerleri anlamlı olarak daha yüksekti; medyan [IQR]: 0,3154 [0,0694–0,5242] vs 0,1070 [-0,0888–0,3091], $p=0,012$. ROC analizinde AIP'nin prosedürel kompleksiteyi öngörmedeki eğri altında kalan alanı 0,661 olarak saptandı; %95 güven aralığı: 0,543–0,780, $p=0,012$. Youden indeksine göre optimal AIP kesim değeri 0,3975 olup, bu eşik için duyarlılık %39,5 ve spesifite %92,3 idi.

Benzer şekilde prosedürel kompleksite olan hastalarda TyG indeksi de anlamlı olarak daha yüksekti; medyan [IQR]: 9,2731 [8,9406–9,9993] vs 8,9425 [8,6815–9,5365], $p=0,032$. ROC analizinde TyG indeksinin prosedürel kompleksiteyi öngörmedeki eğri altında kalan alanı 0,638 olarak bulundu; %95 güven aralığı: 0,518–0,758, $p=0,032$. Optimal TyG kesim değeri yaklaşık 8,99 olup, bu eşik için duyarlılık %72,1 ve spesifite %53,8 idi. Buna karşın AIP ve TyG indeksi ile Gensini skoru arasında anlamlı korelasyon saptanmadı; sırasıyla $\rho=-0,011$, $p=0,923$ ve $\rho=0,010$, $p=0,930$.

Sonuç: NSTEMI nedeniyle PKG uygulanan hastalarda AIP ve TyG indeksi, artmış işlem yükü ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. Her iki indeks de prosedürel kompleksiteyi öngörmede istatistiksel olarak anlamlı ancak sınırlı düzeyde ayırt edici performans gösterdi. AIP'nin yüksek spesifiteye sahip olması, özellikle yüksek AIP değerlerinin prosedürel kompleksite açısından uyarıcı olabileceğini düşündürmektedir. AIP ve TyG indekslerinin Gensini skoru ile anlamlı ilişki göstermemesi, bu indekslerin genel anatomik koroner hastalık yükünden ziyade girişimsel/prosedürel özelliklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: NSTEMI, aterojenik plazma indeksi, TyG indeksi, prosedürel kompleksite, perkütan koroner girişim



Tablo 1. Artmış girişimsel işlem yükü varlığına göre AIP, TyG indeksi ve Gensini skorunun karşılaştırılması

Değişken	Artmış girişimsel işlem yükü yok	Artmış girişimsel işlem yükü var	p değeri
AIP	0,1070 [-0,0888-0,3091]	0,3154 [0,0694-0,5242]	0,012
TyG indeksi	8,9425 [8,6815-9,5365]	9,2731 [8,9406-9,9993]	0,032
Gensini skoru	37,0 [21,0-45,0]	47,5 [28,75-67,25]	0,006

Veriler medyan [25.-75. persantil] olarak sunulmuştur. AIP: Aterojenik plazma indeksi; TyG: Trigliserid-glukoz indeksi.



[SS-061]

Kolşisin, alkole bağlı kardiyak hasar oluşturulan sıçan modelinde miyokardiyal inflamasyon, endotelial disfonksiyon ve apoptozu hafifletmektedir

Şahhan Kılıç¹, Süha Asal¹, Mert Babaoğlu², Cumaali Demirtaş³, Eray Metin Güler⁴, Hakan Beyaztaş⁴, Salime Pelin Ergüven⁵, Kübra Şevgin⁵, Samet Yavuz⁶, Tufan Çınar⁷

¹Çorlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

²Şile Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Deney Hayvanları Laboratuvarı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Hamidiye Uluslararası Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Babaeski Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Kırklareli

⁷Maryland Üniversitesi Tıp Merkezi Midtown Kampüsü, İç Hastalıkları Kliniği, Baltimore, Maryland

Amaç: Kronik alkol tüketimi, miyokardiyal inflamasyon, oksidatif stres, endotelial disfonksiyon ve kardiyomiyosit apoptozu ile karakterize olan non-iskemik dilate kardiyomiyopatinin önde gelen nedenlerinden biridir. Güçlü bir NLRP3 inflamazom inhibitörü olan ve kardiyovasküler alanda yararlı etkileri gösterilmiş bulunan kolşisinin, alkol kaynaklı kardiyak hasar üzerindeki etkileri daha önce değerlendirilmemiştir. Bu çalışmanın amacı, alkol kaynaklı kardiyak hasar oluşturulan sıçan modelinde kolşisinin doza bağımlı kardiyoprotektif etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Kırk adet Sprague-Dawley sıçan, her biri 8 hayvandan oluşan beş gruba randomize edildi: Kontrol (CONT), Alkol (ALCOHOL; 28 gün boyunca intraperitoneal olarak günde 2,5 g/kg etanol), yalnızca kolşisin (COLCH; 0,1 mg/kg/gün), Alkol + standart doz kolşisin (A+COLCH; 0,1 mg/kg/gün) ve Alkol + yüksek doz kolşisin (A+hCOLCH; 0,3 mg/kg/gün). Plazma, kardiyak ve hepatik doku örneklerinde oksidatif stres belirteçleri [toplam oksidan durum (TOS), toplam antioksidan durum (TAS), oksidatif stres indeksi (OSI), malondialdehit (MDA) ve tiyol/disülfid homeostazı], inflamatuvar sitokinler (IL-1 β , TNF- α , hsCRP), endotelial hasar belirteçleri (endotelin-1, iskemi modifiye albümin [IMA]) ve apoptotik göstergeler (kaspaz-3, sitokeratin-18 M30/M65) analiz edildi.

Kardiyak ve hepatik histopatolojik değerlendirme, Hematoksilen-Eozin (H&E) ve Masson Trikrom boyamaları kullanılarak gerçekleştirildi; doku hasarı yarı kantitatif skorlama yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: Alkol maruziyeti, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında plazma, kardiyak ve hepatik dokularda oksidatif stres, inflamasyon, vasküler hasar ve apoptoz ile ilişkili tüm belirteçlerde anlamlı artışa neden oldu (tüm karşılaştırmalar için $p < 0,001$).

Her iki kolşisin dozu da bu olumsuz değişiklikleri azalttı; ancak yüksek doz kolşisin (A+hCOLCH), standart doz kolşisine kıyasla kardiyak dokuda IL-1 β , TNF- α , endotelin-1, kaspaz-3, sitokeratin-18 M30/M65, MDA ve IMA düzeylerinde anlamlı derecede daha fazla azalma sağladı (tüm karşılaştırmalar için $p < 0,05$).

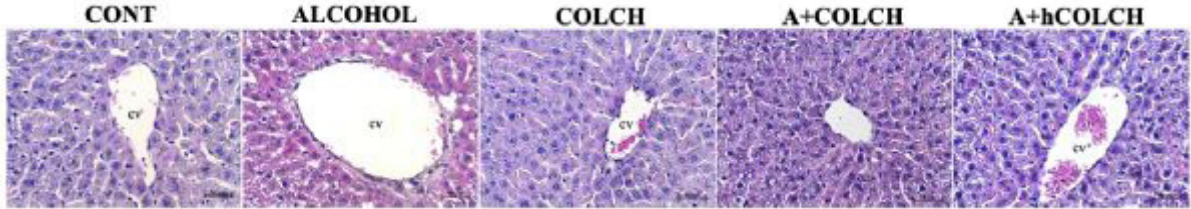
Histopatolojik incelemede, alkol maruziyetine uğrayan kalplerde kardiyomiyosit hipertrofisi, nükleer düzensizlik, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve interstisyel fibrozis gözlemlendi (Şekil 1). Kolşisin eş zamanlı uygulaması, miyokardiyal hasar skorlarını doza bağımlı şekilde azalttı (medyan skorlar: CONT 0,44; ALCOHOL 1,53; COLCH 0,66; A+COLCH 1,33; A+hCOLCH 1,28). Karaciğer kesitlerinde yapılan değerlendirmeler de benzer şekilde sistemik düzeyde koruyucu etkiyi doğruladı (Şekil 2).

Sonuç: Kolşisin, alkol kaynaklı kardiyak hasara karşı NLRP3 aracılı inflamasyonu, oksidatif stresi, endotelial disfonksiyonu ve apoptozu baskılayarak anlamlı ve doza bağımlı kardiyoprotektif etkiler göstermektedir. Bu bulgular, kolşisinin alkole bağlı kardiyomiyopatinin tedavisinde potansiyel bir terapötik strateji olarak araştırılmasını destekleyen deneysel kanıtlar sunmaktadır.

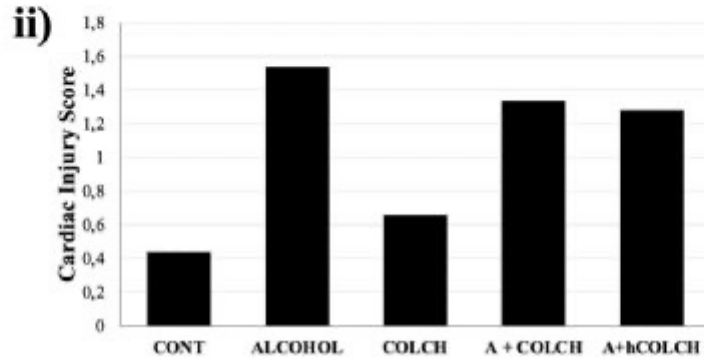
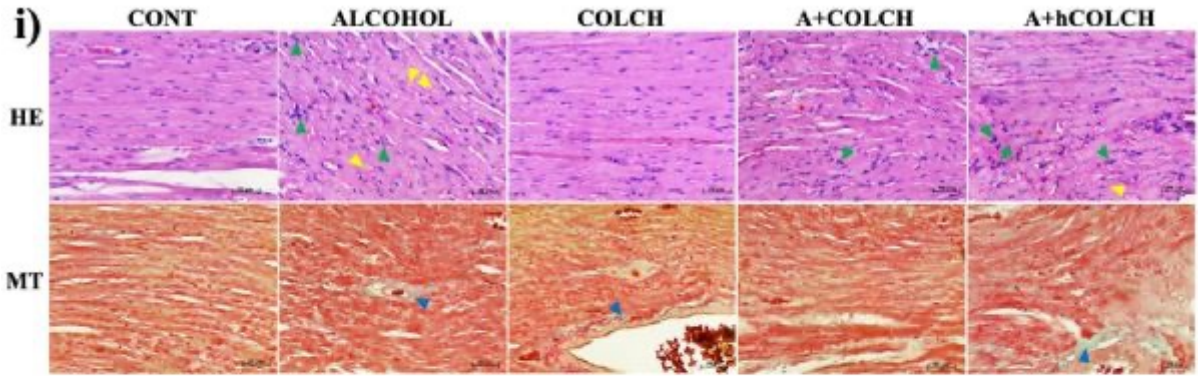
Anahtar Kelimeler: alkol ilişkili kardiyak hasar, kolşisin, NLRP3, oksidatif stres



Hematoksilen-Eozin (H&E) ile boyanmış karaciğer kesitleri



Hematoksilen-Eozin (H&E) ve Masson Trikrom (MT) ile boyanmış kardiyak doku kesitleri.





[SS-062]

Metastatik ve Non-Metastatik Meme Kanseri Hastalarında Perikardiyal Efüzyon: Klinik Seyir ve Sağkalım

Fadime Bozduman Habip, İmran Ceren

Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Perikardiyal efüzyon (PE), meme kanseri hastalarında malign infiltrasyon, radyoterapi, sistemik tedaviler veya kardiyovasküler komorbiditelere sekonder gelişebilen klinik bir bulgudur. Ancak, saptanan PE'nin klinik seyri ve prognostik önemi literatürde netlik kazanmamıştır. Çalışmanın amacı, meme kanserinde PE'nin klinik özelliklerini ve sağkalım üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, Ocak 2023 - Aralık 2024 arasında ekokardiyografide PE saptanan meme kanseri tanılı 63 kadın hasta dahil edilmiştir. Tıbbi kayıtlarına tam ulaşamayan veya eksitus harici nedenlerle klinik takibi bulunmayan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Demografik veriler, tümör biyolojisi, hastalık evresi, PE boyutu, persistanlığı, eşlik eden plevral efüzyon, kardiyak tamponad ve perikardiyosentez gereksinimleri incelenmiştir. Hastalar non-metastatik (Evre I-III) ve metastatik (Evre IV) olarak karşılaştırılmıştır. Evre IV hastalar PE boyutuna (<10 mm ve ≥ 10 mm) ve sağkalım durumuna göre alt grup analizlerine tabi tutulmuştur.

Bulgular: 63 hastanın 42'si (%66,7) Evre IV, 21'i (%33,3) Evre I-III grupta yer almıştır. Medyan 29 aylık takip süresince 30 hastada (%47,6) mortalite kaydedilmiştir. Mortalitenin Evre IV grubunda Evre I-III grubuna kıyasla belirgin olarak yüksek olduğu saptanmıştır (%64,3'e karşılık %14,3; $p<0,001$). Kohortta saptanan PE'lerin büyük çoğunluğunun küçük hacimli ve stabil seyirli olduğu görülmüştür. Persistan PE sık karşılaşılan bir bulgu olmasına karşın, kardiyak tamponad (%4,8) ve perikardiyosentez gereksinimi (%4,8) oldukça nadir görülmüştür.

Metastatik alt grupta; ≥ 10 mm üzerindeki PE'lerin daha yüksek oranda persistan olduğu, ancak bunun mortalite ile anlamlı bir ilişkisi bulunmadığı gösterilmiştir ($p>0,05$). Benzer şekilde; persistan PE varlığı, tamponad gelişimi veya drenaj gereksinimi sağkalım açısından prediktif bir faktör olarak saptanmamıştır. Evre IV hastalarda, sağ kalan ve eksitus olan hastalar arasında medyan PE boyutları benzerdir (10 mm ve 8,5 mm). Eşlik eden plevral efüzyon, mortalite izlenen grupta sağ kalanlara oranla belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır (%80,0'e karşılık %27,3; $p=0,001$).

Sonuç: Meme kanserinde PE, yalnızca metastatik evreye özgü olmayıp non-metastatik hastalarda da gelişebilmektedir. Efüzyonların büyük kısmı konservatif yaklaşımla yönetilebilmekte olup, tamponad gelişimi veya invaziv girişim ihtiyacı nadirdir. Evre IV hastalarda PE'nin boyutu, persistan karakteri veya drenaj gerektirmesi bağımsız sağkalım prediktörleri değildir. Meme kanserinde PE'nin doğrudan kötü prognoz veya terminal dönem işareti olarak yorumlanmaması gerektiği sonucuna varılmıştır. Efüzyona eşlik eden plevral sıvının yüksek mortalite ile korelasyonu ise büyük olasılıkla sistemik tümör yükünün bir göstergesidir. PE saptanan hastalarda düzenli kardiyak izlem sağlanması için multidisipliner kardiyolojik yaklaşımı dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Perikardiyal efüzyon, Kardiyolojik onkoloji



Tablo 1. Hastaların Demografik, Klinik ve Perikardiyal Efüzyon Özelliklerinin Hastalık Evresine Göre Karşılaştırması

Parametreler	Toplam (n=63)	Non-Metastatik (Evre I-III) (n=21)	Metastatik (Evre IV) (n=42)	p-değeri
Yaş, medyan	56 (47-65)	52 (45-61)	59 (50-68)	0.082
Hormon Reseptör Durumu				
ER Pozitif, n (%)	48 (%76,2)	18 (%85,7)	30 (%71,4)	0.215
PR Pozitif, n (%)	42 (%66,7)	16 (%76,2)	26 (%61,9)	0.258
HER2 Pozitif, n (%)	15 (%23,8)	4 (%19,0)	11 (%26,2)	0.534
Perikardiyal Efüzyon (PE) Özellikleri				
PE Boyutu >= 10 mm, n (%)	18 (%28,6)	4 (%19,0)	14 (%33,3)	0.241
Persistan PE Varlığı, n (%)	24 (%38,1)	6 (%28,6)	18 (%42,9)	0.275
Kardiyak Tamponad Gelişimi, n (%)	3 (%4,8)	0 (%0,0)	3 (%7,1)	0.210
Perikardiyosentez Gereksinimi, n (%)	3 (%4,8)	0 (%0,0)	3 (%7,1)	0.210
Eşlik Eden Plevral Efüzyon, n (%)	33 (%52,4)	5 (%23,8)	28 (%66,7)	0.002*
Mortalite, n (%)	30 (%47,6)	3 (%14,3)	27 (%64,3)	<0.001*

* $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Kısaltmalar: ER; Östrojen Reseptörü, PR; Progesteron Reseptörü, HER2; Human Epidermal Growth Factor Receptor 2.



[SS-064]

Akut Dekompanse HFrEF Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Yaşlı Hastalarda Modifiye Glasgow Prognostik Skorunun Uzun Dönem Mortaliteyi Öngörmedeki Değeri

Emine Şeyma Destici¹, Çağatay Tunca²

¹Emine Şeyma Destici, Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

²Çağatay Tunca, Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Akut dekompanse kalp yetersizliği (ADKY) nedeniyle hastaneye yatırılan yaşlı hastalar, uzun dönem mortalitenin yüksek olduğu, özellikle riskli bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Kılavuzlara dayalı tedavilerdeki ilerlemelere rağmen klinik sonuçlar hâlen yetersizdir; bu durum, erken dönemde uygulanabilir ve pratik risk sınıflandırma araçlarına olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. C-reaktif protein ve serum albümin düzeylerinden hesaplanan modifiye Glasgow Prognostik Skoru (mGPS), sistemik inflamasyon ve beslenme durumunu yansıtan bir göstergedir. Bu iki faktör kalp yetersizliğinde prognozun önemli belirleyicileri olmasına rağmen, ADKY ve düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (HFrEF) olan yaşlı hastalarda mGPS'nin prognostik değeri yeterince net değildir.

Amaç: ADKY ve HFrEF nedeniyle hastaneye yatırılan yaşlı hastalarda, hastaneye kabulde hesaplanan mGPS'nin uzun dönem tüm nedenlere bağlı mortaliteyi öngörmedeki prognostik değerini değerlendirmek.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya Ocak 2022–Mart 2023 tarihleri arasında ADKY ve HFrEF tanısıyla hastaneye yatırılan, ≥ 65 yaşındaki hastalar dahil edildi. Hastaneye kabulde mGPS hesaplandı ve hastalar düşük risk (mGPS 0) ve yüksek risk (mGPS 1–2) gruplarına ayrıldı. Birincil sonlanım noktası uzun dönem tüm nedenlere bağlı mortalite olarak belirlendi. Sağkalım analizleri Kaplan–Meier yöntemiyle yapıldı; bağımsız mortalite belirleyicileri Cox orantısız risk regresyon analizi ile değerlendirildi. Ayrıca, yaş ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) içeren klinik modele mGPS eklenmesinin prognostik katkısı, alıcı işletim karakteristiği (ROC) analizi ile incelendi.

Bulgular: Toplam 162 yaşlı hasta (ortalama yaş 71 ± 6 yıl; %69 erkek) analize dahil edildi. Yüksek mGPS grubundaki hastalarda, düşük mGPS grubuna kıyasla daha fazla komorbidite, daha kötü böbrek fonksiyonu, daha düşük hemoglobin düzeyleri ve daha belirgin azalmış LVEF saptandı. Medyan 24 aylık takip süresince mortalite oranı yüksek mGPS grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı (%38'e karşı %14; $p < 0,001$). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde yüksek mGPS, yaş ve LVEF ile birlikte uzun dönem mortalitenin bağımsız bir öngördürücüsü olarak bulundu (hazard ratio [HR] 2,41; %95 güven aralığı [GA] 1,42–4,10; $p = 0,001$). Yaş ve LVEF'den oluşan temel klinik modele mGPS'nin eklenmesi, mortaliteyi ayırt etme gücünü anlamlı şekilde artırdı (AUC: 0,79 vs. 0,71).

Sonuç: Hastaneye kabulde hesaplanan mGPS, ADKY ve HFrEF nedeniyle hastaneye yatırılan yaşlı hastalarda uzun dönem mortalitenin basit, düşük maliyetli ve kolay ulaşılabilir bir öngördürücüsüdür. mGPS'nin erken risk sınıflandırmasına dahil edilmesi, bu kırılgan hasta grubunda prognozun daha doğru değerlendirilmesine ve klinik karar verme süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut dekompanse kalp yetersizliği, düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği, modifiye Glasgow prognostik skoru, mortalite, yaşlı hastalar



Tablo 2. Uzun Dönem Mortalite İçin Tek Değişkenli Cox Regresyon Analizi Tablo 3. Uzun Dönem Mortalite İçin Çok Değişkenli Cox Regresyon Analizi

Table 2. Univariable Cox Regression Analysis for Long-Term Mortality

Variable	HR (95% CI)	p value
Age (per year)	1.06 (1.03–1.09)	<0.001
Male sex	1.21 (0.75–1.95)	0.42
Hemoglobin	0.82 (0.72–0.93)	0.002
Creatinine	1.78 (1.31–2.42)	<0.001
LVEF	0.91 (0.88–0.94)	<0.001
NT-proBNP	1.34 (1.10–1.62)	0.003
High mGPS	2.94 (1.78–4.86)	<0.001

Abbreviations: HR, hazard ratio; CI, confidence interval; LVEF, left ventricular ejection fraction; NT-proBNP, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide; mGPS, modified Glasgow Prognostic Score.

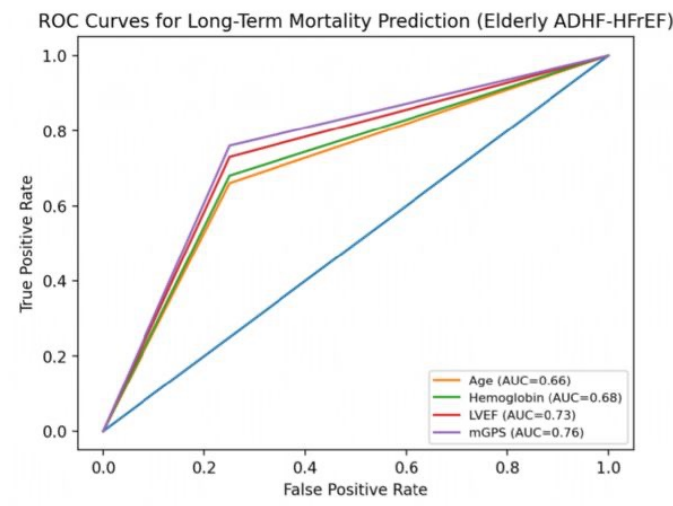
Table 3. Multivariable Cox Regression Analysis for Long-Term Mortality

Variable	HR (95% CI)	p value
Age (per year)	1.05 (1.02–1.08)	<0.001
Hemoglobin	0.85 (0.74–0.97)	0.01
LVEF	0.92 (0.89–0.95)	<0.001
High mGPS	2.41 (1.42–4.10)	0.001

Abbreviations: HR, hazard ratio; CI, confidence interval; LVEF, left ventricular ejection fraction; mGPS, modified Glasgow Prognostic Score.

Tablo 2. Uzun Dönem Mortalite İçin Tek Değişkenli Cox Regresyon Analizi Tablo 3. Uzun Dönem Mortalite İçin Çok Değişkenli Cox Regresyon Analizi

Uzun dönem mortalite öngörüsüne ait ROC eğrileri (Yaşlı ADHF-HFrEF hastaları)



KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1. Düşük ve Yüksek mGPS Grupları Arasında Anlamlı Farklılık Gösteren Klinik, Laboratuvar ve Ekokardiyografik Özellikler

Değişken	Düşük mGPS	Yüksek mGPS	p
Yaş	69±5	74±6	<0.001
Kreatinin	1.1	1.5	<0.001
CRP	5.8	28	<0.001
Albümin	38	31	<0.001
LVEF	32±6	27±7	<0.001
Uzun dönem mortalite (%)	14	38	<0.001



[SS-065]

Sağ koroner küspisten köken alan anomal sirkumfleks arterine bağlı akut inferolateral miyokard infarktüsü

İrfan Yaman, Şükrü Çiriş, Sedat Sakallı
gaziantep şehir hastanesi

Amaç Koroner arter anomalileri nadir görülen konjenital varyasyonlar olup çoğu zaman asemptomatik seyredebilir. Ancak akut koroner sendrom tablolarında tanısız ve girişimsel zorluklara yol açabilmektedir. Bu çalışmada, sağ koroner küspisten köken alan anomal sirkumfleks koroner arterin, ST elevasyonu ile başvuran bir hastada akut inferolateral miyokard infarktüsüne neden olduğu olgu sunulmakta ve girişimsel tedavi süreci tartışılmaktadır.

Yöntem: Sigara ve serebrovasküler olay öyküsü bulunan 52 yaşındaki erkek hasta, tipik göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Başvuru anında arteriyel kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 70/dk ritmik olup fizik muayene bulguları normaldi. Elektrokardiyografi'de DII, DIII, aVF ve V5-6 derivasyonlarında ST elevasyonu izlendi. Kardiyak enzimler (Troponin ve CK-MB) belirgin yüksek bulundu. Bu bulgular doğrultusunda akut inferolateral miyokard infarktüsü tanısı konuldu.

Koroner anjiyografi Judkins tekniği ile sağ femoral arter yoluyla gerçekleştirildi. Sağ koroner arter normal izlendi, ancak sol ana koroner arter anatomik yerinde görüntülenemedi. Bunun üzerine Amplatz Right 1 (AR-1) guiding kateter kullanılarak araştırma yapıldı ve sol sirkumfleks arterin sağ koroner küspisten köken aldığı saptandı.

Selektif kanülasyon sonrası sirkumfleks arterde tromboze stent izlendi. Lezyona 0,014 inç kılavuz tel ilerletildi, ardından 2.25x12 mm balon ile perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) uygulandı. Suboptimal sonuç nedeniyle ilaç kaplı stent implantasyonu yapıldı (3.0x23 mm Xience Pro ve 3.5x8 mm Promus). İşlem sırasında yeterli kateter desteği sağlanarak komplikasyonsuz revaskülarizasyon gerçekleştirildi.

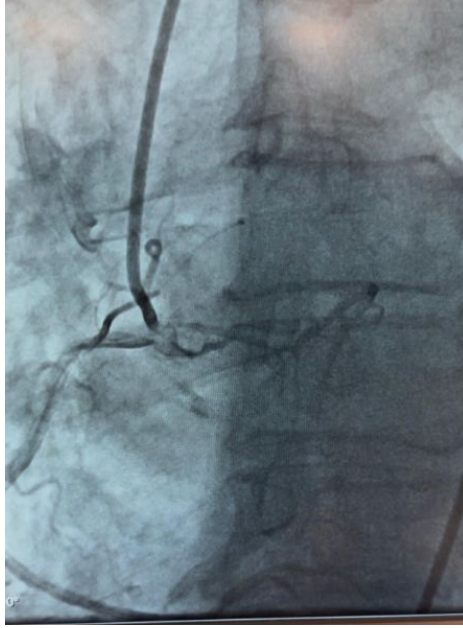
Bulgular: AR-1 guiding kateter ile anomal ostium başarılı şekilde kanüle edildi. Lezyon bölgesine iki ilaç kaplı stent (Xience Pro ve Promus) yerleştirildi. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı ve revaskülarizasyon sağlandı. Olgu, anomal sirkumfleks arterin akut miyokard infarktüsüne yolaçabileceğini ve uygun kateter seçiminin girişimsel başarıda kritik rol oynadığını göstermektedir.

Sonuç: Sağ koroner küspisten köken alan anomal sirkumfleks arter nadir görülen bir KAA alt tipidir. Bu varyasyon, akut miyokard infarktüsüne neden olabileceği gibi girişimsel işlemlerde teknik güçlükler oluşturabilir. Erken tanı, anomal köken olasılığının akılda tutulması, uygun kateter seçimi ve deneyimli girişimsel yaklaşım başarılı revaskülarizasyon açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak kateterizasyon, koroner anjiyografi, koroner arter anomalisi, sol sirkumfleks arter

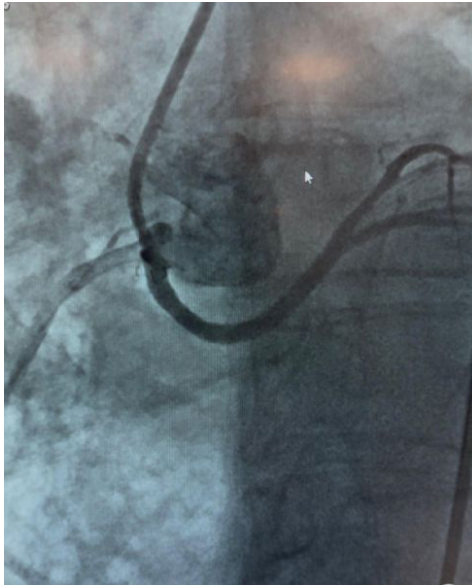


ŞEKİL-1



Sol koroner arterlerin, Sağ koroner küspisden çıkışı

ŞEKİL-2



Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti sonrası



[SS-066]

circumflex koroner arterden bronşial artere fistül: nadir görülen bir olgu sunumu

İrfan Yaman, Şükrü Çiriş, Fatih Poyraz
gaziantep şehir hastanesi

Amaç: Koroner arter fistülleri nadir görülen anomaliler olup pulmoner semptomlarla başvurabilen hastalarda tanısal ve terapötik açıdan önem taşır. Bu bildiride, circumflex koroner arterden bronşial artere fistül gelişen, sık pnömoni atakları ve hemoptizi öyküsü bulunan 62 yaşındaki kadın olgu sunulmakta ve coil embolizasyon ile tedavi süreci tartışılmaktadır.

Yöntem: Hasta sık pnömoni atakları ve hemoptizi öyküsü ile birlikte dispne ve angina yakınmasıyla başvurdu. Klinik değerlendirme ve laboratuvar bulguları sonrası koroner anjiyografi yapıldı. Görüntüleme sırasında circumflex koroner arterin bronşial artere fistül verdiği saptandı. Fistülün anatomik özellikleri detaylı olarak incelendi. Tedavi amacıyla coil embolizasyon planlandı ve işlem girişimsel radyoloji ekibi tarafından gerçekleştirildi.

Bulgular: Koroner anjiyografi sonucunda circumflex arterden bronşial artere fistül doğrulandı. Coil embolizasyon işlemi başarılı şekilde uygulandı ve fistül kapatıldı. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı. Takipte hastanın dispne ve hemoptizi semptomlarında belirgin düzelme izlendi, pnömoni ataklarının tekrarlama riski azaldı.

Sonuç: Circumflex koroner arterden bronşial artere fistül nadir görülen ancak klinik açıdan önemli bir anomalidir. Bu olgu, tekrarlayan pnömoni ve hemoptizi gibi pulmoner semptomlarla başvuran hastalarda koroner fistül olasılığının akılda tutulması gerektiğini göstermektedir. Coil embolizasyon, bu tür fistüllerin kapatılmasında güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olup semptomatik iyileşme sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter fistülü, Bronşial arter fistülü, Coil embolizasyon

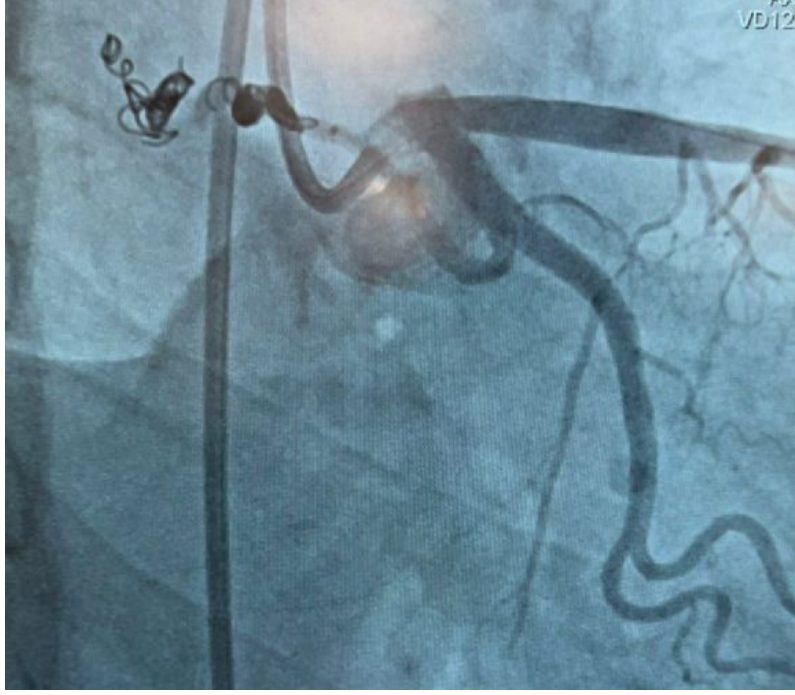
ŞEKİL-1



Koroner anjiyografide circumflex koroner arterden bronşial artere fistül görünümü.



ŞEKİL-2



Coil embolizasyon sonrası circumflex koroner arterden bronşial artere fistülün başarılı şekilde kapatıldığı anjiyografik görüntü.



[SS-067]

Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Obez Tip 2 Diyabetik Hastalarda QTc Uzaması İle İlişkili Parametreler

Özlem Özbek, Hasan Oğur, Erdal Belen

SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: QTc uzaması, ani kardiyak ölüm riskiyle ilişkili önemli bir elektrokardiyografik bulgudur. Bu çalışmada korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu ($EF \geq 50$) obez ($VKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tip 2 diyabetes mellitus (T2DM) hastalarında QTc uzamasının prevalansını ve bununla ilişkili klinik parametreleri araştırmayı amaçladık.

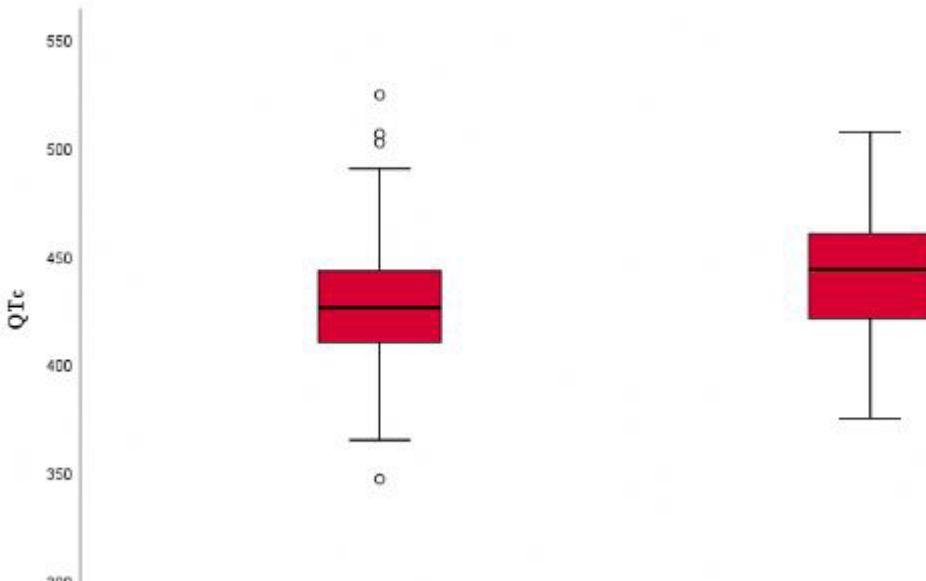
Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, 2023-2024 yılları arasında kardiyoloji polikliniğine başvuran ya da yatırılan, T2DM tanısı olan, $LVEF \geq 50$ ve $VKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ kriterlerini karşılayan 18-90 yaş arası 384 hasta dahil edildi. QTc süresi Bazett formülü kullanılarak hesaplandı; erkeklerde $QTcB > 450 \text{ ms}$, kadınlarda $QTcB > 460 \text{ ms}$ eşik değerleri QTc uzaması olarak kabul edildi. Yaş, cinsiyet, VKİ, HbA1c, GFR, serum potasyumu, QRS süresi, LVEF ve diüretik kullanımı değişkenleri analiz edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student t-testi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanıldı. QTc uzamasının bağımsız belirleyicileri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile saptandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 384 hastanın 62'sinde (%16,1) QTc uzaması saptandı. QTc uzaması olan hastalarda QRS süresi [94,5 (42) ms'ye karşın 85 (15) ms, $p < 0,001$] ve diüretik kullanım oranı (%30,6'ya karşın %10,9, $p < 0,001$) anlamlı olarak daha yüksek (Şekil 1); GFR ise anlamlı olarak daha düşüktü [70 (36)'ya karşın 80 (33) mL/dak/1,73m², $p = 0,028$]. Erkek cinsiyet QTc uzaması grubunda daha sık gözlemlendi (%45,2'ye karşın %31,4, $p = 0,035$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde QRS süresinin uzaması ($OR = 1,057$; %95 GA: 1,037-1,077; $p < 0,001$) ve diüretik kullanımının ($OR = 2,413$; %95 GA: 1,102-5,286; $p = 0,028$) QTc uzamasının bağımsız belirleyicileri olduğu saptandı (Nagelkerke $R^2 = 0,245$) (Tablo 1).

Sonuç: Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu obez T2DM hastalarında QTc uzaması prevalansı %16,1 olarak belirlendi. QRS süresinin uzaması ve diüretik kullanımı bu hasta grubunda QTc uzamasının bağımsız belirleyicileri olarak saptandı. Bu bulgular, söz konusu yüksek riskli popülasyonda EKG takibinin ve diüretik tedavisinin elektrokardiyografik etkilerinin gözetilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyon, obezite, tip 2 DM, QTc uzaması

Şekil 1: Diüretik kullanım durumuna QTc düzeyleri





QTc Uzamasının Bağımsız Belirleyicilerine Yönelik Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	B	SH	Wald	p	OR	%95 GA Alt	%95 GA Üst
Yaş (yıl)	-0,003	0,018	0,021	0,884	0,997	0,963	1,033
Kadın cinsiyet	-0,323	0,329	0,965	0,326	0,724	0,380	1,379
QRS süresi (ms)	0,055	0,010	31,588	<0,001	1,057	1,037	1,077
GFR (mL/dak/1,73m ²)	-0,012	0,009	1,934	0,164	0,988	0,972	1,005
Diüretik kullanımı	0,881	0,400	4,848	0,028	2,413	1,102	5,286

Bağımlı değişken: QTc uzaması (erkek >450 ms, kadın >460 ms) | n=384 | Olay sayısı=62 (%16,1) | Nagelkerke R²=0,245
GA: güven aralığı; GFR: glomerüler filtrasyon hızı; OR: odds oranı; QRS: QRS kompleks süresi; SH: standart hata.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



[SS-068]

Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Başvuru BNP Düzeyinin Sol Ventrikül Sistolik Disfonksiyonu ve Çoklu Damar Hastalığını Öngörmedeki Değeri

Ceyhun Yücel

ADANA ŞEHİR HASTANESİ

Amaç: Akut koroner sendrom (AKS) hastalarında erken risk sınıflaması klinik karar verme açısından önemlidir. Beyin natriüretik peptid (BNP), miyokardiyal duvar stresinin göstergesi olmakla birlikte koroner arter hastalığının yaygınlığı ve ventrikül fonksiyonları ile ilişkisi tam olarak net değildir. Bu çalışmada başvuru BNP düzeyinin düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) ve çoklu damar hastalığını öngörmedeki değeri araştırıldı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya AKS tanısıyla koroner anjiyografi uygulanan 148 hasta dahil edildi. Demografik özellikler, laboratuvar parametreleri, ekokardiyografik bulgular ve koroner anjiyografi sonuçları hasta kayıtlarından elde edildi. Birincil sonlanım noktaları:

- LVEF <40%
- Çoklu damar hastalığı varlığı BNP, CRP, NLR, PLR ve SII parametreleri değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalar ve ROC analizleri yapıldı.

Bulgular: Toplam 148 hastanın 20'sinde (%13,5) LVEF <%40 saptandı. Çoklu damar hastalığı 98 hastada (%66,2) mevcuttu. Düşük LVEF grubunda BNP düzeyleri anlamlı derecede yüksekti (3495 pg/mL'ye karşı 645 pg/mL, $p<0,001$). ÇokludamarhastalığıbulunanhastalardaBNPdüzeylerianlamlıolarakdahayüksekti(1346pg/mL'ye karşı501pg/mL, $p<0,001$). ROC analizinde BNP:

- Düşük LVEF öngörüsünde AUC=0,794
- ÇokludamarhastalığıöngörüsündeAUC=0,692olarakbulundu.CRP,NLR,PLRveSII için anlamlı ayırtedici performans saptanmadı.

Sonuç: Başvuru BNP düzeyi AKS hastalarında hem düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu hem de çoklu damar hastalığı ile güçlü ilişki göstermektedir. BNP, AKS hastalarında yalnızca kalp yetersizliği belirtici değil, aynı zamanda koroner arter hastalığının yaygınlığını ve ventrikül fonksiyon bozukluğunu öngörmede yararlı bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: BNP, akut koroner sendrom, çoklu damar hastalığı, ejeksiyon fraksiyonu, koroner anjiyografi

ROC Analizi Sonuçları

PARAMETRE	AUC	p
BNP	0,794	<0,001
CRP	0,545	0,518
NLR	0,447	0,447
PLR	0,545	0,516
SII	0,469	0,657



[SS-069]

Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası Gelişen Subakut Stent Trombozunda IVUS Rehberliğinde Başarılı Tedavi: Olgu Sunumu

Hüseyin Dumlu, Kudret Keskin, Ahmet Gürdal, Sinan Şahin
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Subakut stent trombozu, primer perkütan koroner girişim (PKG) sonrasında nadir görülmekle birlikte yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkili ciddi bir komplikasyondur. Bu olgu sunumunda, akut anterior ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) nedeniyle primer PKG uygulanan ve subakut stent trombozu gelişen bir hastada, intravasküler ultrasonografi (IVUS) ile saptanan mekanik nedenlerin tedavi edilmesi sonucunda elde edilen başarılı klinik sonucun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:

Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 54 yaşındaki erkek hasta, göğüs ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Elektrokardiyografisinde akut anterior ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) ile uyumlu bulgular saptanması üzerine hasta primer perkütan koroner girişim (PKG) amacıyla kateterizasyon laboratuvarına alındı. Koroner anjiyografide sol ön inen arterde (LAD) kritik lezyon izlenmesi üzerine 2,75×12 mm balon ile predilatasyon yapıldı ve ardından 3,5×29 mm stent implantasyonu gerçekleştirildi. Stent implantasyonunu takiben 3,75×8 mm non-kompliyan (NC) balon ile postdilatasyon uygulandı ve işlem başarılı olarak sonlandırıldı.

İzlemin beşinci gününde hastada ani başlayan şiddetli göğüs ağrısı gelişti. Elektrokardiyografide yeniden akut anterior STEMI bulguları saptanması üzerine yapılan acil koroner anjiyografide LAD stentinde tromboz izlendi ve subakut stent trombozu tanısı konuldu. Koroner girişim sırasında 3,5×12 mm NC balon ile dilatasyon yapıldı ve intravenöz/intrakoroner tirofiban uygulanarak başarılı revaskülarizasyon sağlandı.

Optimal medikal tedavi altında subakut stent trombozu gelişmesi nedeniyle altta yatan mekanik nedenlerin araştırılması amacıyla intravasküler ultrasonografi (IVUS) görüntülemesi yapıldı. IVUS incelemesinde, LAD proksimaline implante edilen stentin sol ana koroner arter (LMCA) içine uzandığı ve yetersiz ekspansiyon gösterdiği saptandı. Bunun üzerine LAD stenti 4,0×15 mm NC balon ile 24 atm basınçta yeniden postdilate edildi. Ayrıca LMCA içine uzanan stent segmentine 5,0×8 mm NC balon kullanılarak proksimal optimizasyon tekniği (POT) uygulandı. İşlem sonrası yapılan IVUS değerlendirmesinde stentin LMCA içine uzanan segmentinde yeterli ekspansiyon ve appozisyon sağlandığı doğrulandı. Sirkumfleks arter ostiumunda anlamlı darlık izlenmedi. Anjiyografik ve intravasküler görüntüleme sonuçları başarılı olarak değerlendirildi.

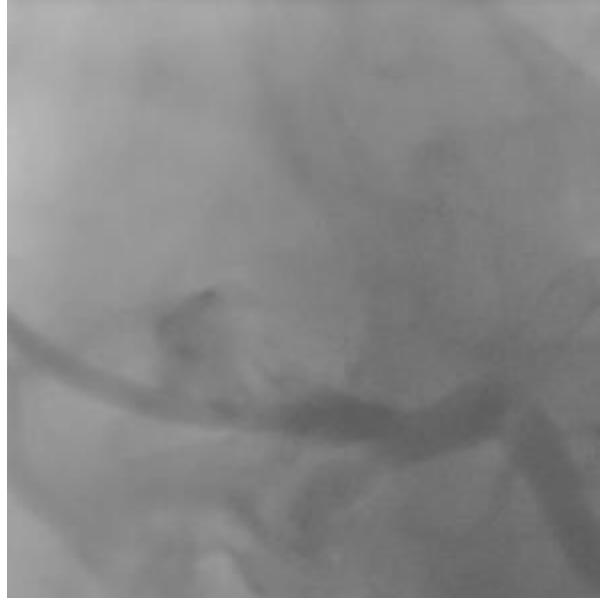
Sonuç:

Primer PKG sonrasında gelişen subakut stent trombozunda altta yatan mekanik nedenlerin araştırılması, uygun tanı ve tedavi süreçlerinin belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. IVUS, stent underexpansiyonu ve malappozisyon gibi anjiyografi ile her zaman saptanamayan bu nedenlerin ortaya konulmasında önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle LMCA içine uzanan stent implantasyonlarında IVUS rehberliğinde yapılan stent optimizasyonu, tekrarlayan trombotik olayların önlenmesinde faydalı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntravasküler Görüntüleme, Stent Trombozu, Perkütan Koroner Girişim

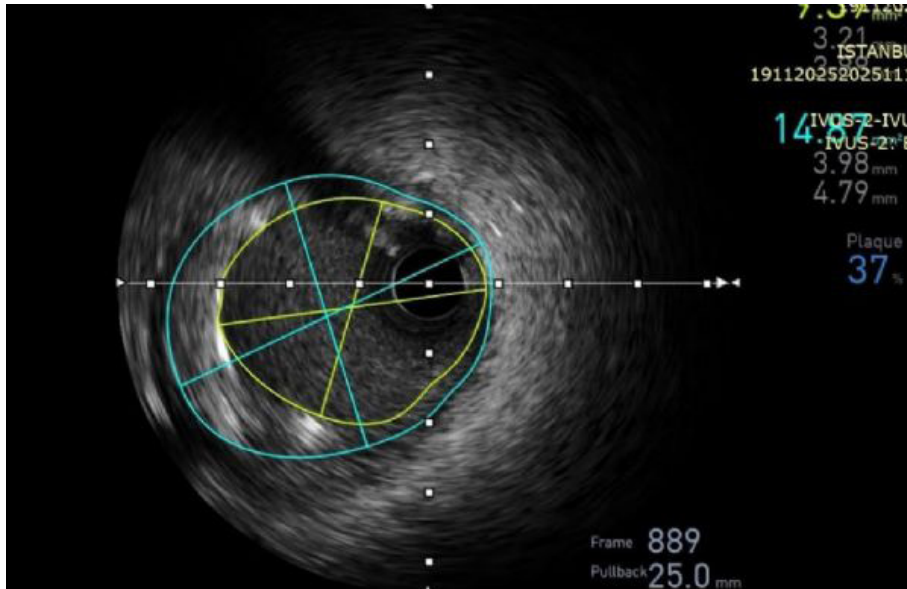


Şekil-1



Primer Lad Pci Sonrası Beşinci Günde Gelişen Akut Anterior Mı

Şekil-2



İvus ile Stent Expansiyonunun Değerlendirilmesi



[SS-070]

Akut Perikardit Sadece Perikardit Olmadığında: Genç Bir Kadında Hızla Gelişen Çoklu Sistem Tutulumu ile Seyreden Lupus Miyoperikarditi

Serkan Bektur, Edanur Oba

Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgu Özeti: Daha önce bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 19 yaşındaki kadın hasta, inspirasyonla artan ve öne eğilmekle azalan plöretik göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Başvuru sırasında hemodinamik olarak stabildi. EKG'de akut iskemi düşündürülen bulgu yoktu, troponin düzeyinde yükseklik mevcuttu. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal, minimal perikardiyal efüzyon saptandı. Akciğer görüntülemesi, böbrek fonksiyonları ve diğer başlangıç incelemeleri normaldi.

Bu bulgularla hastaya akut perikardit tanısı konularak yüksek doz asetilsalisilik asit ve kolşisin tedavisi başlandı. Göğüs ağrısı kısa sürede düzeldi. Ancak takipte klinik tablo hızla değişti. Hastada progresif dispne gelişti ve oksijen ihtiyacı 8 L/dk'ya kadar yükseldi. Akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon saptandı ve subfebril ateş ortaya çıktı.

İzleyen günlerde hasta oligürik hale geldi ve serum kreatinin değeri 0,2 mg/dL'den 2,0 mg/dL'ye yükselerek akut böbrek hasarını gösterdi. Laboratuvar incelemelerinde kompleman tüketimi (düşük C3 düzeyi) tespit edildi. Perikardit ve plevral efüzyon ile seyreden serozit, troponin yüksekliği ile gösterilen miyokardiyal hasar ve akut böbrek hasarının birlikteliği sistemik otoimmün hastalık şüphesini doğurdu. Yapılan otoimmün serolojik incelemeler sonucunda hastaya Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) tanısı konuldu.

Kardiyak MR görüntüleme sonrasında olgu, SLE'nin ilk bulgusu olarak ortaya çıkan lupuilişkili miyoperikardit şeklinde değerlendirildi. İmmünsüpresif tedavi başlanmasının ardından hastanın solunum semptomları ve böbrek fonksiyonlarında belirgin düzelme gözlemlendi.

Tartışma: SLE'de kardiyak tutulum sık görülmekle birlikte perikardit en yaygın kardiyak bulgudur. Lupus miyokarditi ise daha nadir ancak ciddi sonuçlara yol açabilen bir komplikasyondur. Klinik olarak viral miyokardit veya idiyopatik perikarditi taklit edebilir. Bu nedenle genç hastalarda başlangıçta basit perikardit gibi görünen tabloların plevral efüzyon, böbrek tutulumu ve kompleman tüketimi gibi multisistemik bulgularla birlikte olması durumunda otoimmün hastalıklar mutlaka araştırılmalıdır.

Olguda ayrıca antifosfolipid sendrom (APS) ilişkili miyokardiyal hasar ile lupus miyokarditi ayırıcı tanısı tartışılmıştır. Hastadaki yaygın serozit, kompleman tüketimi ve böbrek tutulumu aktif SLE lehine değerlendirilmiştir.

Ana Mesaj: Bu olgu, akut miyoperikarditin SLE'nin ilk klinik bulgusu olabileceğini ve başlangıçta basit perikardit gibi görünen genç hastalarda multisistemik bulgular geliştiğinde lupus miyokarditi açısından yüksek klinik şüphe gerektiğini göstermektedir. Erken tanı ve immünsüpresif tedavi ile klinik sonuçlar belirgin şekilde iyileşebilir.

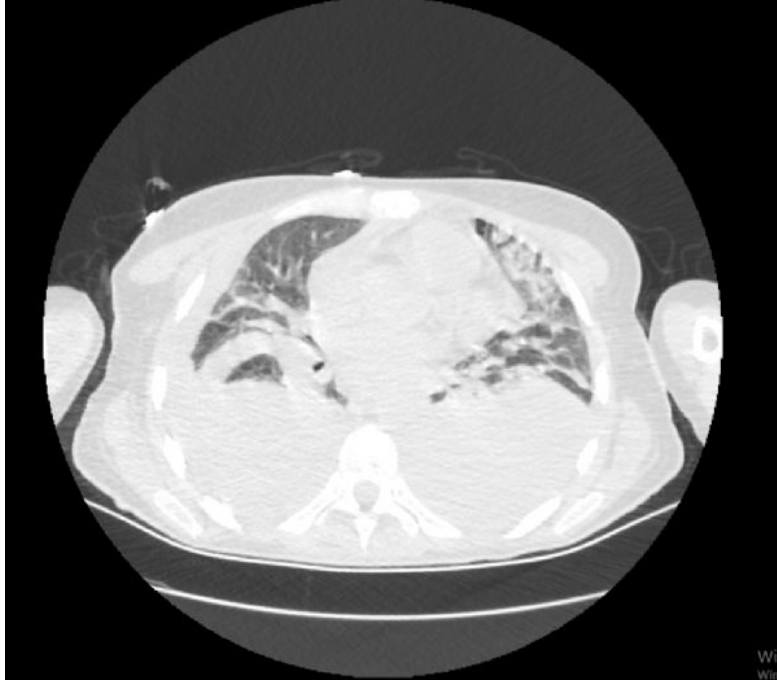
Anahtar Kelimeler: Akut miyoperikardit, sistemik lupus eritematosus, serozit

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Hastaneye başvuru 2. gün Toraks CT



Hastaneye başvuru 2. gün Toraks CT

Hastaneye ilk başvuru Toraks CT



Hastaneye ilk başvuru Toraks CT



[SS-071]

Stent İçi Restenozda Metabolik, Renal Ve İnflamatuvar Biyolojik Fenotiplerin Kümeleme Analizi

Hakan İskender, Ömer Abdalbaki Kılıç

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Stent içi restenoz, perkütan koroner girişim sonrası klinik önemini koruyan bir komplikasyondur. Ancak stent içi restenozun biyolojik olarak homojen bir süreç olup olmadığı net değildir. Bu çalışmada, anjiyografik olarak doğrulanmış stent içi restenoz hastalarında metabolik, renal ve inflamatuvar değişkenlere dayalı biyolojik fenotiplerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya anjiyografik olarak doğrulanmış stent içi restenozu olan 195 hasta dahil edildi. Glukoz, trigliserid/HDL oranı, tahmini glomerüler filtrasyon hızı, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, trombosit sayısı, albümin ve LDL kolesterol değişkenleri kullanıldı. Bu değişkenler standartlaştırıldıktan sonra denetimsiz k-means kümeleme analizi uygulandı ve hasta popülasyonu üç kümeye ayrıldı. Kümeler arasındaki farklılıklar non-parametrik istatistiksel testlerle değerlendirildi.

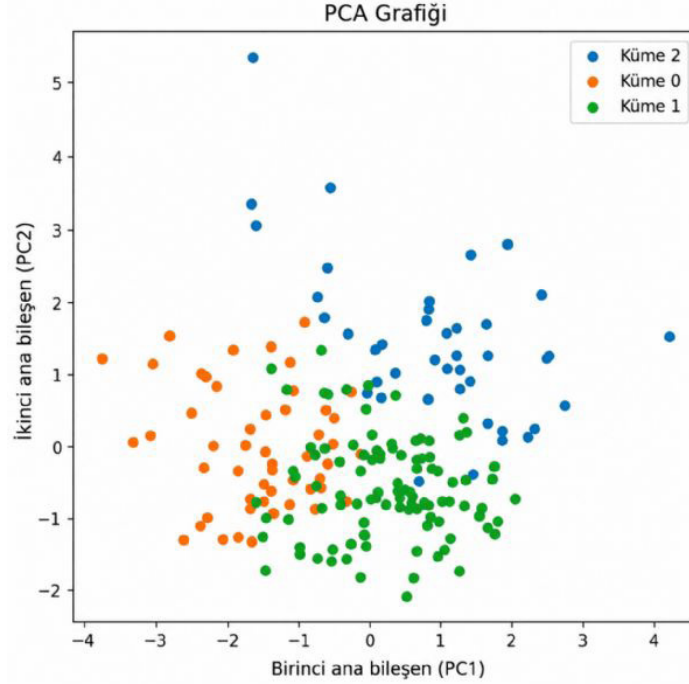
Bulgular: Kümeleme analizi, stent içi restenoz hastalarında üç farklı biyolojik fenotip tanımladı. Küme 0, 51 hastadan oluşuyordu ve azalmış renal fonksiyon ile düşük albümin düzeyleriyle karakterizedy; medyan tahmini glomerüler filtrasyon hızı 55 mL/dk/1,73 m², albümin düzeyi ise 3,8 g/dL idi. Küme 1, 101 hastadan oluşuyordu ve görece korunmuş metabolik ve inflamatuvar parametrelerle düşük biyolojik yük fenotipini temsil ediyordu. Küme 2, 43 hastadan oluşuyordu ve yüksek trigliserid/HDL oranı, artmış nötrofil ve trombosit sayıları ile yüksek LDL kolesterol düzeyleriyle karakterizedy; medyan trigliserid/HDL oranı 5,2, nötrofil sayısı $8,0 \times 10^3/\mu\text{L}$, trombosit sayısı $291 \times 10^3/\mu\text{L}$ ve LDL kolesterol düzeyi 159 mg/dL idi. Kümeler arasında glukoz, TG/HDL oranı, eGFR, nötrofil, lenfosit, trombosit, albümin ve LDL kolesterol dahil olmak üzere tüm analiz değişkenleri açısından anlamlı farklılık saptandı (Tablo 1). PCA düzlemindeki dağılım, kümelerin biyolojik değişkenler temelinde kısmen ayrıışan profiller oluşturduğunu gösterdi (Şekil 1). SYNTAX skoru da kümeler arasında anlamlı olarak farklıydı; medyan değerler Küme 0, Küme 1 ve Küme 2 için sırasıyla 13, 10 ve 15 idi ($p=0,015$) (Tablo 1). Diyabet prevalansı kümeler arasında benzerdi ($p=0,41$), buna karşın statin kullanımı anlamlı olarak farklılık gösterdi ($p=0,003$). Belirlenen biyolojik fenotiplerin genel özellikleri Şekil 2’de özetlenmiştir.

Sonuç: Stent içi restenoz, metabolik, renal ve inflamatuvar profilleri farklı biyolojik fenotiplerle ilişkilidir. Bu bulgular, stent içi restenozun tek tip bir biyolojik süreç olmadığını; renal disfonksiyon-albümin düşüklüğü, düşük biyolojik yük ve dislipidemi-inflamasyon ağırlıklı farklı alt mekanizmalarla gelişebileceğini düşündürmektedir. Fenotip temelli yaklaşım, stent içi restenoz hastalarında risk sınıflaması ve bireyselleştirilmiş takip stratejileri açısından klinik değer taşıyabilir.

Anahtar Kelimeler: Stent içi restenoz, k-means kümeleme, biyolojik fenotip, inflamasyon, dislipidemi

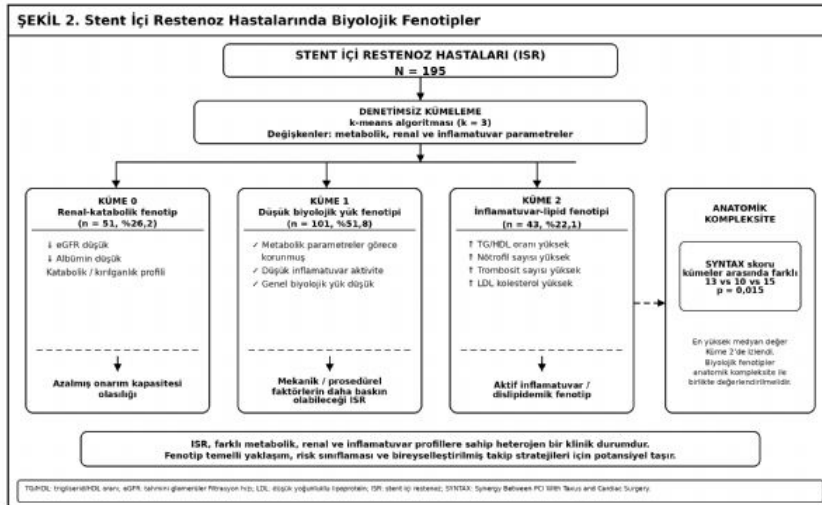


Resim 1. Stent içi restenoz hastalarında biyolojik fenotiplerin PCA düzlemindeki dağılımı



Her nokta bir hastayı temsil etmektedir. Renkler, metabolik, renal ve inflamatuvar değişkenler kullanılarak yapılan k-means kümeleme analizi sonucunda belirlenen üç biyolojik fenotipi göstermektedir. PCA düzlemindeki dağılım, kümelerin biyolojik değişkenler temelinde kısmen ayrıışan profiller oluşturduğunu göstermektedir.

Resim 2. Stent içi restenozda biyolojik fenotiplerin merkezi gösterimi.



K-means kümeleme analizi ile üç biyolojik fenotip tanımlandı: renal-katabolik, düşük biyolojik yük ve inflamatuvar-lipid fenotipi.



Tablo 1. Küme Özellikleri (Medyan [IQR])

Değişken	Küme 0	Küme 1	Küme 2	P-değeri
Glukoz (mg/dL)	116 (107–124)	103 (98–111)	113 (105–120)	<0,001
TG/HDL oranı	4,0 (2,3–5,8)	4,3 (3,0–5,5)	5,2 (4,0–6,0)	0,035
eGFR (mL/dk/1,73 m ²)	55 (37–68)	96 (83–106)	98 (79–105)	<0,001
Nötrofil (×10 ³ /μL)	4,7 (4,0–6,2)	4,7 (3,9–5,7)	8,0 (6,5–9,4)	<0,001
Lenfosit (×10 ³ /μL)	1,4 (1,0–2,0)	2,2 (1,7–2,7)	2,7 (2,2–3,3)	<0,001
Trombosit (×10 ³ /μL)	199 (172–262)	227 (198–274)	291 (252–342)	<0,001
Albümin (g/dL)	3,8 (3,6–4,1)	4,3 (4,0–4,5)	4,1 (3,7–4,4)	<0,001
LDL (mg/dL)	120 (75–142)	121 (86–146)	159 (122–191)	<0,001
SYNTAX skoru	13 (8,5–22,5)	10 (7–16)	15 (9–19)	0,015

Değerler medyan ve çeyrekler arası aralık olarak verilmiştir. Kümeler arasında metabolik, renal, inflamatuvar değişkenler ve SYNTAX skoru karşılaştırılmıştır.



[SS-074]

Esansiyel Hipertansiyonda Gece Kan Basıncı Yükü ve Dipping Oranının Böbrek Fonksiyonu İle İlişkisi

Vedat Aslan, Sefa Sural
Toros Üniversitesi, Mersin

Amaç: Hipertansif bireylerde gece sistolik kan basıncı (SKB) yüksekliği ve bozulmuş gece dipping paterni, hedef organ hasarıyla ilişkilendirilmiştir. Ancak, mutlak gece kan basıncı yükü ile sirkadiyen kan basıncı paterninin böbrek fonksiyonu üzerindeki göreceli katkısı henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, esansiyel hipertansiyonlu hastalarda gece SKB ve sistolik dipping oranının tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ile bağımsız ve göreceli ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, 24 saatlik ambulator kan basıncı monitörizasyonu uygulanan 302 esansiyel hipertansiyon hastası dahil edildi. Hastalar gece sistolik kan basıncı düzeyine göre <120 mmHg ve ≥ 120 mmHg olarak iki gruba ayrıldı. Gece SKB ≥ 120 mmHg, artmış gece kan basıncı yükü olarak değerlendirildi. Böbrek fonksiyonu tahmini glomerüler filtrasyon hızı ile değerlendirildi. Gece sistolik kan basıncı ve sistolik dipping oranının eGFR ile ilişkisi korelasyon analizleri ve çok değişkenli doğrusal regresyon modelleriyle incelendi. Regresyon modellerinde yaş, cinsiyet ve diabetes mellitus için düzeltme yapıldı.

BULGULAR: Gece SKB ≥ 120 mmHg olan hastalarda eGFR değerleri, gece SKB <120 mmHg olan hastalara kıyasla anlamlı olarak daha düşük saptandı ($88,9 \pm 21,8$ vs $94,5 \pm 23,7$ mL/dak/1,73 m², $p=0,045$). Korelasyon analizinde eGFR, gece SKB ile ters yönlü ($r=-0,198$, $p=0,001$) ve dipping oranı ile aynı yönlü ilişki ($r=0,201$, $p<0,001$) gösterdi. Buna karşılık sistolik dipping oranı ile eGFR arasında pozitif yönde ilişki saptandı ($r=0,201$; $p<0,001$).

Yaş, cinsiyet ve diabetes mellitus için düzeltilmiş ayrı çok değişkenli modellerde hem sistolik dipping oranı hem de gece sistolik kan basıncı eGFR ile bağımsız olarak ilişkiliydi. Dipping oranının modele eklenmesiyle pozitif ilişki devam etti ($\beta=0,159$; $p=0,001$). Gece sistolik kan basıncının ayrı modele eklenmesiyle ise eGFR ile ters yönlü bağımsız ilişki izlendi ($\beta=-0,167$; $p<0,001$). Ancak gece sistolik kan basıncı ve sistolik dipping oranı aynı modele birlikte alındığında her iki değişkenin de istatistiksel anlamlılığını kaybettiği görüldü (gece sistolik kan basıncı: $\beta=-0,111$; $p=0,154$; sistolik dipping oranı: $\beta=0,069$; $p=0,376$). Model açıklayıcılığı açısından da dipping oranı, gece sistolik kan basıncı ve her iki değişkeni birlikte içeren modeller arasında belirgin fark izlenmedi; düzeltilmiş R² değerleri sırasıyla 0,357, 0,360 ve 0,359 idi. Sonuç: Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda hem gece SKB hem de sistolik dipping oranı böbrek fonksiyonu ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, her iki değişkenin birlikte modele alınması durumunda istatistiksel anlamlılığın kaybolması; gece kan basıncı yükü ile sirkadiyen kan basıncı paterninin eGFR üzerindeki etkilerinin büyük ölçüde örtüştüğüne işaret etmektedir. Bu bulgular, söz konusu parametrelerin birbiriyle yarışan bağımsız belirleyiciler olmaktan çok böbrek fonksiyonunu etkileyen ortak bir patofizyolojik sürecin tamamlayıcı yansımaları olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ambulator kan basıncı monitörizasyonu, gece kan basıncı, dipping paterni, böbrek fonksiyonu, glomerüler filtrasyon hızı

eGFR İle İlişkili Faktörlere Yönelik Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi

Değişken	Model 1 β (p)	Model 2 β (p)	Model 3 β (p)	Model 4 β (p)
Yaş	-0,390 (<0,001)	-0,403 (<0,001)	-0,392 (<0,001)	-0,397 (<0,001)
Kadın cinsiyet	-0,361 (<0,001)	-0,356 (<0,001)	-0,359 (<0,001)	-0,358 (<0,001)
Diabetes mellitus	-0,101 (0,033)	-0,105 (0,023)	-0,097 (0,036)	-0,100 (0,031)
Dipping oranı	-	0,159 (0,001)	-	0,069 (0,376)
Gece SKB	-	-	-0,167 (<0,001)	-0,111 (0,154)
Düzeltilmiş R ²	0,334	0,357	0,360	0,359

Model 1: Yaş, cinsiyet, diabetes mellitus. Model 2: Model 1 + dipping oranı. Model 3: Model 1 + gece sistolik kan basıncı. Model 4: Model 1 + dipping oranı + gece sistolik kan basıncı. SKB: Sistolik kan basıncı.



[SS-076]

Sol Ana Koroner Artere Protrüde LAD Stenti Varlığında Kompleks CX Girişimi: Tel Pozisyonunun ve Bailout Tekniklerinin Kritik Rolü

Yusuf Sezai Akyıldız, Eren Ladiklioğlu, Murat Kelbaş, Ahmet Gürdal, Kudret Keskin

şişli hamidiye etfal eğitim araştırma hastanesi, kardiyoloji ana bilim dalı, istanbul

Giriş

Koroner lezyonlarında daha önce implante edilmiş stentlerin, özellikle sol ana koroner arter düzeyine protrüde olduğu durumlarda, sonraki perkütan koroner girişimler önemli teknik zorluklar oluşturmaktadır. Stent strutları arasından gerçekleşen kılavuz tel geçişindeki zorluklar; yan dal erişiminin kaybına, stent veya balon ilerletme başarısızlığına ve işlem süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Bu olguda, daha önce LAD kronik total oklüzyonuna yönelik gerçekleştirilen girişim sonrasında sol ana koroner artere protrüde kalan stent varlığında gelişen kompleks sirkumfleks arter girişimi ve işlemin başarıyla tamamlanmasını sağlayan bailout stratejileri sunulmaktadır

Olgu Sunumu

Bilinen hipertansiyon, astım ve koroner arter hastalığı öyküsü bulunan kırk yaş erkek hasta tipik vasıfta göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Hasta Özgeçmişinde Haziran 2024'te LAD kronik total oklüzyonuna yönelik PCI uygulandığı, işlem sırasında koroner rüptür geliştiği, greft stent implantasyonu, perikardiyosentez ve İMA coil embolizasyonu yapıldığı öğrenildi.

Hasta instabil angina pectoris tanısıyla interne edildi. Sonrasında koroner anjiyografi planlandı. Yapılan koroner anjiyografide CX orta segmentte %90 kritik darlık izlendi. Ayrıca daha önce implante edilen LAD stentinin sol ana koroner arter içine protrüde olduğu görüldü.

PCI sırasında CX lezyonu floppy guidewire ile geçildi. Bifürkasyon anatomisi nedeniyle işlem sırasında LAD'e de koruyucu kılavuz tel yerleştirildi. Lezyona 3.0 × 15 mm balon ile predilatasyon uygulandı. Sonrasında 4.0 × 29 mm DES ilerletilmeye çalışıldı ancak stent lezyona ulaştırılamadı. Floroskopik değerlendirmede, kılavuz telin LAD'deki önceki stentin strutları arasından geçtiği ve bunun stent iletimini mekanik olarak engellediği izlendi..

Bunun üzerine LAD'de daha önce implante edilmiş stent segmentine 3.0 × 15 mm balon ile dilatasyon uygulanarak stent strutları yeniden şekillendirildi ve kılavuz telin doğru intralüminal pozisyonu sağlandı. Ardından GuideLiner kateter desteği kullanılarak stent sistemlerinin CX segmentine iletimi mümkün hale getirildi. Sırasıyla 4.0 × 29 mm ve 4.0 × 15 mm Firehawk DES başarıyla implante edildi. Sonrasında stent balonu ile postdilatasyon gerçekleştirildi. Kontrol anjiyografisinde rezidüel darlık izlenmezken, hedef damarda TIMI 3 akım elde edildi

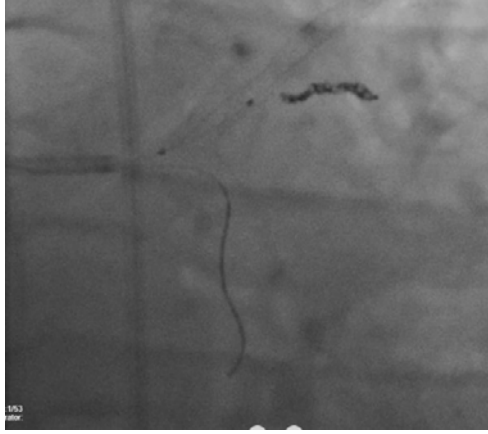
Tartışma

Sol ana koroner arter düzeyine protrüde olan önceki stentler, koroner girişimlerinde ciddi mekanik bariyer oluşturabilir. Bu olguda telin stent strutları arasından yanlı geçişi, lezyona yönelik balon ve stent geçişini engellemiştir. Balonla stent re-konfigürasyonu, strutların yeniden şekillendirilmesini sağlayarak tel yönlendirmesini düzeltmiş ve girişimsel başarıyı mümkün kılmıştır. GuideLiner kateter desteği ise girişimsel malzemelerin iletiminde ek güç sağlayarak kompleks koroner girişimin tamamlanmasına olanak vermiştir. Bu olgu, kompleks koroner anatomilerde uygun tel pozisyonu ve bailout tekniklerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: stent strut, GuideLiner kateter, bailout teknikleri, kompleks PCI

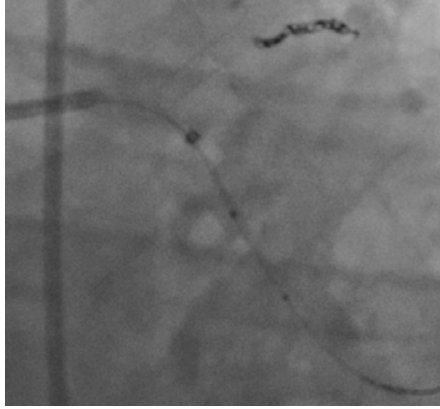


şekil 1



LAD'deki mevcut stent segmentine 3.0x15 mm balon ile dilatasyon uygulanarak stent strutları yeniden şekillendirildi ve telin doğru intralüminal yönlenmesi sağlandı.

şekil 2



. GuideLiner kateter desteği ile CX segmentine stent ve balon ilerletildi. Önce 3.0x15 mm balon ile predilatasyon uygulandı. Sırasıyla 4.0 × 29 mm ve 4.0 × 15 mm Firehawk DES başarıyla implante edildi



[SS-077]

Non-Diyabetik Hastalarda Yüksek Koroner Lezyon Kompleksitesinin Belirlenmesinde Plazma Aterojenik İndeksi

Abdulkadir Kara

Samsun Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Samsun, Türkiye

Amaç: Diyabetik olmayan non-ST segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (NSTEMI) hastalarında plazma aterojenik indeksinin (AIP), koroner arter hastalığı kompleksitesinin bir göstergesi olan SYNTAX skoru ile ilişkisini araştırmak ve yüksek SYNTAX skoru (≥ 22) varlığını öngörmedeki değerini değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya diyabetik olmayan ve NSTEMI tanısıyla koroner anjiyografi uygulanan toplam 307 hasta dahil edildi. Hastalar SYNTAX skoru < 22 ($n=261$) ve SYNTAX skoru ≥ 22 ($n=46$) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, kardiyovasküler risk faktörleri ve laboratuvar parametreleri kaydedildi. Plazma aterojenik indeksi [$AIP = \log_{10}(\text{trigliserit}/\text{HDL-kolesterol})$] hesaplandı. Yüksek SYNTAX skoru ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Ayrıca AIP'nin yüksek SYNTAX skorunu öngörmedeki performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 307 hastanın 46'sında (%15) yüksek SYNTAX skoru (> 22) saptandı. Yüksek SYNTAX grubunda erkek cinsiyet ($p=0,012$) ve sigara kullanımı ($p=0,013$) daha sık görüldü. Ayrıca trigliserit düzeyi daha yüksek ($p=0,038$), HDL-kolesterol düzeyi daha düşük ($p=0,029$) ve AIP değeri daha yüksek bulundu ($0,68 \pm 0,2$ 'ye karşı $0,49 \pm 0,2$; $p=0,019$). Literatürde tanımlanan AIP kategorileri ($< 0,1$; $0,1-0,24$; $> 0,24$) ile yüksek SYNTAX skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,428$). Buna karşın ROC analizinde AIP için belirlenen 0,54 kesim değeri, yüksek SYNTAX skorunu öngörmede en uygun eşik değer olarak bulundu ($AUC=0,615$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde AIP, yüksek SYNTAX skoru ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR: 4,438; %95 güven aralığı: 1,159-16,993; $p=0,030$).

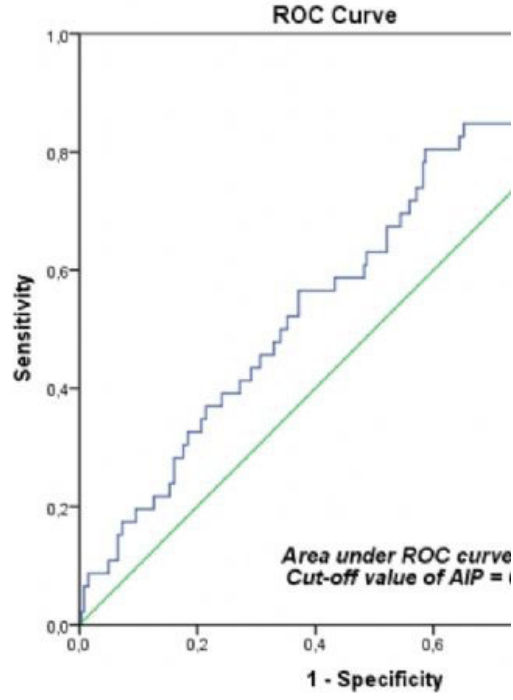
Sonuç: Plazma aterojenik indeksi, diyabetik olmayan hastalarda koroner arter hastalığı kompleksitesi ile yakın ilişki göstermiştir. Yüksek SYNTAX skoruna sahip hastalarda daha yüksek AIP değerlerinin saptanması ve AIP'nin çok değişkenli analizde bağımsız olarak yüksek SYNTAX skoru ile ilişkili bulunması, bu parametrenin koroner aterosklerotik yükün değerlendirilmesindeki potansiyel önemini desteklemektedir. Diyabetik hastaların dışlandığı bu popülasyondan elde edilen sonuçlar, AIP'nin diyabete eşlik eden metabolik bozukluklardan bağımsız olarak da klinik bilgi sağlayabildiğini göstermektedir. Ayrıca, çalışmamızda belirlenen 0,54 eşik değeri, yüksek koroner lezyon kompleksitesinin saptanmasında popülasyona özgü eşik değerlerin önemine işaret etmektedir. Rutin lipid parametrelerinden kolaylıkla elde edilebilmesi ve düşük maliyetli olması nedeniyle AIP, non-diyabetik NSTEMI hastalarında risk sınıflandırmasına katkı sağlayabilecek pratik bir biyobelirteç olarak dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: plazma aterojenik indeksi, SYNTAX, NSTEMİ, koroner arter hastalığı



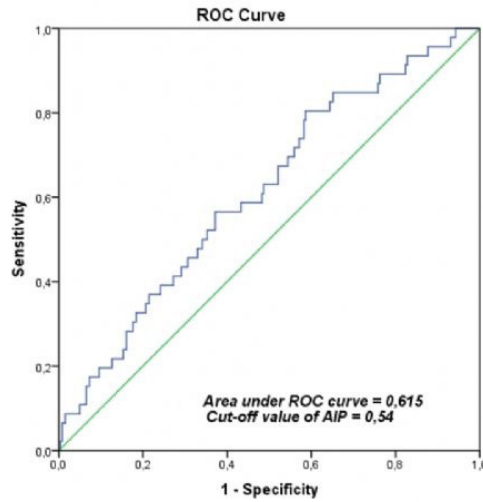
1-Tablo

Şekil 1. Non-diyabetik hastalarda yüksek SYNTAX skoru için



2-ROC eğrisi

Şekil 1. Non-diyabetik hastalarda yüksek SYNTAX skoru için AIP'nin ROC analizi





[SS-078]

Atriyal Flutter Ablasyonu Uygulanan Hastalarda Uzun Dönem Atriyal Fibrilasyon Gelişimini Öngördüren Faktörler

Neşri Danışman, Kadir Bıyıklı

S.B.Ü Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Atriyal flutter nedeniyle kateter ablasyonu uygulanan hastalarda, uzun dönemde atriyal fibrilasyon (AF) gelişimini öngören klinik, ekokardiyografik ve laboratuvar belirteçlerinin belirlenmesi amaçlandı.

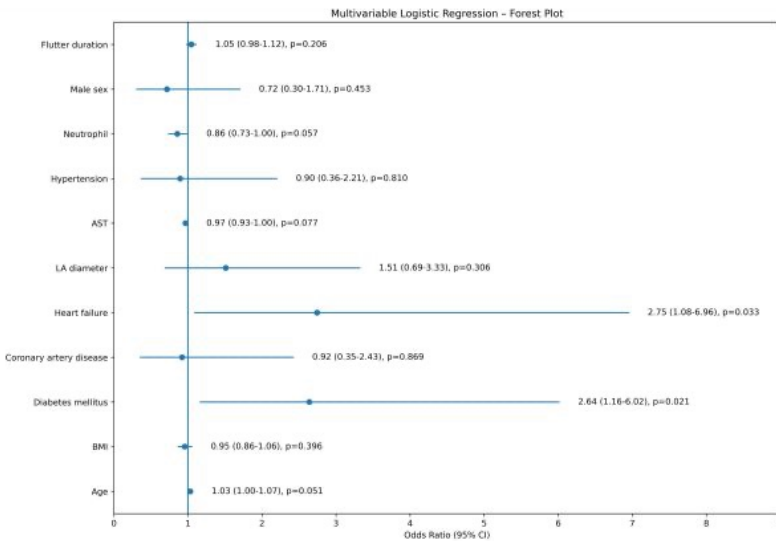
Yöntem: Atriyal flutter ablasyonu yapılan 174 ardışık hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar takipte AF gelişimine göre iki gruba ayrıldı: AF gelişen (n=75; %43) ve AF gelişmeyen (n=99; %57). Demografik özellikler, komorbiditeler, ekokardiyografik parametreler ve laboratuvar değerleri iki grup arasında karşılaştırıldı. AF gelişimini bağımsız olarak öngören faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: AF gelişen hastalar anlamlı olarak daha yaşlıydı (65 [59–71] vs 61 [48–71] yıl; p=0.022) ve sol atriyum çapları daha genişti (4.18 ± 0.51 vs 4.01 ± 0.51 cm; p=0.043). AF gelişen grupta hipertansiyon (%58.7 vs %36.8; p=0.005), diabetes mellitus (%49.3 vs %23.2; p<0.001), koroner arter hastalığı (%30.7 vs %16.8; p=0.033) ve kalp yetersizliği (%32.0 vs %13.7; p=0.004) sıklığı belirgin olarak daha yüksekti. Tek değişkenli analizde yaş, hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği ve sol atriyum çapı AF gelişimi ile ilişkili bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde diabetes mellitus (OR 2.64; %95 GA 1.16–6.02; p=0.021) ve kalp yetersizliği (OR 2.75; %95 GA 1.08–6.96; p=0.033) AF gelişiminin bağımsız öngördürücüleri olarak saptandı; yaş ise sınırda anlamlılık gösterdi (OR 1.03; %95 GA 1.00–1.07; p=0.051).

Sonuç: Atriyal flutter ablasyonu sonrası uzun dönemde hastaların yaklaşık yarısında AF gelişmektedir. Diabetes mellitus ve kalp yetersizliği, AF gelişiminin bağımsız öngördürücüleri. Bu yüksek riskli hastalarda ablasyon sonrası daha yakın ritim takibi ve antikoagülasyon stratejilerinin yeniden değerlendirilmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aritmi, Atriyal Fibrilasyon, Atriyal Flutter, Ablation

Multivariable Logistic Regression Forest Plot



Atriyal flutter ablasyonu sonrası uzun dönem atriyal fibrilasyon (AF) gelişimi için çok değişkenli lojistik regresyon analizini gösteren forest plot. Her satır bir değişkene ait düzeltilmiş odds oranını (OR), dolu daireler nokta tahminini, yatay çizgiler ise %95 güven aralığını (GA) göstermektedir.

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Uzun Dönem Atriyal Fibrilasyon Gelişimi İçin Tek Değişkenli Ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	Tek değişkenli analiz		Çok değişkenli analiz	
	OR (%95 GA)	p value	OR (%95 GA)	p value
Yaş	1.04(1.01-1.06)	0.010	1.03(1.0-1.07)	0.051
Erkek cinsiyet	0.63(0.30-1.33)	0.225	0.72(0.30-1.71)	0.453
BMI	0.98(0.93-1.04)	0.592	0.96(0.86-1.06)	0.396
Hipertansiyon	2.43(1.31-4.53)	0.005	0.90(0.36-2.21)	0.810
Diabetes mellitus	3.23(1.67-6.24)	<0.001	2.64(1.16-6.02)	0.021
Koroner arter hastalığı	2.18 (1.06–4.52)	0.035	0.92 (0.35–2.43)	0.869
Kalp yetersizliği	2.97 (1.39–6.35)	0.005	2.75 (1.08–6.96)	0.033
LVEF	0.99 (0.97–1.01)	0.370	-	-
LA çapı	1.93 (1.01–3.67)	0.045	1.51 (0.69–3.33)	0.306
Flutter süresi	1.05 (0.98–1.11)	0.157	1.05 (0.98–1.12)	0.206
Nötrofil	0.94 (0.83–1.07)	0.372	0.86 (0.73–1.00)	0.057
Trombosit	1.00 (0.99–1.00)	0.188	-	-
Kreatinin	1.70 (0.78–3.68)	0.180	-	-
TSH	0.76 (0.55–1.07)	0.118	-	-
AST	0.96 (0.93–1.00)	0.040	0.97	0.077
ALT	0.98 (0.96–1.00)	0.080	-	-
Albümin	0.95 (0.89–1.02)	0.127	-	-
Cordarone	1.85 (0.61–5.58)	0.274	-	-
Beta bloker	4.61 (2.34–9.10)	<0.001	-	-
ACEI/ARB	3.24 (1.73–6.09)	<0.001	-	-
Warfarin	1.77 (0.82–3.79)	0.143	-	-
NOAC	10.16 (5.03–20.52)	<0.001	-	-

Atriyal flutter ablasyonu uygulanan hastalarda uzun dönem atriyal fibrilasyon gelişimi ile ilişkili faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları (OR ve %95 GA olarak); kalın p değerleri istatistiksel anlamlılığı ($p<0.05$), “—” ise değişkenin çok değişkenli modele alınmadığını gösterir.



[SS-079]

Elektif Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Koroner Yavaş Akım Fenomeninin Yeni Bir Belirleyicisi Olarak Scottish İnflamatuvar Prognostik Skoru

Muhammed Erzurum¹, Nadire Işık Erol Algül², Mehmet Ali Felekoğlu³, Nail Burak Özbeyaz⁴, Engin Algül⁵, Vedat Erdinç¹

¹Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:

Koroner yavaş akım (KYA), koroner anjiyografi sırasında anlamlı epikardiyal koroner arter darlığı olmaksızın distal damar opaklaşmasının gecikmesi ile karakterize bir fenomendir. Serum albümin düzeyi (<3,5 g/dL, 1 puan) ve nötrofil sayısını (>7,5×10⁹/L, 1 puan) birleştiren basit bir kompozit skor olan Scottish İnflamatuvar Prognostik Skoru (SIPS), çeşitli kardiyovasküler hastalıklarda sistemik inflamasyonun bir göstergesi olarak tanımlanmıştır. Ancak SIPS ile koroner yavaş akım arasındaki ilişki daha önce araştırılmamıştır.

Yöntem:

Bu retrospektif vaka-kontrol çalışmasına, stabil anjina veya miyokard iskemisi araştırılması amacıyla elektif koroner anjiyografi uygulanan ve obstrüktif koroner arter hastalığı saptanmayan (darlık <%50) toplam 200 hasta dahil edildi. Hastaların 98'inde KYA, 102'sinde ise normal koroner akım mevcuttu. Akut koroner sendrom, geçirilmiş koroner revaskülarizasyon öyküsü, aktif enfeksiyon, malignite ve karaciğer hastalığı bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. KYA, en az bir majör koroner arterde TIMI kare sayısının (TFC) ≥27 olması olarak tanımlandı. SIPS, başvuru sırasında elde edilen laboratuvar verileri kullanılarak hesaplandı. KYA belirleyicileri tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi. SIPS için en uygun eşik değerin belirlenmesinde ROC eğrisi analizi kullanıldı. p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

KYA grubunda nötrofil sayısı, nötrofil/lenfosit oranı (NLO), yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein (hsCRP) ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-C) düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek; albümin düzeyi ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ise anlamlı olarak daha düşük bulundu. SIPS ≥1 oranı KYA grubunda kontrol grubuna göre belirgin olarak daha yüksekti (%78,6'ya karşı %38,2; p<0,001). ROC eğrisi analizinde SIPS, NLO (AUC=0,774), albümin (AUC=0,748) ve hsCRP'den (AUC=0,726) daha üstün ayırt edici performans göstererek en yüksek AUC değerine ulaştı (AUC=0,801; %95 güven aralığı: 0,741–0,860). SIPS ≥1 için en uygun eşik değerde duyarlılık %77,6, özgüllük %61,8 olarak saptandı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde SIPS ≥1 (OR: 4,17; %95 güven aralığı: 2,19–7,94; p<0,001), SIPS=2 (OR: 9,86; %95 güven aralığı: 3,47–28,0; p<0,001) ve vücut kitle indeksi (VKİ) (OR: 1,09; p=0,031) KYA'nın bağımsız belirleyicileri olarak bulundu. Çok değişkenli analiz sonrasında hsCRP ve LDL-C bağımsız anlamlılıklarını koruyamadı.

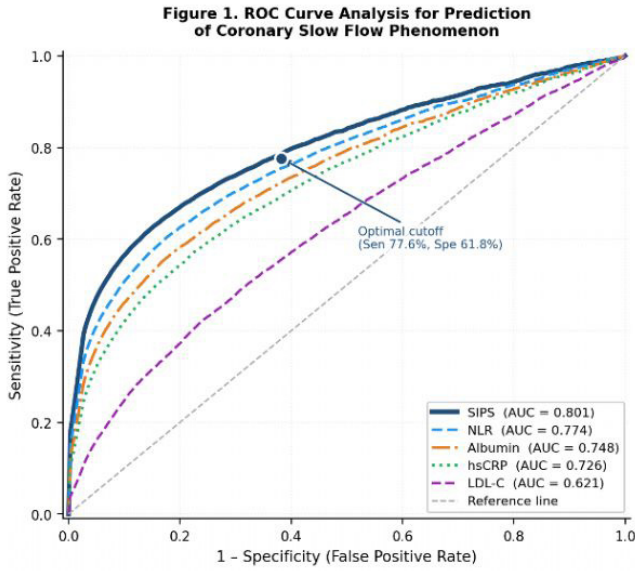
Sonuç:

SIPS, elektif koroner anjiyografi uygulanan hastalarda KYA'nın öngörülmesinde basit, kolay erişilebilir ve bağımsız bir belirleyicidir. SIPS kategorileri ile KYA sıklığı arasında kademeli bir ilişki bulunması ve geleneksel inflamatuvar belirteçlere kıyasla daha üstün ayırt edici performans göstermesi, bu skorun söz konusu hasta grubunda işlem öncesi risk sınıflandırmasında kullanılabilecek pratik bir araç olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner anjiyografi, Koroner yavaş akım, Scottish İnflamatuvar Prognostik Skoru, Sistemik inflamasyon



Şekil 1. Koroner Yavaş Akım Fenomeninin Öngörülmesine Yönelik ROC Eğrisi Analizi



Kısaltmalar: AUC, eğri altında kalan alan; SIPS, Scottish İnflamatuvar Prognostik Skoru; NLR, nötrofil/lenfosit oranı; hsCRP, yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein; LDL-C, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol.

Tablo 1. Koroner Yavaş Akımın Belirleyicilerine İlişkin Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	Tek değişkenli OR (%95 Güven Aralığı)	p	Çok değişkenli OR (%95 Güven Aralığı)	Düzeltilmiş p	β katsayısı
SIPS ≥ 1	5.24 (2.88–9.53)	< 0.001	4.17 (2.19–7.94)	< 0.001	1.428
SIPS = 2	14.0 (5.42–36.2)	< 0.001	9.86 (3.47–28.0)	< 0.001	2.288
VKİ (her 1 kg/m ² artış için)	1.12 (1.04–1.21)	0.004	1.09 (1.01–1.18)	0.031	0.086
Dislipidemi	1.73 (0.99–3.02)	0.052	1.48 (0.81–2.72)	0.205	0.393
LDL-C (her 10 mg/dL artış için)	1.11 (1.03–1.20)	0.009	1.08 (0.99–1.17)	0.071	0.077
hsCRP (her 1 mg/L artış için)	1.19 (1.10–1.29)	< 0.001	1.08 (0.98–1.18)	0.112	0.077
eGFR (her 10 mL/dk azalma için)	1.18 (0.98–1.41)	0.078	—	—	—
Yaş (her 1 yıl artış için)	1.02 (0.99–1.05)	0.214	—	—	—

Kısaltmalar: OR, odds oranı; VKİ, vücut kitle indeksi; LDL-C, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol; hsCRP, yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein; eGFR, tahmini glomerüler filtrasyon hızı; SIPS, Scottish İnflamatuvar Prognostik Skoru.



[SS-080]

LAD Kronik Total Oklüzyonlarında Anatomik Düzeyin Prosedürel Başarı ve İşlem Kompleksitesi Üzerine Etkisi: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması

Sefa Sural¹, Vedat Aslan¹, Şevket Görgülü²

¹Toros Üniversitesi, Mersin

²Biruni Üniversitesi, İstanbul

Amaç: Sol ön inen arter kronik total oklüzyonlarında (LAD KTO), lezyonun anatomik düzeyi işlem stratejisini, teknik zorluğu ve başarı olasılığını etkileyebilir. Ancak LAD KTO düzeyinin, yerleşik KTO kompleksite skorlarından bağımsız olarak prosedürel sonuçları etkileyip etkilemediği net değildir. Bu çalışmada, LAD KTO anatomik düzeyinin işlem kompleksitesi ve prosedürel başarı üzerindeki bağımsız etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Bu çok merkezli retrospektif kohort çalışmasında, 2017–2026 yılları arasında altı deneyimli KTO merkezinde LAD KTO nedeniyle perkütan koroner girişim uygulanan 644 hasta analiz edildi. Lezyonlar ostial (n=81), proksimal (n=144) ve mid/distal (n=419) LAD KTO olarak sınıflandırıldı; olgu sayısının düşük olması nedeniyle distal lezyonlar mid grup ile birleştirildi. Primer sonlanım noktası prosedürel başarıydı. Gruplar arasında prosedür ve floroskopi süresi, kullanılan kılavuz tel sayısı, retrograd yaklaşım, telin gerçek lümeneye düşmesi ve başarı oranları karşılaştırıldı. LAD KTO düzeyi ile prosedürel başarı arasındaki ilişki; klinik değişkenler ve KTO kompleksite skorları (J-CTO, EuroCTO) için düzeltilmiş çok değişkenli lojistik regresyon analizleriyle değerlendirildi. Mid/distal LAD KTO referans grup alındı.

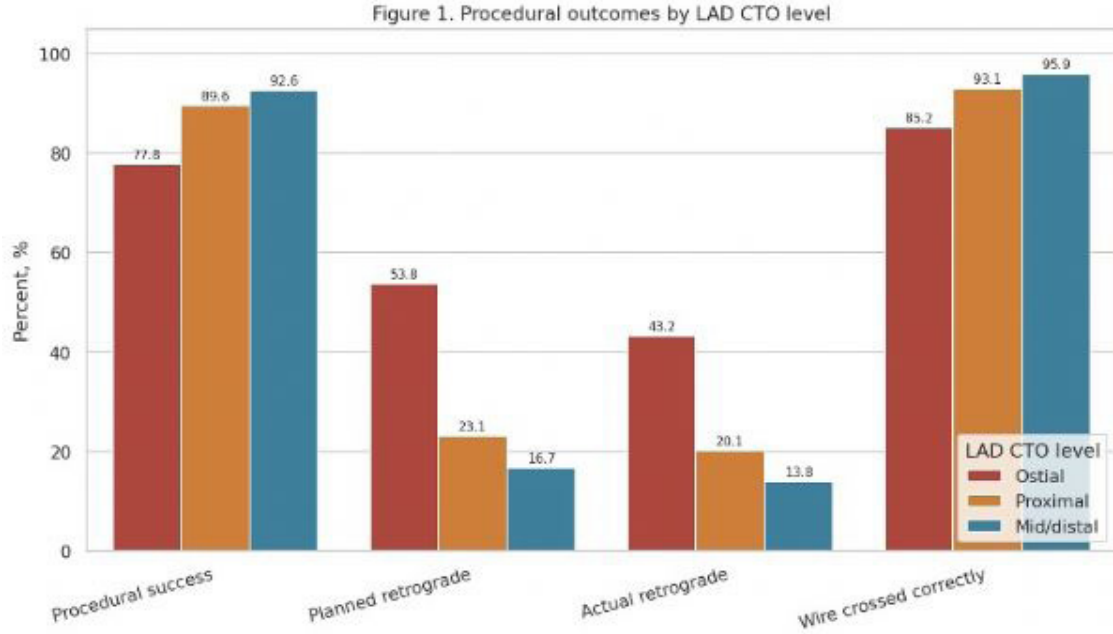
BULGULAR:Toplam 644 LAD KTO olgusunun 81'i ostial, 144'ü proksimal ve 419'u mid/distal düzeydeydi. Ortalama yaş 61,5 yıl, erkek oranı %78 idi. Ostial LAD KTO grubunda J-CTO skoru daha yüksekti (medyan 3,0 vs 2,0; p<0,001); J-CTO ≥3 kompleks lezyon oranı da ostial grupta %61,7 ile daha fazlaydı. Prosedürel başarı ostial LAD KTO'da en düşük (%77,8), proksimal grupta %89,6 ve mid/distal grupta %92,6 bulundu (p<0,001). İşlem yükü ostial grupta daha fazlaydı: prosedür süresi 116 [76–145] dakika iken proksimal ve mid/distal gruplarda yaklaşık 70 dakikaydı; floroskopi süresi sırasıyla 52, 34 ve 29 dakikaydı. Kullanılan kılavuz tel sayısı ve retrograd yaklaşım gerekliliği de ostial grupta daha yüksekti (tümü için p<0,001). Çok değişkenli analizlerde ostial LAD KTO, klinik değişkenler ve J-CTO skoru için düzeltme sonrası mid/distal LAD KTO'ya kıyasla daha düşük prosedürel başarı ile bağımsız ilişkiliydi (OR: 0,42; %95 GA: 0,20–0,85; p=0,017). EuroCTO ile düzeltilmiş modelde de ilişki korundu (OR: 0,41; %95 GA: 0,20–0,83; p=0,014). Proksimal LAD KTO, düzeltilmiş modellerde anlamlı farklılık göstermedi.

Sonuç: LAD KTO'nun anatomik düzeyi, prosedürel başarı ve işlem kompleksitesi ile yakından ilişkilidir. Ostial LAD KTO; daha yüksek kompleksite skorları, daha uzun işlem ve floroskopi süresi, daha fazla kılavuz tel kullanımı, daha sık retrograd yaklaşım gereksinimi ve daha düşük prosedürel başarı ile karakterizedir. Bu ilişki, klinik değişkenler ve J-CTO/EuroCTO skorları ile düzeltme yapıldıktan sonra da sürmektedir. Bu bulgular, ostial LAD KTO'nun klasik KTO kompleksite skorlarının ötesinde, işlem planlamasında ayrıca dikkate alınması gereken yüksek riskli bir anatomik alt grup olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik total oklüzyon, LAD, perkütan koroner girişim, işlem kompleksitesi, ostial lezyon



LAD KTO seviyesine göre prosedürel sonuçlar



Ostial grupta prosedürel başarı en düşük, retrograd yaklaşım kullanımı en yüksek düzeyde saptandı.

LAD KTO Düzeyine Göre Prosedürel Özellikler ve Düzeltilmiş Başarı Analizleri

Parametre	Ostial (n=81)	Proksimal (n=144)	Mid/Distal (n=419)	p
Prosedürel Özellikler				
Prosedür süresi, dk	116 [76–145]	70 [52–106]	70 [50–110]	<0,001
Floroskopi süresi, dk	52 [33–69]	34 [21–48]	29 [20–50]	<0,001
Toplam kılavuz tel sayısı	6 [4–9]	4 [3–6]	4 [3–6]	<0,001
Prosedürel Sonuçlar				
Planlanan retrograd yaklaşım	%53,8	%23,1	%16,7	<0,001
Gerçekleşen retrograd yaklaşım	%43,2	%20,1	%13,8	<0,001
Telin gerçek lümeneye düşmesi	%85,2	%93,1	%95,9	<0,001
Prosedürel başarı	%77,8	%89,6	%92,6	<0,001
Düzeltilmiş Lojistik Regresyon — Prosedürel Başarı (Referans: Mid/Distal)				
Model / Karşılaştırma			Düzeltilmiş OR (%95 GA)	p
Klinik + J-CTO düzeltilmiş: Ostial vs Mid/Distal			0,42 (0,20–0,85)	0,017
Klinik + EuroCTO düzeltilmiş: Ostial vs Mid/Distal			0,41 (0,20–0,83)	0,014
Klinik + J-CTO düzeltilmiş: Proksimal vs Mid/Distal			0,85 (0,43–1,71)	0,655
Klinik + EuroCTO düzeltilmiş: Proksimal vs Mid/Distal			0,84 (0,42–1,67)	0,610

Veriler medyan [çeyrekler arası aralık] veya yüzde olarak verilmiştir. OR: olasılık oranı; GA: güven aralığı; KTO: kronik total oklüzyon; LAD: sol ön inen arter; PKG: perkütan koroner girişim.



[SS-082]

Culprit Ostial LAD Lezyonlu STEMI Hastalarında Crossover ve Osteal Stentleme Stratejilerinin Tüm Nedenlere Bağlı Mortalite ve Klinik Sonuçları

Ebru Serin¹, Deniz Merde Özdemir²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) ile başvuran ve sorumlu lezyonu ostial sol ön inen arter (LAD) olan hastalarda, crossover ile ostial stentleme stratejilerinin uzun dönem tüm nedenlere bağlı mortalite ve klinik sonuçlar üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya ostial LAD lezyonu olan toplam 63 hasta dahil edildi; hastaların 44'üne crossover, 19'una ostial stentleme uygulandı. Gözlem süresi yaklaşık 75 aya (6,25 yıl) uzanmaktadır. Tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli Cox orantısal hazard regresyon analizleri kullanıldı; sağkalım farklılıkları Kaplan-Meier analizi ve log-rank testi ile incelendi. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Cinsiyet dağılımı, DM, HT, KBY, önceki perkütan koroner girişim öyküsü ve kardiyojenik şok açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir. Bulgular ostial stentleme grubunun klinik olarak daha yüksek riskli bir profile sahip olduğunu göstermektedir.

Hedef lezyon revaskülarizasyonu (TLR) oranları her iki grupta benzer düzeyde saptanmıştır. Hedef damar revaskülarizasyonu (TVR) yalnızca crossover grubunda bir hastada görülürken ostial stentleme grubunda gözlenmemiştir. Stent trombozu ve hedef damar miyokard enfarktüsü (TVMI) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Tüm nedenlere bağlı mortalite ostial stentleme grubunda daha yüksek bulunmuştur. MACE; kardiyak ölüm+TVMI+TLR bileşik sonlanım noktası açısından ostial stentleme grubunda daha yüksektir, ancak anlamlı değildir. Çok değişkenli Cox orantısal analizinde; ostial stentleme stratejisi, crossover tekniğine kıyasla tüm nedenlere bağlı mortalite için istatistiksel olarak anlamlı risk artışı ile ilişkili bulunmuştur. Kardiyojenik şok varlığı ise güçlü ve anlamlı bir prediktör olarak öne çıkmıştır.

SONUÇ: Bu çalışma, STEMI ile başvuran ve sorumlu lezyonu ostial LAD olan hastalarda crossover ve ostial stentleme stratejilerinin uzun dönem klinik sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Ostial stentleme grubunda tüm nedenlere bağlı mortalite crossover grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Ancak çok değişkenli Cox regresyon analizinde, tüm nedenlere bağlı mortalitenin tek bağımsız prediktörünün kardiyojenik şok saptanması ostial LAD STEMI hastalarında prognozu belirleyen ana unsurun seçilen stentleme stratejisinden çok başvuru anındaki hemodinamik instabilite olduğunu göstermektedir. Çalışmanın başlıca kısıtlılıkları retrospektif tasarımı, sınırlı örneklem büyüklüğü, ostial stentleme grubundaki hasta sayısının düşük olması ve intravasküler görüntüleme kullanımına ilişkin ayrıntılı verilerin bulunmamasıdır. Sonuç olarak, ostial LAD lezyonlu STEMI hastalarında ostial stentleme grubunda tüm nedenlere bağlı mortalite daha yüksektir. Kardiyojenik şokun mortalitenin tek bağımsız prediktörü olması, başvuru anındaki klinik ciddiyetin belirleyici rolünü vurgulamaktadır.

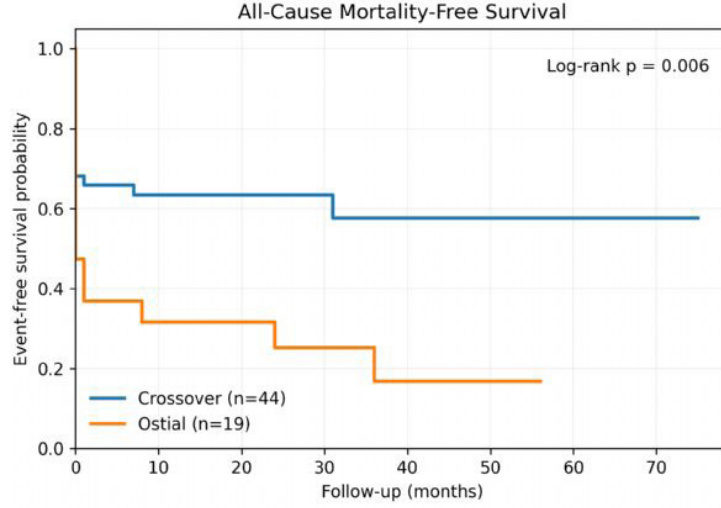
Anahtar Kelimeler: Crossover, MACE, STEMI, ostial stentleme

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Figure 1



Tablo

Tablo 1. STEMI ile başlayan ostial LAD lezyonlu hastalarda crossover ve ostial stentleme gruplarının bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Crossover (n=44)	Ostial stenting (n=19)	p value
Yaş, yıl	59.0 [31.0-72.0]	66.0 [61.5-76.0]	0,066
Erkek cinsiyet	35 (79.5%)	15 (78.9%)	1
Diabetes mellitus	16 (36.4%)	6 (31.6%)	0,938
Hipertansiyon	16 (36.4%)	9 (47.4%)	0,59
Kronik böbrek hastalığı	3 (6.8%)	4 (21.1%)	0,184
Hiperlipidemi	2 (4.5%)	6 (31.6%)	0,007
Aktif sigara kullanımı	13 (29.5%)	1 (5.3%)	0,047
Önceki perkütan koroner girişim öyküsü	13 (29.5%)	7 (36.8%)	0,782
Periferik arter hastalığı	1 (2.3%)	0 (0.0%)	1
İnme/TIA öyküsü	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
Kardiyojenik şok	15 (34.1%)	12 (63.2%)	0,063
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, %	45.0 [30.0-56.2]	35.0 [30.0-45.0]	0,04
Aspirin kullanımı	42 (95.5%)	18 (94.7%)	1
Klopidogrel kullanımı	10 (22.7%)	3 (15.8%)	0,738
Tikagrelor kullanımı	18 (40.9%)	7 (36.8%)	0,982
Praogrel kullanımı	8 (18.2%)	0 (0.0%)	0,093
Beta bloker kullanımı	32 (72.7%)	10 (52.6%)	0,207
Statın kullanımı	35 (79.5%)	12 (63.2%)	0,291
Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü / anjiyotensin reseptör blokleri kullanımı	28 (63.6%)	9 (47.4%)	0,355
Düretik kullanımı	11 (25.0%)	9 (47.4%)	0,145
Kalsiyum kanal blokleri kullanımı	2 (4.5%)	2 (10.5%)	0,578
Nitrat kullanımı	0 (0.0%)	3 (15.8%)	0,024
İnsülin kullanımı	5 (11.4%)	2 (10.5%)	1
Açlık plazma glukozu, mg/dL	171.5 [125.5-228.0]	171.0 [124.0-272.0]	0,776
Serum kreatinin düzeyi, mg/dL	0.9 [0.8-1.2]	1.1 [0.8-1.3]	0,059
Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-C), mg/dL	116.5 [95.0-140.2]	106.0 [81.5-132.0]	0,281
Hemoglobin düzeyi, g/dL	13.8 [12.7-15.1]	13.8 [13.1-15.1]	0,816

Not: Veriler kategorik değişkenler için n (%), sürekli değişkenler için medyan [çeyrekler arası aralık] olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler ise uygun olduğunda Ki-kare veya Fisher exact testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Kısaltmalar: ACE/ARB, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü/anjiyotensin reseptör blokleri; DM, diabetes mellitus; EF, ejeksiyon fraksiyonu; HT, hipertansiyon; KBY, kronik böbrek hastalığı; LDL-C, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol; PCI, perkütan koroner girişim; TIA, geçici iskemik atak.



[SS-084]

Distal Ulnar Erişimle Koroner Anjiyografi Sonrası Erken Dönem Ulnar Arter Oklüzyonu Ve Rekanalizasyon: Doppler İzlemleri Olgusu Serisi

Hülya Yıldırım, Miraç Tonyalı, Mücahit Taşdemir
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Birimi

Amaç: Distal ulnar arter erişimi, radial arterin korunmasının istendiği veya radial erişimin uygun olmadığı hastalarda alternatif bir damar yolu olarak kullanılabilir. Bu çalışmada, distal ulnar erişimle koroner anjiyografi yapılan hastalarda 3. gün Doppler ultrasonografi ile erken dönem ulnar arter açıklığını değerlendirmek, izlem verisi bulunan olgularda akım paterninin seyrini incelemek ve klinik komplikasyonları bildirmek amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif gözlemsel olgu serisine Eylül 2023–Mart 2024 arasında distal ulnar arter erişimi ile koroner anjiyografi uygulanan ve 3. gün Doppler ultrasonografi kontrolü bulunan 38 ardışık hasta dahil edildi. Tüm işlemler tek operatör tarafından standart kısa 6F introdüser sheat kullanılarak gerçekleştirildi; sheat sonrası 5000 IU intraarteriyel heparin verildi. Hemostaz manuel kompresyon/bandaj ile sağlandı ve patent hemostaz hedeflendi. Doppler akım paterni tromboz/akım yokluğu, monofazik akım veya trifazik akım olarak sınıflandırıldı. Birincil sonlanım noktası 3. gün trifazik akım dışı bulgu saptanmasıydı. Birinci ve üçüncü ay Doppler kontrolleri klinik gereksinime göre selektif yapıldı.

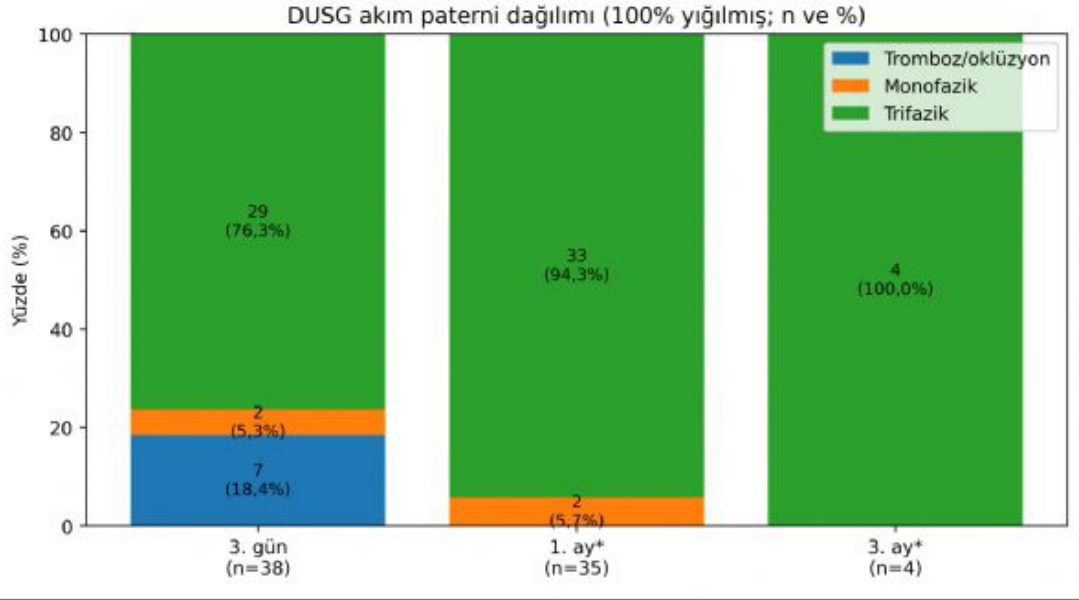
Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $58,8 \pm 10,1$ yıl olup %47,4'ü erkekti. Hipertansiyon %84,2, diyabetes mellitus %39,5 ve bilinen koroner arter hastalığı %21,1 oranında izlendi. Aynı seansta perkütan koroner girişim %21,1 hastada uygulandı. Üçüncü gün Doppler ultrasonografide tromboz/akım yokluğu %18,4 (7/38), monofazik akım %5,3 (2/38) ve trifazik akım %76,3 (29/38) saptandı. Buna göre trifazik akım dışı bulgu %23,7 (9/38) oranındaydı. Birinci ay Doppler verisi bulunan 35 hastada tromboz/akım yokluğu izlenmedi; trifazik akım oranı %94,3 idi. Üçüncü ay Doppler verisi bulunan 4 hastanın tamamında trifazik akım saptandı. Takipte klinik olarak anlamlı hematoma, nöropati, el iskemisi, dolaşım bozukluğu veya fonksiyon kaybı görülmedi.

Sonuç: Distal ulnar erişimle koroner anjiyografi sonrası 3. gün Doppler ultrasonografide yaklaşık dört hastadan birinde trifazik akım dışı bulgu saptandı. İzlem verisi bulunan olgularda rekanalizasyon eğilimi izlendi ve majör vasküler/nörolojik komplikasyon görülmedi. Distal ulnar erişim seçilmiş hastalarda uygulanabilir tamamlayıcı bir damar yolu seçeneği olabilir; ancak selektif takip nedeniyle geç dönem patensi sonuçları tüm kohorta genellenmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Distal ulnar erişim, koroner anjiyografi, ulnar arter oklüzyonu



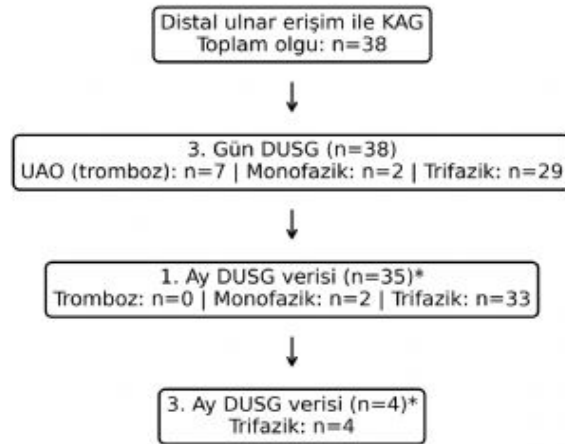
DUSG akım paterni dağılımı (n ve %).



DUSG akım paterni dağılımı (n ve %). Not: DUSG değerlendirmeleri 3. günde tüm olgular yapılmış olup *1. ay ve 3. ay kontrolleri klinik gereksinime göre selektif yapılmıştır.

Zaman noktalarına göre DUSG akım paterni dağılımı (n ve %).

Distal ulnar arter izlem akışı



*Selektif takip algoritması uygulanmıştır (paydalar tüm kohortu temsil etmez).

Zaman noktalarına göre DUSG akım paterni dağılımı (n ve %). Not: DUSG değerlendirmeleri 3. günde tüm olgularda yapılmış olup *1. ay ve 3. ay kontrolleri klinik gereksinime göre selektif yapılmıştır.



[SS-085]

Koroner Stent İmplantasyonu Sonrası Jailed Kılavuz Telin Geri Çekilmesi Sırasında Gelişen Spring Coil Ayrışması: Nadir Bir PKG Komplikasyonu

Mücahit Taşdemir, Hülya Yıldırım, Miraç Tonyalı
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Birimi

Giriş:
Perkütan koroner girişimlerde kılavuz teller, lezyon geçişi, cihaz desteği ve kompleks koroner anatomilerde işlem başarısının sağlanması açısından temel ekipmanlardır. Ancak çoklu kılavuz tel kullanımı sırasında tel sıkışması, tel deformasyonu, distal segment ayrışması ve stent deformasyonu gibi nadir fakat ciddi mekanik komplikasyonlar gelişebilir. Stent implantasyonu sonrasında jailed durumda kalan kılavuz telin geri çekilmesi sırasında gelişen spring coil ayrışması oldukça nadir bir komplikasyondur. Bu olguda, sağ koroner arter lezyonuna stent implantasyonu sonrası gelişen jailed tel ilişkili stent deformasyonu ve spring coil ayrışmasının başarılı perkütan yönetimi sunulmuştur.

Olgu:
Yetmiş bir yaşında, hipertansiyon ve diabetes mellitus öyküsü bulunan erkek hasta, eforla artan angina yakınması nedeniyle değerlendirildi. Miyokard perfüzyon sintigrafisinde sol ventrikül inferior duvarda iskemi saptanması üzerine koroner anjiyografi planlandı. Koroner anjiyografide sağ koroner arterin mid segmentinde yaklaşık %80 darlık oluşturan anlamlı stenotik lezyon izlendi.

Lezyon 0.014 inç floppy kılavuz tel ile geçildi ve 3.5 × 20 mm non-compliant balon ile predilatasyon uygulandı. Ardından 4.0 × 31 mm ilaç salınımlı stent lezyona ilerletilmeye çalışıldı; ancak stentin lezyondan geçirilememesi üzerine ek destek amacıyla ikinci bir 0.014 inç floppy kılavuz tel kullanıldı. İkinci tel desteği ile stent lezyon bölgesine ilerletilerek implante edildi. Stent implantasyonu sonrasında jailed durumda kalan ikinci floppy tel geri çekilmeye çalışılırken stent yapısında deformasyon gelişti.

Bunun üzerine lezyon bölgesi PT2 kılavuz tel ile yeniden geçilmeye çalışıldı; ancak PT2 telin distal spring coil segmentinin geri çekilemediği ve ayrıştığı gözlemlendi. Fielder XT kılavuz tel ile deforme stent segmenti geçilmeye çalışıldı, ancak başarılı olunamadı. Daha sonra 0.014 inç floppy tel ile lezyon bölgesi yeniden geçilebildi. Sırasıyla 1.0 × 12 mm, 1.5 × 10 mm, 2.0 × 12 mm, 2.5 × 20 mm ve 3.5 × 20 mm non-compliant balonlar kullanılarak progresif balon dilatasyonları yapıldı. Ayrışmış spring coil segmenti ve deforme stent yapısı RCA duvarına doğru crush edilerek lümenal açıklık yeniden sağlandı. Ardından ilgili segmente 4.0 × 23 mm, 4.0 × 18 mm ve 4.0 × 15 mm ilaç salınımlı stentler implante edildi. Nihai koroner görüntülemelerde yeterli lümen açıklığı ve başarılı anjiyografik sonuç elde edildi.

Sonuç:
Stent implantasyonu sonrasında jailed durumda kalan kılavuz telin geri çekilmesi sırasında gelişen stent deformasyonu ve spring coil ayrışması nadir, ancak potansiyel olarak ciddi bir PKG komplikasyonudur. Çoklu kılavuz tel kullanılan kompleks koroner girişimlerde jailed teller kontrollü şekilde geri çekilmeli, direnç hissedildiğinde agresif çekme manevralarından kaçınılmalıdır. Komplikasyon gelişmesi durumunda tedavi stratejisi koroner akım, ayrıışan segmentin lokalizasyonu ve perkütan yönetilebilirlik temelinde bireyselleştirilmelidir.

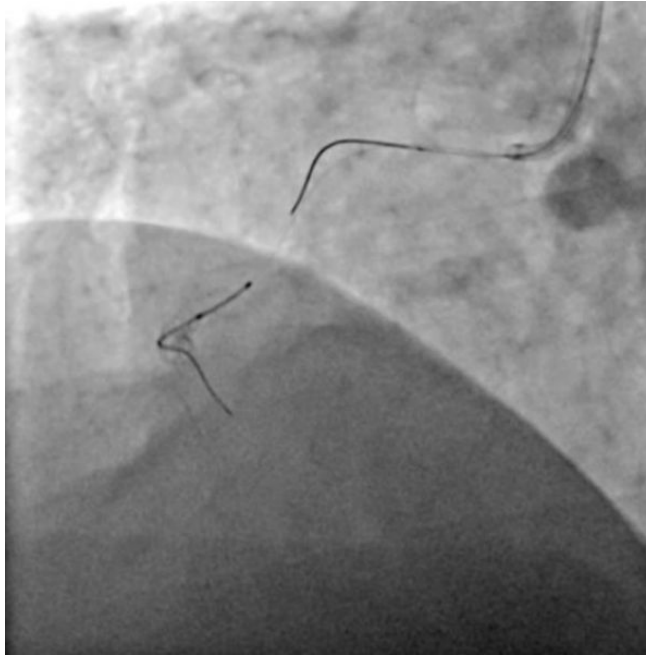
Anahtar Kelimeler: coil ayrışması, jailed kılavuz tel, perkütan koroner girişim, stent deformasyonu



Ayrıışmış spring coilin RCA duvarına doğru crush edilmesi



Jailed tel çekilirken Stentin deforme olması



Jailed tel çekilirken Stentin deforme olması



[SS-086]

Kronik KY hastalarında diüretik rezistansı yönetimi: Non-invaziv volüm değerlendirme yöntemleri ile optimize edilmiş yaklaşım

Çağrı Zorlu, Veli Akın

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Tokat

Amaç: Kronik kalp yetersizliği (KY) hastalarında diüretik rezistansı sık karşılaşılan bir sorundur ve geleneksel klinik değerlendirmeye volüm durumu yeterince objektifleştirilememektedir. Bu çalışmada, non-invaziv volüm değerlendirme yöntemleri (akciğer ultrasonografisi [AUS] ve biyoempedans spektroskopisi [BES]) kullanılarak optimize edilmiş diüretik yönetiminin, diüretik rezistansı olan kronik KY hastalarında dekonjesyon etkinliği, renal fonksiyonlar ve hastaneye yatış üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Tek merkezli, prospektif kohort çalışması. Diüretik rezistansı (furosemid eşdeğeri ≥ 80 mg/gün oral doza rağmen persistan konjesyon) olan 68 kronik KY hastası (EF $\leq 50\%$, NYHA II-IV) ardışık olarak alındı. Hastalara baseline'da klinik değerlendirme, NT-proBNP, renal fonksiyon testleri, AUS (8 bölge B-line skoru) ve BES (ekstraselüler su [ECW]/total vücut suyu [TBW] oranı) yapıldı. Tedavi, non-invaziv volüm parametrelerine göre optimize edildi (AUS B-line >5 veya ECW/TBW >0.40 ise diüretik dozu artırıldı, ardışık nefron blokajı yapıldı veya adjuvan tedaviler eklendi). 3 aylık takip sonunda aynı parametreler tekrar değerlendirildi. Primer sonlanım: Ağırlık kaybı ve B-line skorunda azalma. İkincil sonlanımlar: NT-proBNP değişimi, eGFR stabilitesi ve 3 aylık KY'ye bağlı hastaneye yatış oranı idi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 68.4 ± 9.2 yılı, %64'ü erkekti ve ortalama EF %32.6 idi. Optimize yaklaşım ile ortalama furosemid eşdeğeri doz 124 ± 48 mg'dan 92 ± 35 mg'ya düşürüldü ($p < 0.001$). Ortalama ağırlık kaybı 4.8 ± 2.1 kg, AUS B-line skoru 18.2 ± 7.4 'ten 6.1 ± 3.8 'e geriledi ($p < 0.001$). ECW/TBW oranı anlamlı olarak düzeldi (0.412 ± 0.018 'den 0.378 ± 0.015 'e, $p < 0.001$). NT-proBNP düzeyleri %42 azaldı (baseline 2850 pg/mL'den 1650 pg/mL'ye, $p < 0.001$). eGFR'de istatistiksel olarak anlamlı bozulma gözlenmedi (baseline 48.2 ± 12.6 'dan 46.8 ± 13.1 mL/dk/1.73m², $p = 0.21$). 3 aylık takipte KY'ye bağlı hastaneye yatış oranı %11.8 olarak saptandı (tarihsel kontrole göre belirgin düşük).

Sonuç: Non-invaziv volüm değerlendirme yöntemleri (AUS + BES) ile optimize edilen diüretik tedavisi, kronik KY'de diüretik rezistansını etkili şekilde yönetmekte, daha az diüretik dozuyla belirgin dekonjesyon sağlamakta, renal fonksiyonları korumakta ve kısa dönemde hastaneye yatışları azaltmaktadır. Bu yaklaşım, rutin klinik pratikte kolayca uygulanabilir ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer ultrasonografisi, biyoempedans, diüretik rezistansı, kalp yetersizliği, volüm yönetimi

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Hastaların Baseline Klinik ve Demografik Özellikleri, Tedavi Öncesi ve Sonrası Değişimler (3. ay), Klinik Sonlanımlar

Hastaların Baseline Klinik ve Demografik Özellikleri			
Parametre	Değer (n=68)		
Yaş (yıl)	68.4 ± 9.2		
Erkek cinsiyet, n (%)	43 (63.2)		
İskemik etiyoloji, n (%)	41 (60.3)		
EF (%)	32.6 ± 8.4		
NYHA sınıfı (III-IV), n (%)	52 (76.5)		
Hipertansiyon	49 (72.1)		
Dişabet	34 (50.0)		
CKD (eGFR <60)	39 (57.4)		
Baseline diüretik doz (furosemid eşdeğeri, mg/gün)	124 ± 48		
NT-proBNP (pg/mL), median (IQR)	2850 (1680-4120)		
eGFR (mL/dk/1.73m ²)	48.2 ± 12.6		
AUS B-line skoru	18.2 ± 7.4		
ECW/TBW oranı (BES)	0.412 ± 0.018		
Tedavi Öncesi ve Sonrası Değişimler (3. ay)			
Parametre	Baseline	3. Ay	p-değeri
Ağırlık (kg)	82.4 ± 14.2	77.6 ± 13.1	<0.001
Diüretik doz (mg/gün)	124 ± 48	92 ± 35	<0.001
AUS B-line skoru	18.2 ± 7.4	6.1 ± 3.8	<0.001
ECW/TBW (BES)	0.412 ± 0.018	0.378 ± 0.015	<0.001
NT-proBNP (pg/mL)	2850 (1680-4120)	1650 (920-2480)	<0.001
eGFR (mL/dk/1.73m ²)	48.2 ± 12.6	46.8 ± 13.1	0.21
Serum Na (mEq/L)	136.8 ± 3.2	138.4 ± 2.9	0.012
Serum K (mEq/L)	4.1 ± 0.6	4.3 ± 0.5	0.08
Klinik Sonlanımlar			
Sonlanım	Değer		
≥%50 B-line azalması, n (%)	54 (79.4)		
Ağırlık kaybı ≥4 kg, n (%)	48 (70.6)		
eGFR'de >%20 düşüş, n (%)	8 (11.8)		
3 aylık KY hastaneye yatış, n (%)	8 (11.8)		
Hipotansiyon gerektiren doz azaltımı, n (%)	6 (8.8)		
Hiperkalemi (>5.5 mEq/L), n (%)	4 (5.9)		



[SS-087]

Transkateter Mitral Kapak Edge-to-Edge Onarımı (MitraClip/TEER) Tek Merkez Erken Deneyimi: Akut Prosedürel ve Ekokardiyografik Sonuçlar

Zeynep Şeyma Turinay Ertop

Medicana Ankara International Hospital, Kardiyoloji Bölümü, Ankara

Amaç:Transkateter edge-to-edge mitral kapak onarımı, cerrahi riski yüksek ve semptomatik ciddi mitral yetersizliği olan seçilmiş hastalarda giderek daha sık kullanılan bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada merkezimizde MitraClip/TEER uygulanan hastaların demografik, ekokardiyografik ve erken prosedürel sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma, merkezimizde MitraClip/TEER uygulanan hastaların retrospektif olarak değerlendirildiği tanımlayıcı bir kayıt çalışmasıdır. Toplam 28 hasta kaydı incelendi. Yaş, cinsiyet, sol ventrikül diyastol sonu çapı, ejeksiyon fraksiyonu, sol atrium çapı, işlem öncesi mitral yetersizliği derecesi, mitral yetersizliği etiyojisi, pulmoner ven akım paterni, EROA, işlem süresi, kullanılan klip sayısı ve işlem sonrası rezidüel mitral yetersizliği değerlendirildi. Akut ekokardiyografik başarı, işlem sonrası rezidüel mitral yetersizliğinin $\leq 2+$ olması şeklinde tanımlandı.

Bulgular: Toplam 28 hasta kaydında ortalama yaş $72,2 \pm 12,3$ yıl idi. Ortalama ejeksiyon fraksiyonu $\%26,4 \pm 4,6$, sol ventrikül diyastol sonu çapı $59,2 \pm 2,9$ mm ve sol atrium çapı $45,1 \pm 1,1$ mm olarak saptandı. İşlem öncesi mitral yetersizliği 11 hastada 3+, 8 hastada 3–4+ ve 9 hastada 4+ idi. Etiyoloji bilgisi bulunan hastalar içerisinde iskemik etiyojisi daha sık izlendi. İşlem sonrası rezidüel mitral yetersizliği 10 hastada eser, 8 hastada minimal, 7 hastada 1+ ve 3 hastada 1–2+ olarak kaydedildi. İşlem sonrası mitral yetersizliği verisi bulunan hastalarda rezidüel MR $\leq 2+$ oranı %100, rezidüel MR $\leq 1+$ oranı %93,8 olarak saptandı. Hastaların 15'ine tek klip, 13'üne iki klip uygulanmıştı; 2 hastada eş zamanlı triküspit klip uygulaması mevcuttu. Ortalama işlem süresi $28,6 \pm 7,8$ dakika idi.

Sonuç: Merkezimizin erken MitraClip/TEER deneyiminde, çoğunluğu düşük ejeksiyon fraksiyonlu ve ciddi mitral yetersizliği olan hastalarda akut dönemde yüksek ekokardiyografik başarı ve belirgin rezidüel mitral yetersizliği azalması izlenmiştir. Bulgularımız, MitraClip/TEER uygulamasının uygun seçilmiş cerrahi riskli hastalarda gerçek yaşam pratiğinde etkili ve uygulanabilir bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte küçük örneklem büyüklüğü, retrospektif tasarım ve uzun dönem klinik takip verilerinin sınırlı olması nedeniyle sonuçların daha geniş hasta serileriyle desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, MitraClip, mitral yetersizliği, perkütan mitral kapak onarımı, TEER



[SS-088]

Sol Atriyal Apendiks Kapatılmasından Hemen Sonra Tespit Edilen Cihaz İlişkili Trombüs

Fatih Erkam Olgun, Fethi Kılıçaslan

Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Atriyal fibrilasyon (AF), en sık görülen kronik aritmidir ve inme riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Non-valvüler AF hastalarının %90'ında trombüs kaynağının sol atriyal apendiks (LAA) olduğu gösterilmiştir. Cihaz ilişkili trombüs (DRT) LAA kapatılması sonrası hastaların %2 ila %4'ünde ve en sıklıkla 3-6 ay içerisinde görüldüğü bilinmektedir. İşlem esnasında DRT görülmesi oldukça nadirdir.

Vaka Takdimi: 75 yaşında erkek hasta LAA kapatılması amacıyla aritmi polikliniğimize başvurdu. Koroner arter hastalığı, AF, hipertansiyon, diyabetes mellitus tanıları bulunan hasta 13 yaşında atriyal septal defekt (ASD) nedeniyle opere edilmiş. Kasım 2025 yılında subaraknoid kanama nedeniyle DOAK kesilerek takip edilmiş. CHA2DS2-VA skoru 5, HASBLED skoru 4 olarak hesaplanan hastaya Oksapar 0,6 2*1 başlanmış. Beyin cerrahisi ve kalp damar cerrahisi ile ortak yapılan konseyde LAA kapatılması kararı verildi. Hasta genel anestezi altında labaratuvara alındı. Trans özefageal ekokardiyografi (TEE) yapıldı, sol atriyum (LA) ve sol atriyal apendikte trombüs görülmedi. Femoral ven ponksiyonu yapılması ardından 5000 Ü heparin uygulandı. TEE eşliğinde Brockenbrough iğnesiyle transseptal ponksiyon denendi ancak ASD operasyon öyküsü olan hastada interatriyal septum oldukça sertti (Şekil 1a). İğne içinden 0,014 kılavuz telin sert kısmı gönderilerek LA geçildi. 3000 Ü ilave heparin uygulaması yapıldı. İşlem boyunca ACT >250 saniye üzerinde tutuldu. Brockenbrough iğnesinin distali LA'daydı, ancak sheat dilatatörü ilerletilemedi (Şekil 1b). Wire üzerinden 1,0 CTO balonu ve 2.0 koroner balon gönderilerek interatriyal septumda balon dilatasyonlar yapıldı (Şekil 1c). Daha sonra dilatatör ucu LA ilerletilebildi. Yeni bir stiff wire LA gönderildi (Şekil 2a). LA basınçları ölçüldü. Ostium ve landing zone ölçümleri TEE eşliğinde yapıldı. Delivery sheath ile LAA ostiumuna ulaşıldı. AMPLATZER AMULET 28 mm apendiks kapama cihazının lob kısmı LAA boynuna yerleştirildi (Şekil 2a). Ardından disk açıldı ve LAA ostiumunun kapatıldığı teyit edildi (Şekil 2b). Çekme testi yapıldı ve cihaz bırakıldı.

İşlem bitiminde TEE kontrolü esnasında apendiks kapama cihazı üzerinde hareketli fibriller uzantıları olan trombüs görünümü izlendi (Şekil 2c). İlave Heparin uygulaması yapıldı. Hasta ekstübe edildi. Hasta yakın takip ve heparin infüzyon için koroner yoğun bakım ünitesine transfer edildi.

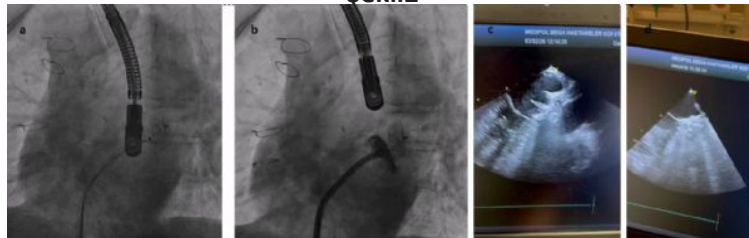
24 saatlik heparin infüzyonu sonrası yapılan TEE kontrolünde trombüsün küçüldüğü izlendi. Apiksaban 5 mg 2*1 başlanan hasta işlemden sonraki 3. gün taburcu edildi. 1 ay sonra kontrol TEE için çağırılan hastada device üzeri trombüs izlenmedi (Şekil 2d). Apiksaban dozu 2*2,5 mg a düşüldü. İşlem sonrası 4 aylık poliklinik takiplerinde nörolojik olay izlenmedi. Sonuç: İmplantasyon sırasında LAA kapama cihazı üzerinde hiperakut DRT oluşumu nadirdir. DRT prosedürel TEE görüntülemeyele tespit edilebilir. DRT tanısı konulduktan sonra antikoagülan tedavi başlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, Sol atriyal apeniks kapatılması, Cihaz ilişkili trombüs

Sekil1



Sekil2





[SS-089]

Akut Koroner Sendromda Balon Geçilemeyen Diseksiyonla Komplike Ağır Kalsifik Koroner Lezyonda Mikrokateter Destekli “Drill-in” Tekniği ile Başarılı Perkütan Koroner Müdahale

Yakup Yunus Yamantürk¹, Elif Oya İlhan², Polet Njeri Ouma³

¹TOBB ETÜ Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Özel Olimpos Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Antalya

Giriş: Balon ile geçilemeyen koroner lezyonlar, özellikle akut koroner sendrom (AKS) ortamında perkütan koroner girişim (PKG) sırasında önemli bir zorluk oluşturmaktadır. Bu tür lezyonlar sıklıkla rotasyonel veya orbital atarektomi ile intravasküler litotripsi gibi plak modifikasyon stratejileri gerektirmektedir. Ancak bu teknolojiler her merkezde sürekli erişilebilir vaziyette değildir.

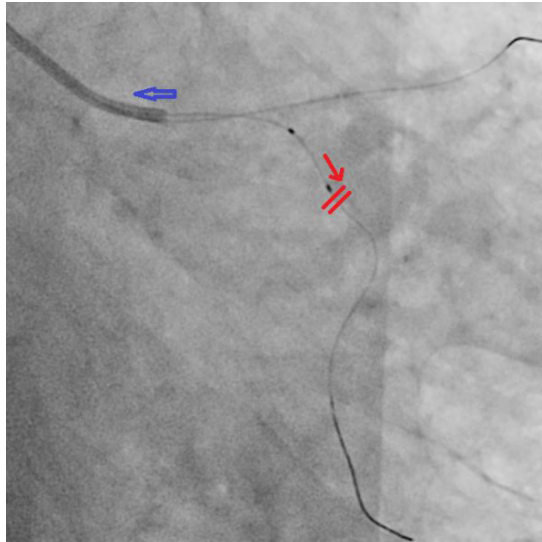
Olgu: Subakut ST elevasyonu olmayan miyokart enfarktüsü (NSTEMI) ile başvuran 67 yaşındaki erkek hastanın koroner anjiyografisinde sirkumfleks arterde (Cx) ileri derecede kalsifik ve balon ile geçilemeyen bir lezyon saptandı. Kılavuz tel ile lezyon başarıyla geçilmesine rağmen düşük profilli non-kompliyan/semi-kompliyan balon lezyon seviyesine ilerletilemedi. Merkezimizde atarektomi veya intravasküler litotripsi cihazlarının bulunmaması nedeniyle lezyon modifikasyonu amacıyla MambaFlex mikrokateter kontrollü saat yönünde rotasyon hareketleri ile ilerletildi (“drill-in” tekniği). Bu işlemin ardından başarılı predilatasyon gerçekleştirildi ve ilaç salınımlı stent implantasyonu sorunsuz şekilde tamamlandı.

Tartışma: Mikrokateter destekli lezyon modifikasyonu, dirençli koroner lezyonların tedavisinde tanımlanmış bir yöntem olup ileri plak modifikasyon cihazlarının bulunmadığı durumlarda alternatif bir yaklaşım sağlayabilir. Tornus ve Turnpike Gold gibi rotasyonel plak penetrasyonu amacıyla geliştirilmiş özel mikrokateterlerin aksine, standart mikrokateterler de dikkatli teknik ve sınırlı rotasyon uygulaması ile lezyon modifikasyonuna katkı sağlayabilmektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu olgu, MambaFlex mikrokateter kullanılarak “drill-in” tekniği ile başarılı şekilde tedavi edilen ilk akut koroner sendrom vakasıdır.

Sonuç: Mikrokateter destekli “drill-in” tekniği, ileri plak modifikasyon cihazlarının mevcut olmadığı merkezlerde, balon ile geçilemeyen kalsifik lezyonların tedavisinde uygulanabilir bir alternatif yöntem olabilir. Bu yaklaşımın daha geniş kullanım alanını değerlendirebilmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: akut koroner sendrom, balonla geçilemeyen lezyon, drill-in tekniği, mikrokateter, perkütan koroner girişim

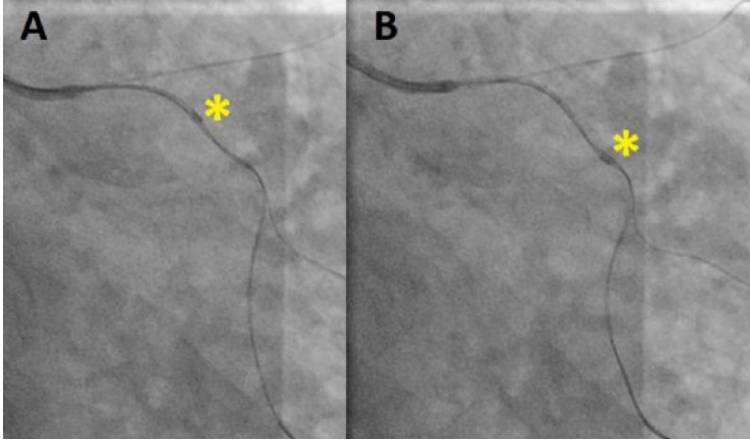
Figür 3



Cx lezyonu tellenmesine rağmen predilatasyon balonu (1.5x10 mm Invader sc) ilerletilememekte (kırmızı ok) ve kateterin geri teptiği görülmekte (mavi ok)



Figür 4



Mambaflex microkateter ile lezyona uygulanan “drill-in” manevrası A. Lezyon öncesinde kalan microkateter B. Lezyonu büyük oranda kateden microkateter



[SS-090]

İleri Evre Kronik Böbrek Yetersizliği Olan Hastalarda IVUS rehberliğinde Düşük Doz Kontrast Kullanılarak Kompleks Perkütan Koroner Girişim: Tek Merkez Deneyimi

Erdem Çevik, Özgür Selim Ser, Gökhan Çetinkal

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim sırasında kullanılan kontrast madde, kontrast ilişkili akut böbrek hasarı ve diyaliz gereksinimi açısından önemli bir risk oluşturmaktadır. Özellikle kompleks perkütan koroner girişimlerde kontrast hacminin artması bu riski daha da yükseltmektedir. İntravasküler ultrasonografi (IVUS), koroner girişimlerin daha düşük kontrast hacmi ile güvenli şekilde gerçekleştirilmesine olanak sağlayabilir. Bu çalışmada, ileri evre kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda IVUS rehberliğinde düşük kontrast stratejisi kullanılarak gerçekleştirilen kompleks perkütan koroner girişimlerin uygulanabilirliği ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

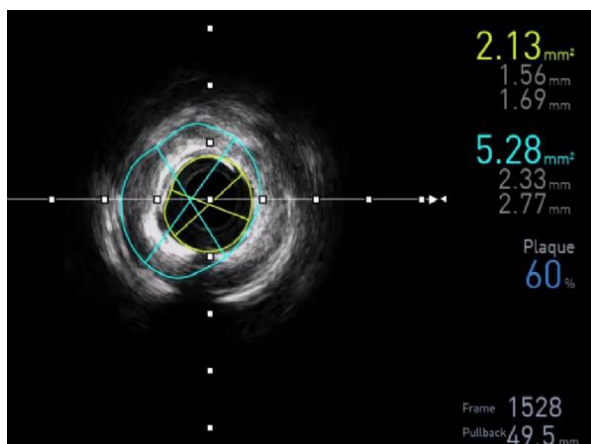
Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli vaka serisine 2025–2026 yılları arasında IVUS rehberliğinde kompleks perkütan koroner girişim uygulanan ve diyaliz gereksinimi olmayan ileri evre kronik böbrek yetmezliği hastaları dahil edildi. Tüm hastalarda işlem öncesinde tanısal koroner anjiyografi mevcuttu ve hastalar kompleks perkütan koroner girişim açısından uygun kabul edildi. Girişimler radial yoldan 7F kılavuz kateter kullanılarak IVUS eşliğinde gerçekleştirildi. Klinik özellikler, işlem detayları ve takip sonuçları analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşı 68 ± 7 yıl olan 5 hasta dahil edildi; hastaların %20'si kadındı. Ortalama serum kreatinin düzeyi $3,1 \pm 0,73$ mg/dL, ortalama eGFR değeri ise 18 ± 7 mL/dk/1,73 m² idi. Hastaların 4'ünde LAD, 1'inde LMCA lezyonu bulunurken, 2 hastada bifurkasyon lezyonu mevcuttu. Tüm olgularda IVUS rehberliğinde başarılı perkütan koroner girişim gerçekleştirildi. Yoğun kalsifikasyon nedeniyle 1 hastada rotablayon, 2 hastada cutting balon kullanıldı. İşlem sırasında kullanılan ortalama kontrast hacmi 35 ± 10 mL idi. İşlem sonrası hiçbir hastada kontrast ilişkili akut böbrek hasarı gelişmedi. İşlem sonrası ortalama eGFR değeri 16 ± 5 mL/dk/1,73 m² olarak saptandı. Ortalama 6 aylık takip süresince miyokard infarktüsü, hedef damar revaskülarizasyonu veya kardiyovasküler ölüm izlenmedi.

Sonuç: İleri evre kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda IVUS rehberliğinde düşük kontrast kullanılarak gerçekleştirilen kompleks perkütan koroner girişimler güvenli ve uygulanabilir görünmektedir. Bu yaklaşım, kontrast maruziyetini azaltırken işlem başarısının korunmasına ve kontrast ilişkili böbrek hasarı riskinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Daha geniş hasta serileri ile yapılacak çalışmalar bu bulguları desteklemelidir.

Anahtar Kelimeler: IVUS, kronik böbrek yetmezliği, düşük kontrast stratejisi, kompleks perkütan koroner girişim, kontrast ilişkili akut böbrek hasarı

IVUS ilk poz



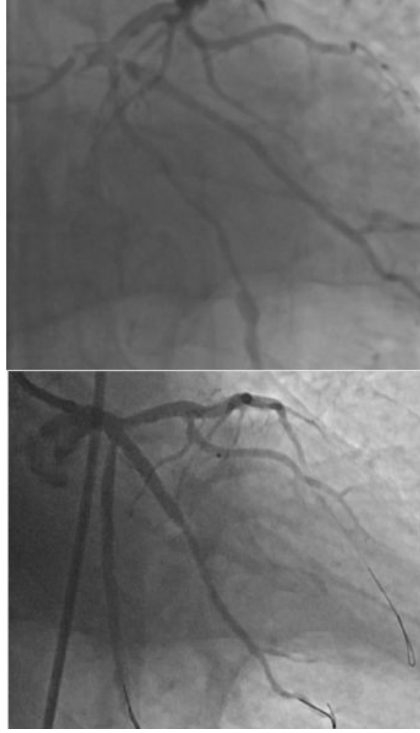
IM arter IVUS başlangıcı

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Koroner anjiyografi pozları



İlk poz ve final pozları



[SS-091]

Stent İçi ve De Novo Kronik Total Oklüzyonlara Yapılan Perkütan Koroner Girişimlerin Karşılaştırılması: Benzer Erken Dönem Başarıya Karşın Farklı Prosedürel ve Tedavi Özellikleri

Semi Öztürk¹, Ahmet Seyfeddin Gürbüz², Sefa Sural³, Vedat Aslan⁴, Büşra Özyeşil², Şevket Görgülü⁵

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

³Toros Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

⁴İstinye Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Stent içi kronik total oklüzyon (ISR-CTO) ile de novo (yeni gelişen) CTO arasındaki akut sonuçları, stratejiyi ve tedavi modelini karşılaştırmak.

Yöntem: Türkiye'de üç merkezde prospektif olarak tutulan bir KTO-Perkütan koroner girişim (PKG) kayıt sisteminin retrospektif prosedür düzeyindeki analizi gerçekleştirildi. Ocak 2019 ile Şubat 2026 tarihleri arasında uygulanan ardışık işlemler çalışmaya dahil edildi. Birincil sonlanım noktası, teknik başarının hastane içi majör prosedürel komplikasyonlar olmaksızın elde edilmesi olarak tanımlanan prosedürel başarıydı. Teknik başarı, rezidüel darlığın <%30 olduğu son TIMI 3 akımı olarak tanımlandı. Majör prosedürel komplikasyonlar; ölüm, inme, acil tekrar PKG veya koroner arter bypass greftleme (KABG), donör damar komplikasyonu ve aktif tedavi gerektiren koroner ya da kollateral perforasyonu içeriyordu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi ve önceden belirlenmiş duyarlılık analizleri gerçekleştirildi.

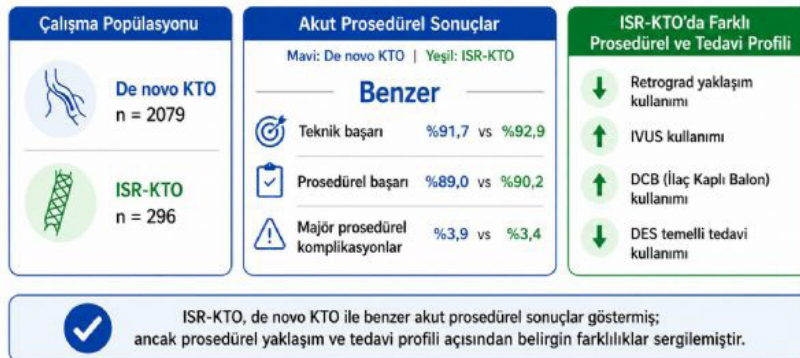
Bulgular: Toplam 2375 KTO-PKG işleminin 296'sında (%12,5) ISR-KTO mevcuttu. Teknik başarı oranı ISR-KTO grubunda %92,9, de novo KTO grubunda ise %91,7 idi ($P = 0,49$). Prosedürel başarı oranları sırasıyla %90,2 ve %89,0 olarak bulundu ($P = 0,55$). Majör prosedürel komplikasyon oranları da benzerdi (%3,4'e karşı %3,9; $P = 0,66$). Düzeltme analizlerinden sonra ISR-KTO; daha düşük teknik başarı (OR 1,26; %95 GA 0,77–2,05), daha düşük prosedürel başarı (OR 1,20; %95 GA 0,79–1,83) veya daha yüksek komplikasyon riski (OR 0,84; %95 GA 0,43–1,66) ile ilişkili bulunmadı. Bununla birlikte ISR-KTO; daha az fiili retrograd yaklaşım kullanımı, daha yüksek IVUS ve ilaç kaplı balon (DCB) kullanımı ve daha düşük gözlenen ilaç salınlı stent (DES) implantasyon oranı ile ilişkiliydi.

Sonuç: Bu seçilmiş çok merkezli kohortta ISR-KTO, de novo KTO ile karşılaştırılabilir akut prosedürel sonuçlar göstermiştir. Temel farklılıklar, daha az fiili retrograd yaklaşım uygulanması ve IVUS/DCB/DES kullanımındaki farklılıklar gibi prosedürel ve tedaviye ilişkin özelliklerde gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç kaplı balon, intravasküler ultrasonografi, kronik total oklüzyon, perkütan koroner girişim, stent içi kronik total oklüzyon

Şekil-1 ISR-KTO ve De Novo KTO PKG Karşılaştırması

3 merkezli kayıt çalışması, 2375 KTO-PKG işlemi



Kısaltmalar: KTO: Kronik Total Oklüzyon • PKG: Perkütan Koroner Girişim • ISR-KTO: Stent İçi Kronik Total Oklüzyon
IVUS: Intravasküler Ultrasonografi • DCB: İlaç Kaplı Balon • DES: İlaç Salınlı Stent (Drug-Eluting Stent)



[SS-095]

Sol Atrial Appendiks Kapama Cihaz Embolizasyonunun Perkütan Yolla Başarılı Ekstraksiyonu

Engincan Doğan, Oktay Şenöz

İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Atrial fibrilasyona bağlı tromboembolik komplikasyonların önlenmesinde oral antikoagülanlar temel tedavidir. Hastalarda antikoagulan tedaviye rağmen tekrarlayan tromboembolik olay görülebilir veya tedaviye kontraendike durumlar gelişebilir. Özellikle CHA₂DS₂-VA skoru yüksek, OAK altında tromboembolik olay yaşayan veya yüksek kanama riski taşıyan hastalarda LAA kapama önemli bir seçenektir. Bu olguda LAA kapama işlemi sonrası cihazın sol atriüma embolizasyonu nedeni ile perkutan ekstraksiyonu işlemi sunulacaktır.

Yöntem: Nöroloji departmanı tarafından uygun dozda antikoagulan altında tekrarlayan iskemik inme etyolojisi açısından tarafımıza danışılan 68 Yaşında erkek hastanın medikal geçmişinde hipertansiyon, KABG, mide CA öyküsü mevcuttu. Hastanın ekg'sinde AF saptandı. TTE'de LVEF %33 saptandı, ciddi valvüler patoloji saptanmadı. Karotis doppler tetkikinde sol karotis arterde %50 darlık yapan stabil plak saptandı. AF nedenli apiksaban 5 mg 2*1 düzenli kullanmasına rağmen iskemik inme geçirmiş hastada konsey kararı ile LAA kapama işlemi planlanmıştır. (CHADSVA: 5) LAA landing zonu TEEde minimum 17 mm ve maximum 22 mm ölçüldü. Hastaya 31 mm AMULET LAA kapatma cihazı yerleştirildi. TUG testi sonrası TEE ve floroskopi altında başarılı cihaz implantasyonu yapıldı. Hastanın takibinde kontrol EKO'da sol atriümda okluder cihaz embolize izlendi. Hastanın hemodinamik durumu ve yüksek cerrahi riski nedeni ile embolize cihazın perkütan ekstraksiyonuna karar verildi. Sol femoral ven yoluyla 14F asd okluder taşıma sistemi ile sağ atriüma ulaşıp İAS'den LA'ya geçildi, 0.35 guidewire ilerletilerek okluder cihazın büyük diskinin bulunduğu bölgedeki strutlardan geçildi, ardından bu guidewire, aynı sheath içinden gönderilen snare ile yakalanarak katater içerisinde loop yapıldı, loop yardımıyla cihazın büyük diskinin bir kısmı katater içerisine alındı, bu şekilde RA ya çekilerek diskin bir kısmı daha katater içerisine çekildi ve cihaz silindirik şekil aldıktan sonra kontrollü olarak çekilerek femoral venden çıkarıldı, kanama kontrolü sağlandı.

Sonuç: Atrial fibrilasyonun toplumda artan sıklığı ve buna bağlı gelişen oral antikoagülanların etkinliğine rağmen tromboembolik olaylar ve yüksek kanama riski olan hastalar için alternatif tedavi stratejilerini zorunlu kılmaktadır. LAA kapama, seçilmiş hasta gruplarında bir alternatif olarak öne çıkmakla birlikte, komplikasyon riski göz ardı edilmemelidir. LAA kapama işleminde cihazın stabilizasyonu için uygun sizing tekniğinin kullanılması önem arz etmektedir. Bu vakada görüldüğü üzere, nadir ancak yaşamı tehdit edici olabilen cihaz embolizasyonu ile karşılaşıldığında cerrahi klasik çözüm olsa da, perkutan yöntemlerle başarı sağlanabileceği ortaya konmuştur. Yüksek riskli vakalarda yeterli ekipman sağlanarak cerrahi back-up varlığında perkütan ekstraksiyon işlemi hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ATRİAL FİBRİLASYON, LAA KAPAMA, CİHAZ EMBOLİZASYONU, PERKÜTAN EKSTRAKSİYON

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

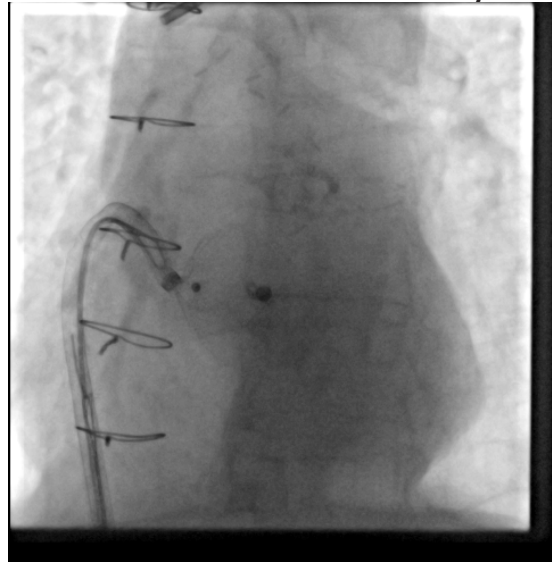
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Embolize Cihaz Ekokardiyografik Görüntüsü



Embolize Cihazın Perkütan Ekstraksiyonu





[SS-096]

Güncel Kronik Total Oklüzyon Perkütan Koroner Girişim Uygulamalarında Hastane İçi Majör Komplikasyonlar: Türkiye'den Çok Merkezli Veriler

Semi Öztürk¹, Ahmet Seyfeddin Gürbüz², Sefa Sural³, Büşra Özyeşil², Şevket Görgülü⁴

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

³Toros Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

⁴Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, güncel kronik total oklüzyon perkütan koroner girişim (KTO PKG) uygulamalarında majör hastane içi komplikasyonların sıklığını, belirleyicilerini ve stratejiyle ilişkili paternlerini Türkiye'den çok merkezli bir kayıttan değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2020 ile Şubat 2026 arasında gerçekleştirilen 2.375 ardışık KTO PKG prosedürü, prospektif, çok merkezli bir kayıttan retrospektif analiz ile değerlendirildi. Birincil sonlanım noktası: ölüm, miyokart enfarktüsü, inme, tedavi gerektiren koroner perforasyon, donör damar komplikasyonu, acil tekrar PKG veya acil koroner arter bypass greftleme (KABG)'den oluşan majör hastane içi komplikasyon bileşimiydi. Miyokart enfarktüsü ve inme olayları, merkezi doğrulama olmaksızın, merkezlerce kaydedilen veri alanlarından elde edildi. Bağımsız belirleyiciler lojistik regresyonla araştırıldı; iç doğrulama 500 bootstrap örneklemeyle yapıldı.

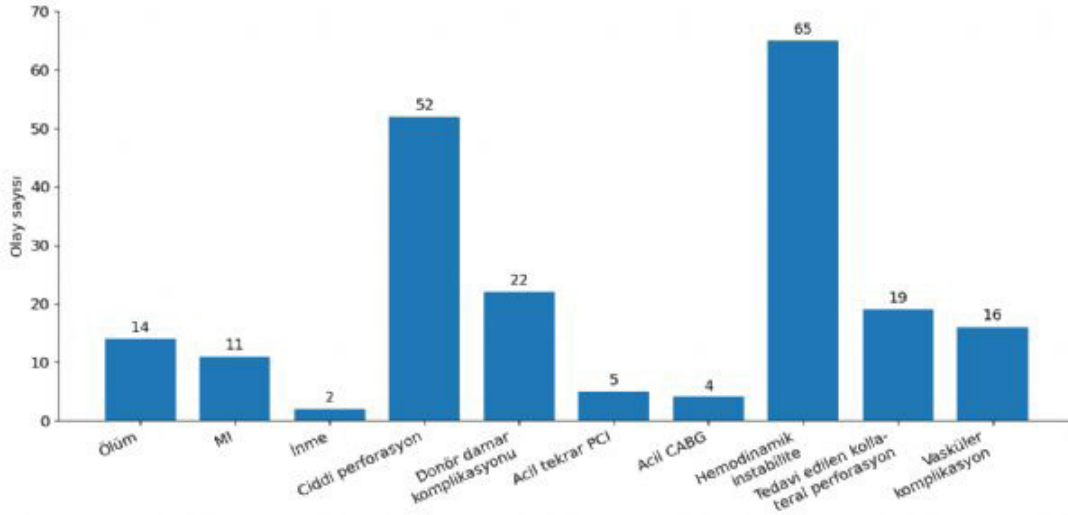
Bulgular: Majör hastane içi komplikasyon 87 prosedürde (%3,7), hastane içi ölüm ise 14 prosedürde (%0,6) görüldü. Komplikasyon oranı J-CTO kategorileri boyunca basamaklı olarak arttı; J-CTO 0–1 grubunda %1,3 iken J-CTO ≥4 grubunda %7,3'e ulaştı. Mutlak komplikasyon oranı planlanmış yalnızca antegrad işlemlerde %2,3, planlanmış retrograd/hibrid yaklaşım içeren işlemlerde ise %7,1 idi. Retrograd yolla gerçekleştirilen vakalarda donör damar komplikasyonu, acil KABG, tedavi gerektiren perforasyon ve hastane içi ölüm daha sık görüldü. Primer klinik-anatomik çok değişkenli modelde yaş, KTO uzunluğu ve orta/ağır kalsifikasyon majör hastane içi komplikasyonlarla ilişkili bulundu. Planlanmış retrograd/hibrid yaklaşım primer modelde nedensel bir değişken olarak değerlendirilmedi; bunun yerine işlem planlama ve lezyon kompleksitesi göstergesi olarak tanımlayıcı biçimde sunuldu. Modelin ayırt ediciliği mütevazı düzeydeydi.

Sonuç: Güncel KTO PKG uygulamalarında majör hastane içi komplikasyonlar genel olarak seyrek; ancak olay oranları daha kompleks lezyonlarda ve planlanmış retrograd/hibrid yaklaşım için seçilen işlemlerde daha yüksekti. Bu bulgular, komplikasyon odaklı işlem öncesi danışmanlığın, olgu seçimi ve işlemsel hazırlığın önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyonlar, koroner oklüzyon, miyokart enfarktüsü, perkütan koroner girişim, vasküler kalsifikasyon

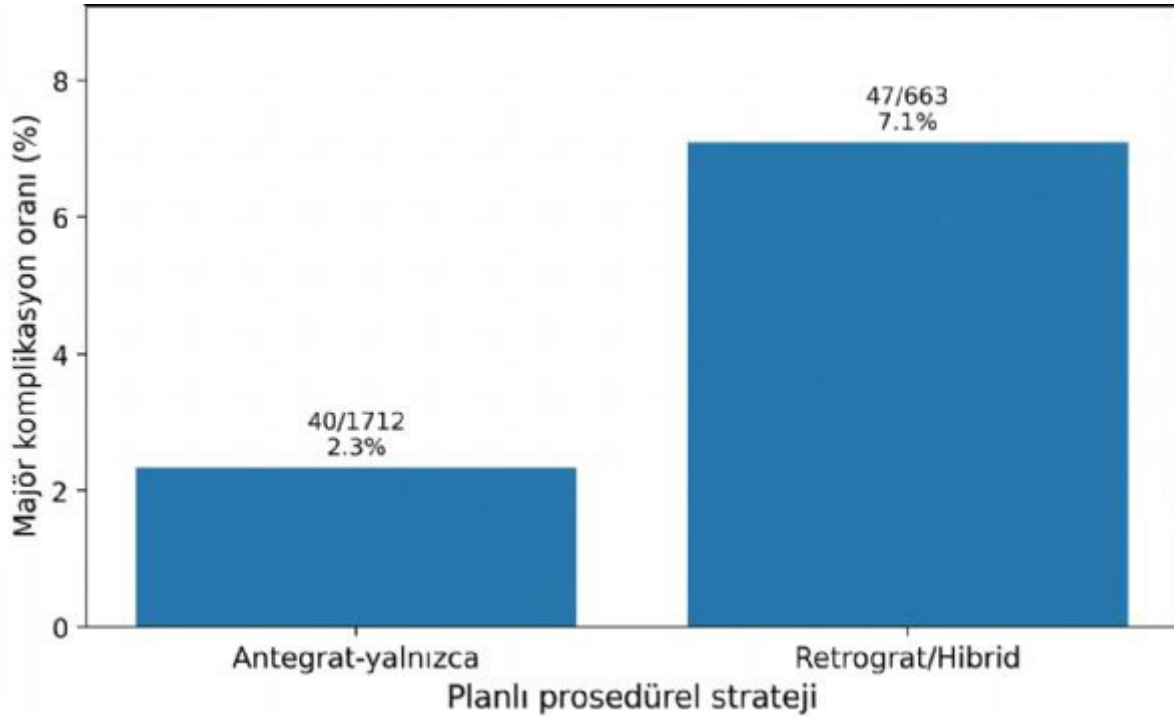


Şekil-1



Hastane içi bireysel komplikasyon bileşenleri

Şekil-2



Planlanan prosedürel stratejiye göre hastane içi majör komplikasyon oranları



[SS-097]

Transkateter Aort Kapak İmplantasyonu Uygulanan Hastalarda Bir Yıllık Mortalitenin Öngörülmesinde GRIm-Skorunun Prognostik Değeri ve Diğer İnflamatuvar-Nütrisyonel İndekslerle Karşılaştırılması

Muhammed Esad Çalışkan, Reha Yasin Şengül, Çağatay Tunca
Etlik Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Birimi, Ankara

Amaç: Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI), ciddi semptomatik aort darlığı olan hastalarda etkin bir tedavi seçeneği olmasına rağmen işlem sonrası mortalite halen önemli bir klinik sorundur. Gustave Roussy Immune Score (GRIm-Skoru), albümin, nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve laktat dehidrogenaz (LDH) düzeylerini bir araya getirerek nütrisyonel rezervi, sistemik inflamasyonu ve metabolik stresi yansıtan bütüncül bir biyobelirteçtir. Bu çalışmada, TAVI uygulanan hastalarda bir yıllık mortalitenin öngörülmesinde GRIm-Skorunun prognostik değerini ve diğer inflamatuvar-nütrisyonel indekslerle karşılaştırmalı performansını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya Ocak 2018–Aralık 2024 tarihleri arasında başarılı transfemoral TAVI uygulanan 246 hasta dahil edildi. Demografik, klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik veriler elektronik kayıt sisteminden elde edildi. GRIm-Skorunun yanı sıra CALLY, Prognostic Nutritional Index (PNI), Controlling Nutritional Status (CONUT), Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI), Naples Prognostic Score (NPS), NLR ve Systemic Immune-Inflammation Index (SII) hesaplandı. Hastalar bir yıl boyunca takip edildi. Birincil sonlanım noktası tüm nedenlere bağlı mortaliteydi. Prognostik performans ROC analizi ile değerlendirildi, bağımsız belirleyiciler Cox regresyon analizi ile araştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $78,8 \pm 6,7$ yıl olup %53,7'si kadındı. Bir yıllık takipte 34 hastada (%13,8) ölüm meydana geldi. Mortalite gelişen hastalarda ortalama GRIm-Skoru anlamlı derecede daha yüksekti ($2,4 \pm 0,7$ 'ye karşı $1,3 \pm 0,8$; $p < 0,001$). ROC analizinde GRIm-Skoru mortaliteyi öngörmeye en yüksek performansı gösterdi (AUC: 0,748; %95 GA: 0,666–0,829; $p < 0,001$). Bu değer CALLY (0,701), PNI (0,672), CONUT (0,648), GNRI (0,633), NPS (0,621), NLR (0,607) ve SII'den (0,584) daha yüksekti. Optimal eşik değeri ≥ 2 olup %74 duyarlılık ve %68 özgüllük sağladı. Kaplan–Meier analizinde yüksek GRIm-Skoruna sahip hastalarda sağkalım anlamlı derecede daha düşüktü (log-rank $p < 0,001$). Çok değişkenli analizde yüksek GRIm-Skoru (HR: 2,71; %95 GA: 1,49–4,91; $p = 0,001$), kronik böbrek hastalığı ve düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu mortalitenin bağımsız belirleyicileri olarak bulundu.

Sonuç: GRIm-Skoru, TAVI uygulanan hastalarda bir yıllık mortalitenin güçlü ve bağımsız bir belirleyicisidir. Mevcut inflamatuvar ve nütrisyonel indekslere kıyasla daha yüksek prognostik doğruluk göstermesi, bu skorun TAVI hastalarında risk sınıflandırmasında tamamlayıcı bir araç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bu bulguların daha geniş ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması klinik kullanımını destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: GRIm-Skoru, TAVI, Mortalite

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1. Bir Yıllık Mortalite Durumuna Göre Demografik, Klinik, Laboratuvar ve Ekokardiyografik Özellikler

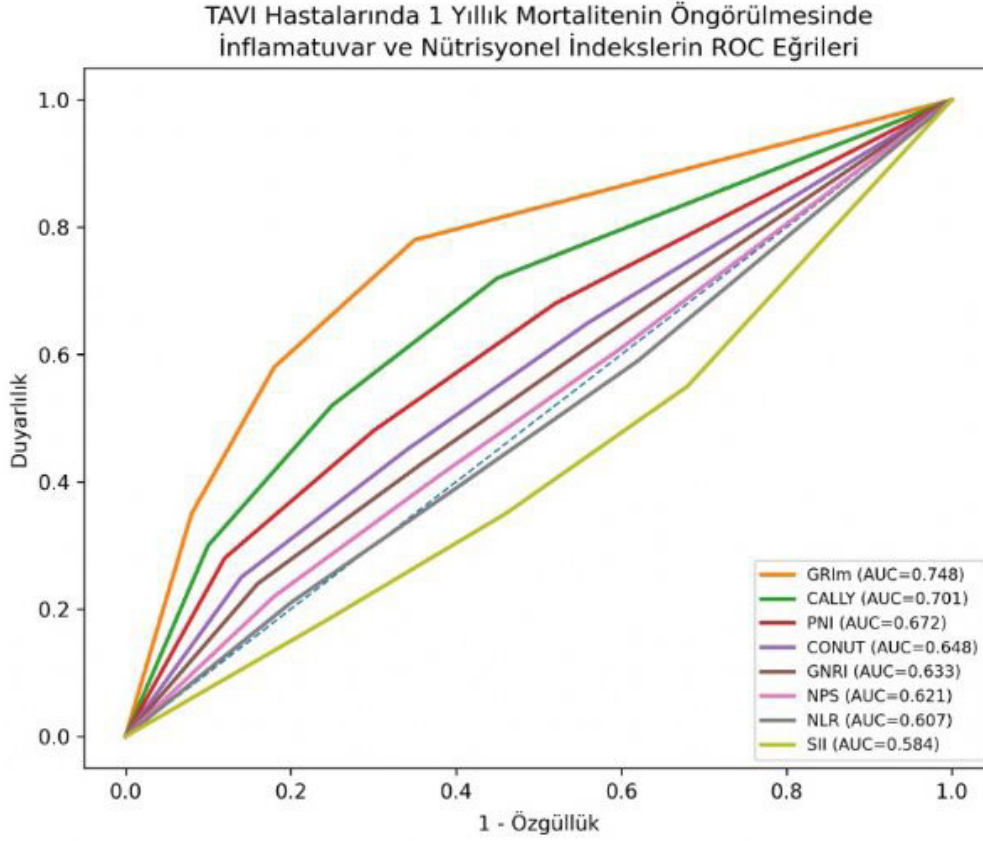
Tablo 1. Bir Yıllık Mortalite Durumuna Göre Demografik, Klinik, Laboratuvar ve Ekokardiyografik Özellikler

Değişken	Sağ Kalınlar (n=212)	Ölüler (n=34)	p
Yaş (yıl)	78,1±6,5	83,0±5,8	<0,001
Kadın cinsiyet (%)	54,2	50,0	0,66
BMI (kg/m ²)	27,4±4,3	26,8±4,7	0,45
Hipertansiyon (%)	79,7	88,2	0,24
DM (%)	34,6	47,1	0,15
Hiperlipidemi (%)	55,7	64,7	0,33
Atrial fibrilasyon (%)	29,2	47,1	0,037
Koroner arter hastalığı (%)	49,1	61,8	0,18
Önceki PCI (%)	32,5	38,2	0,53
Önceki CABG (%)	8,5	14,7	0,24
KOAH (%)	16,6	26,5	0,13
KBH (%)	19,3	44,1	0,002
Periferik arter hastalığı (%)	10,8	20,6	0,09
İzeme iyikisi (%)	9,0	17,6	0,11
STS (%)	5,4±2,1	8,3±3,0	<0,001
EuroSCORE II (%)	4,8±2,0	7,2±2,8	<0,001
NYHA III-IV (%)	71,2	91,2	0,015
Hemoglobin	12,6±1,7	11,4±1,8	<0,001
Lökosit	7,8±2,3	9,2±3,0	0,006
Nütrofil	5,0±1,9	7,1±2,8	<0,001
Limfosit	1,8±0,6	1,3±0,5	<0,001
Kreatinin	1,03±0,34	1,41±0,52	<0,001
eGFR	67±18	49±16	<0,001
CRP	8,4±6,9	21,5±13,2	<0,001
Albumin	3,9±0,4	3,4±0,4	<0,001
LDH	224±61	311±84	<0,001
NT-proBNP	2150 (980-4200)	4876 (2400-9100)	<0,001
NLR	3,9±2,1	7,1±3,4	<0,001
GRIm Skoru	1,3 ± 0,8	2,4 ± 0,7	<0,001
PNI	45,6 ± 5,2	39,8 ± 5,7	<0,001
CONUT Skoru	2,4 ± 1,7	4,8 ± 2,1	<0,001
GNRI	102,8 ± 8,4	92,7 ± 9,1	<0,001
CALLY İndeksi	5,8 ± 2,3	3,4 ± 1,7	<0,001
NPS	1,2 ± 0,9	2,3 ± 0,8	<0,001
SII	483 (430-1040)	1420 (800-2300)	<0,001
LVEF (%)	54±8	48±9	<0,001
Aort kapak alanı	0,68±0,14	0,64±0,15	0,12
Ortalama gradiyenti	46±13	49±14	0,22
PASP	39±11	48±14	<0,001

Kısaltmalar: BMI, vücut kitle indeksi; DM, diabetes mellitus; PCI, perkütan koroner girişim; CABG, koroner arter bypass greftleme; KOAH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı; KBH, kronik böbrek hastalığı; STS, Society of Thoracic Surgeons risk skoru; NYHA, New York Heart Association; eGFR, tahmini glomerüler filtrasyon hızı; CRP, C-reaktif protein; LDH, laktat dehidrogenaz; NT-proBNP, N-terminal pro-B-tip natriüretik peptid; NLR, nötrofil/lenfosit oranı; GRIm, Gustave Roussy Immune Score; PNI, Prognostic Nutritional Index; CONUT, Controlling Nutritional Status; GNRI, Geriatric Nutritional Risk Index; CALLY, C-reactive Protein–Albumin–Lymphocyte Index; NPS, Naples Prognostic Score; SII, Systemic Immune-Inflammation Index; LVEF, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; PASP, pulmoner arter sistolik basıncı.



TAVI Hastalarında 1 Yıllık Mortalitenin Öngörülmesinde İnflamatuvar ve Nütrisyonel İndekslerin ROC Eğrileri





[SS-098]

Koronerden aortaya uzanan yolculuk: STEMI sırasında saptanan aort koarktasyonu

Gizem Aksoy Okumuş, Halil Gülyiğit, Çağatay Koca, Hakan Güneş, Mustafa Ozan Gürsoy
İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Akut koroner sendrom hastalarına radyal girişim önerilmekte olup, kliniğimizde anterior st elevasyonlu miyokart infarktüsü(STEMI) vakalarında femoral yol tercih edilmektedir. Bazen femoral yol başarısız olabilmekte ve işleme radyal yoldan devam etmek gerekebilmektedir. Bu vaka sunumunda radyal yola dönme nedenimiz olan aort koarktasyonu ve stentlemesi sunulmaktadır.

55 yaş bilinen hipertansiyonu olan, sigara içen erkek hasta yeni başlayan şiddetli göğüs ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Çekilen elektrokardiyografide yaygın anterior STEMI görülmesi üzerine acil koroner anjiyografik girişim planlandı. Hızlıca anjiyo masasına alınıp sağ femoral arter ponksiyonu yapıldı. Monitörde kan basıncı 80/40 mmHg görülen hastaya floroskopi eşliğinde hızlıca kılavuz tel gönderildi, ancak desendan aortadan arcus aortaya ilerletilemedi ve opaklı görüntü alındı. Diseksiyon şüphesiyle hızlı bir ekokardiyografi(EKO) değerlendirmesi yapıldı, hafif aort yetmezliği dışında patoloji olmaması üzerine diseksiyon şüphemiz devam etse de hastaya sağ radyal yoldan ponksiyon yapıldı ve buradan kan basıncı 150/100 mmhg ölçüldü. Kılavuz tel radial yoldan gönderildi. Başarılı şekilde koroner arterler görüntülenip rekanalize olan sol ön inen(LAD)arter görüldü. Sağ radyal yoldan aortagrafi yapıp diseksiyon olmadığı görüldü. Vakanın koarktasyon olabileceği düşünüldü ve LAD'ye 3.0*18mm ilaç salınımlı stent yerleştirildi. Başarılı şekilde hasta koroner yoğun bakıma alındı. Kliniği stabil olan, aktif ağrısı kalmayan, ekşi rezole olan hastada ileri eko değerlendirmesi yapıldı ve desenden aorta başlangıcında 46mmHg gradiyent ölçüldü. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografik anjiyografi ile koarktasyon tanısı kesinleştirildi. Hasta kalp damar cerrahisi ortak konseyinde tartışıldı ve endovasküler müdahale planlandı. Tarafımızca yatışında aort stentlemesi de yapılan hasta şifayla taburcu edildi.

Aort koarktasyonu, aortanın konjenital, segmental daralması ile karakterize nadir bir hastalıktır. Konjenital kalp hastalıkları içinde görülme oranı %5-8 olmakla birlikte erkeklerde yaklaşık 2 kat sıktır. Diğer kardiyak anomalilerle birliktelik %50'ye kadar olup en sık biküspit aort kapağı eşlik etmektedir. Erişkin yaşta tanı konan olgular koarktasyon hastalarının %10-20'sini oluşturup ortalama erişkin tanı yaşı 20-40 yaşlardır. Çok nadiren 50 yaş üzeri tanı alan hastalar mevcuttur. Fizik muayenede üst ekstremitelerde hipertansiyon ve femoral nabızlarda zayıflık vardır. Tedavi seçenekleri cerrahi ve endovasküler(balon anjioplasti-stent implantasyonu) olup tedavi sonrası restenoz riski vardır.

Sonuç olarak şiddetli göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda EKG STEMI bile olsa diseksiyon ön tanısı göz önünde bulundurulmalıdır. Nadir olsa da erişkin yaşta tanı koyulabilen koarktasyon vakaları kaçırılmamalıdır ve vakamızdaki gibi bir STEMI vakasında diseksiyon ile ayrımı yapıldıktan sonra perkutan koroner girişim işlemi geciktirilmeden yapılmalıdır. Mümkün olan en kısa zamanda da koarktasyona müdahale edilmelidir.

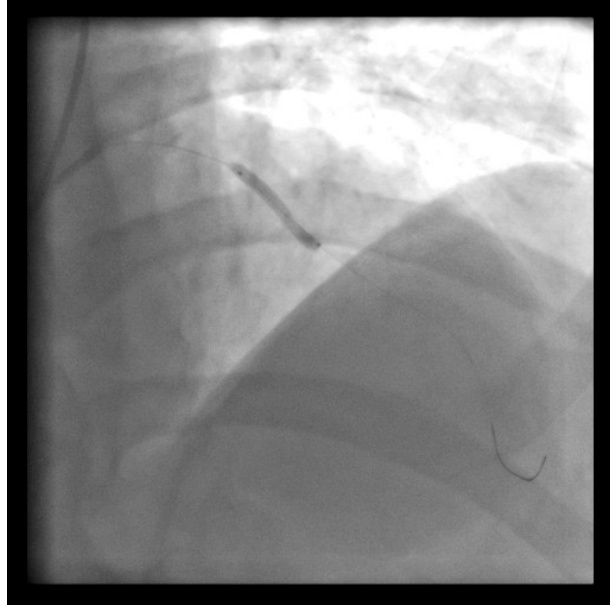
Anahtar Kelimeler: anterior stemi, aort koarktasyonu, stent

KARDİYOYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

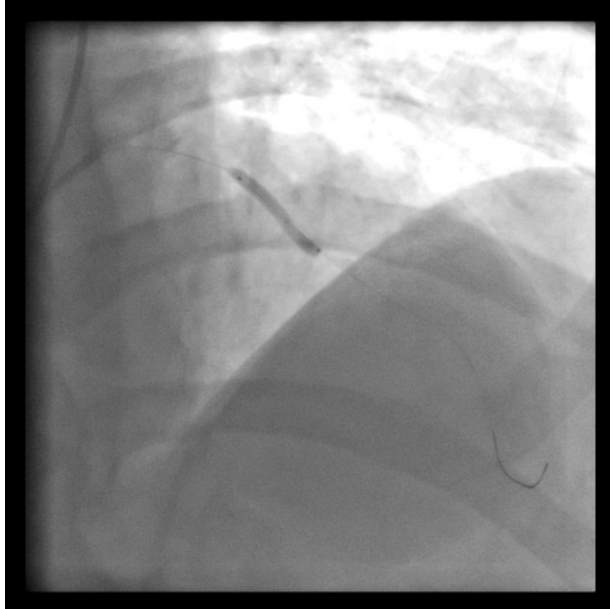
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



koarktasyon stent



lad stent





[SS-099]

Zorlu Orbital Aterektomiye Bağlı Rüptür Yönetimi

Osman Soner Özkoyuncu, Beytullah Çakal, Aysel Akhundova, Ahmet Altındış, Muhammed Nimetullah Seçkin, Bilal Boztosun
MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Giriş: Orbital aterektomi, özellikle ileri derecede kalsifik koroner lezyonların hazırlanmasında kullanılan bir yöntemdir. Genel olarak güvenli kabul edilse de koroner perforasyon (rüptür), Diseksiyon (damar duvarında yırtılma), No-reflow veya yavaş akım, Geçici ritim bozuklukları Spazm görülebilir. Koroner perforasyon riski genellikle: çok küçük damarlarda, eksantrik veya düzensiz kalsifikasyonlarda, uzun süreli veya agresif aterektomi uygulamalarında, yaşlı ve kırılğan damarlarda, daha önce stent yerleştirilmiş ve ciddi kalsifikasyon bulunan segmentlerde artar. Çalışmalarda orbital aterektomiye bağlı ciddi perforasyon oranı genellikle %1'in altındadır, ancak kullanılan hasta grubuna ve lezyon özelliklerine göre değişebilir.

Vaka: Tip 2 DM, hipertansiyon, dislipidemisi olan 66 yaş erkek hasta kliniğimize 2 aydır istirahatte olan tipik göğüs ağrısı ile gittiği dış merkezde yapılan koroner anjiyografi sonucunda CABG önerilmesi üzerine başvurdu. Hasta 3 damar hastası olmasına rağmen CABG kabul etmedi. Hasta perkütan koroner girişim için işleme alındı Hastanın sedasyon altında RCA CTO lezyonu pilot 200 tel ve qxmedical destek kateteri ile geçildi. maverick 2.5x15, mecross cto 2.0x15, simpass plus 2.5x15, artimes 1.25x12, wedge nc scoring 2.5x18 ve sapphire ii pro 1.0x8 balonlar ile predilatasyon sonrası distaline promus 2.50x38 (referans damar çapı 2.50 lezyon uzunluğu 38), mid bölgeye promus 2.75x28 (referans damar çapı 2.75 lezyon uzunluğu 28), proksimaline promus 2.75x38 (referans damar çapı 2.75 lezyon uzunluğu 38) ve ostealine microport 3.0x21 (referans damar çapı 3.0 lezyon uzunluğu 21) stentler sırasıyla implante edildi. mecross nc 2.5x12, mecross nc 3.0x12 balonlar ile postdilatasyon yapıldı. Ardından LAD lezyonu floppy tel ile geçildi. Wedge NC scoring 2.75x20, simpass plus 2.5x15 balonlar ile predilatasyon sonrası kalsifik lezyona diamondback 360 orbital aterektomi uygulandı. Distaline xience pro 2.75x48 (referans damar çapı 2.75 lezyon uzunluğu 48) stent implante edildi. LAD'de rüptür izlenmesi üzerine papyrus 2.5x20 greft stent yerleştirildi. Ardından wolvarine cutting 3.00x10 balon uygulandı. LMCA'dan LAD'ye uzanacak şekilde xience pro 3.5x28 (referans damar çapı 3.5 lezyon uzunluğu 28) stent implante edildi. LMCA'ya mecross NC 5.0x12 balon ile pot yapıldı. LAD'ye mecross nc 3.5x12, mecross NC 2.75x12 ve simpass NC 3.0x12 balonlar ile postdilatasyon yapıldı. Imca'ya simpass NC 5.0x12 balon ile final pot yapıldı.Tam açıklık sağlandı.

Tartışma: Orbital Aterektomi (OA), koroner arter perforasyonu veya şiddetli diseksiyon gibi ciddi komplikasyonların daha az görülmesi nedeniyle, Rotasyonel Aterektomi (RA) yöntemine kıyasla genellikle biraz daha güvenli bir prosedür profiline sahip görünmekle beraber olgumuzda görüldüğü gibi rüptür riski göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: orbital aterektomi, koroner rüptür, greft stent

figüre 1



LAD'ye yapılan orbital aterektomiye bağlı koroner rüptür yönetimi



[SS-101]

Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Subklinik Miyokardiyal Etkilenimin Değerlendirilmesi: Frontal QRS-T Açısı Analizi

Mert Babaoğlu¹, Süha Asal², Şahhan Kılıç²

¹Şile Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

²Çorlu Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Tekirdağ

Amaç: Hidradenitis suppurativa (HS), kronik sistemik inflamasyon ve metabolik disfonksiyon ile karakterize inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu süreç, kardiyovasküler hastalık riskinde artış ile ilişkilendirilmektedir. Frontal QRS-T açısı [f(QRS-T)], yüzey elektrokardiyografisi (EKG) üzerinden kolayca hesaplanabilen, miyokardiyal repolarizasyon heterojenitesini ve subklinik kardiyak tutulumu yansıtan güçlü, non-invaziv bir belirteçtir. Bu çalışmada, HS hastalarında f(QRS-T) açısını değerlendirmeyi ve sağlıklı kontrollerle kıyaslamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2025 - Mayıs 2026 tarihleri arasında merkezimiz kardiyoloji polikliniğine başvuran, bilinen kardiyovasküler patolojisi olmayan 48 HS hastası ve benzer demografik özelliklere sahip 50 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcıların demografik verileri, laboratuvar parametreleri ve 12 derivasyonlu yüzey EKG kayıtları geriye dönük olarak analiz edildi. f(QRS-T) açısı, EKG'deki frontal QRS ve T eksenleri arasındaki mutlak fark alınarak hesaplandı.

Bulgular: Hasta (32.1±6.2 yıl, %54.2 kadın) ve kontrol (31.9±5.9 yıl, %54 kadın) grupları arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve sigara kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Lipid paneli parametreleri iki grupta benzerdi (p>0.05). Buna karşın, HS grubunda CRP (8.4±3.9 vs 2.1±0.8 mg/L, p<0.001), sedimantasyon (22.4±9.5 vs 9.2±4.1 mm/h, p<0.001) düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu. Rutin EKG süreleri (PR, QRS, QTc) gruplar arasında farklılık göstermezken, f(QRS-T) açısı HS grubunda, kontrol grubuna kıyasla klinik olarak normal sınırlarda kalmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı derecede geniş saptandı (39.1±13.8 vs 26.4±11.2, p<0.001).

Sonuç: Çalışmamız, geleneksel kardiyovasküler risk faktörleri ve rutin EKG parametreleri benzer olan genç HS hastalarında f(QRS-T) açısının anlamlı derecede genişlediğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, HS'deki kronik sistemik inflamasyonun subklinik miyokardiyal repolarizasyon bozukluğunu tetiklediğini göstermektedir. f(QRS-T) açısı, HS hastalarında erken kardiyak tutulumu izlemek için maliyetsiz, hızlı ve güvenilir bir non-invaziv tarama aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitis suppurativa, Frontal QRS-T angle, Inflammation, Cardiovascular risk

Tablo 1

Tablo 1: Demografik, Klinik Özellikler ve Risk Faktörleri

Parametre	HS Grubu (n=48)	Kontrol Grubu (n=50)	p değeri
Yaş (Yıl, Ortalama ± SD)	32.1±6.2	31.9±5.9	0.864
Cinsiyet (Kadın %)	%54.2	%54.0	0.984
VKİ (kg/m ² , Ortalama ± SD)	27.6 ±4.1	27.3±3.8	0.712
Sigara Öyküsü (Aktif, n (%))	23 (%47.9)	22 (%44.0)	0.698
Hurley Evrelemesi (n (%))			
- Evre I	25 (%52.1)	—	—
- Evre II	18 (%37.5)	—	—
- Evre III	5 (%10.4)	—	—



Tablo 2 vs 3

Tablo 2: Laboratuvar Parametreleri

Laboratuvar Parametresi	HS Grubu (n=48)	Kontrol Grubu (n=50)	p değeri
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	94.2±11.5	91.6±8.9	0.211
Trigliserid (mg/dL)	131.5±36.4	125.8±31.2	0.412
Total Kolesterol (mg/dL)	191.2±29.6	188.5±26.4	0.632
HDL Kolesterol (mg/dL)	44.6±7.2	45.8±6.9	0.405
LDL Kolesterol (mg/dL)	120.1±22.4	118.3±20.1	0.684
CRP (mg/L)	8.4±3.9	2.1±0.8	<0.001
Sedimantasyon (ESR) (mm/h)	22.4±9.5	9.2±4.1	<0.001
WBC (Beyaz Küre) (x10 ³ /μL)	8.6±1.9	6.8±1.4	<0.001

Tablo 3: EKG ve Kardiyak Repolarizasyon Parametreleri

EKG Parametresi	HS Grubu (n=48)	Kontrol Grubu (n=50)	p Değeri
Kalp Hızı (atım/dk)	74.2±8.5	72.6±7.9	0.342
PR Mesafesi (ms)	148.6±14.2	146.1±12.8	0.371
QRS Süresi (ms)	92.4±8.1	91.2±7.6	0.455
QTc (Düzeltilmiş QT, ms)	414.2±18.6	408.4±16.2	0.106
Frontal QRS Eksen (°)	42.5±18.2	45.1±16.7	0.463
Frontal T Eksen (°)	18.2±14.6	23.4±12.1	0.061
Frontal QRS-T Açısı (°)	39.1±13.8	26.4±11.2	<0.001



[SS-104]

Sağ Ventrikül Yerleşimli Dev Kist Hidatik

Ali Burç Yalçın¹, Hasan Berat Bayuk¹, Murat Kerkütlüoğlu¹, Sedat Köroğlu¹, Murat Çanak², İbrahim Can Özdemir¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

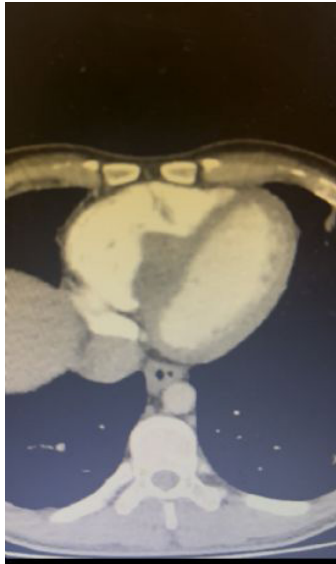
Giriş: Ekinokozis(*Echinococcus granulosus*) endemik bölgelerde sık görülmekle birlikte, kardiyak yerleşim tüm kist hidatik olguları içinde yaklaşık yüzde 2 oranında görülmektedir. Ventrikül içi yerleşimli kardiyak kist hidatik ise oldukça nadir görülmektedir. Bu olguda sağ ventrikül septumunda yerleşim gösteren kist hidatik vakasını; tanısal yaklaşım, klinik seyir ve cerrahi yaklaşım sonrası takip eşliğinde sunmaya amaçladık.

Olgu: 35 yaş erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile Göğüs Hastalıkları kliniğine başvurmuş. Tanı sürecinde Toraks Bilgisayarlı Tomografi(BT), Transtorasik Ekokardiyografi(EKO), Bronkoalveolara Lavaj modaliteleri kullanıldı. Yapılan Bilgisayarlı Tomografik görüntülemelerde pulmoner emboli ve intrakardiyak kitle saptanması üzerine hasta kliniğimize konsulte edilerek ekokardiyografik inceleme istenmiş olup sağ ventrikül içi septum komşuluğunda 49x29mm boyutlarında lümende hiperdens alanlar izlenen hiperekojen lezyon olarak değerlendirildi. Hasta takiplerinde intrakardiyak kitle çıkarılması amacı ile KVC kliniği tarafından devir alınmış hastanın takiplerinde genel durum bozulması üzerine cerrahi diseksiyon kararı alınmış, kistin maniplasyonu ile spontan/istenmeyen intraoperatif kist rüptürü meydana gelmiştir. Çevre dokuların kontaminasyonunu engellemek adına operasyon sahası hızla izole edilip kist içeriği hızla aspire edilerek cerrahi alan hipertonic salin ile yıkanmıştır. Kist duvarı ve içeriği tamamen temizlenmiş, septum bütünlüğü korunmuştur. Postoperatif histopatoloji raporları kist hidatiği doğrulamıştır. Erken dönemde anafilaktik veya embolik komplikasyon gözlenmemiş, hasta uzun dönem albendazol tedavisi düzenlenerek şifayla taburcu edilmiştir.

Sonuç: Kardiyak kist hidatikler nadir yerleşimi nedeniyle malign kitleler, miksomalar ve organize trombozlar ile sıklıkla karışabilir ve rüptür, anafilaksi emboli gibi ölümcül komplikasyonlar gözlemlenebilir. Sağ ventrikül septum yerleşimli kitlelerin ayırıcı tanısında kist hidatik mutlaka akılda tutulmalı; ileti sistemi korunarak zamanında yapılan cerrahi müdahaleler ve medikal tedaviler hayat kurtarıcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: intrakardiyak kitle, kist hidatik, kist rüptürü

Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü



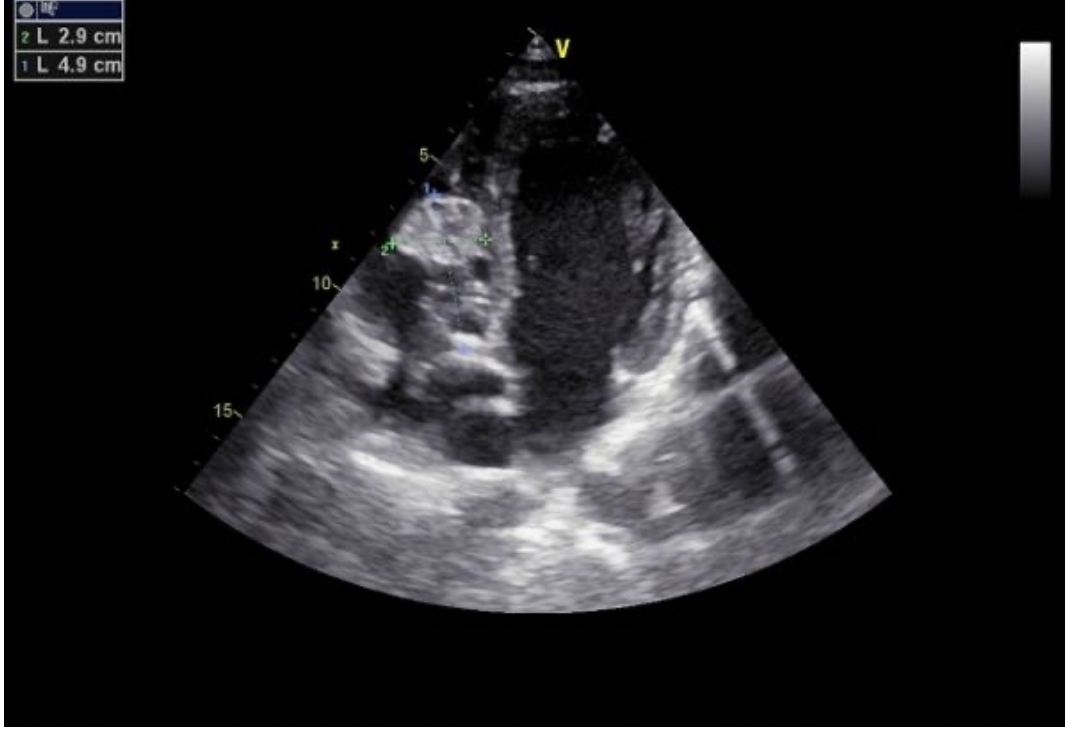
Hastaya çekilen BT Anjiyografi görüntüsü

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Transtorasik Ekokardiyografi görüntüsü





[SS-107]

Kompleks Popliteal ve İnfrapopliteal Kronik Total Oklüzyonda Transkollateral Yaklaşımla Endovasküler Revaskülarizasyon

Betül Sarıbiyık Çakmak¹, Ahmet Can Çakmak²

¹Yenikent Devlet Hastanesi, Kardiyoloji, Sakarya

²Pamukova Devlet Hastanesi, Kardiyoloji, Sakarya

Giriş: Periferik arter hastalığı, özellikle alt ekstremité arterlerini etkileyen ilerleyici aterosklerotik bir hastalık olup ileri evre olgularda ciddi semptomlara, doku perfüzyon bozukluğuna ve ekstremité kaybına neden olabilmektedir. Popliteal arter ve infrapopliteal segmentleri içeren yaygın kronik total oklüzyonların endovasküler tedavisi teknik açıdan önemli zorluklar oluşturmaktadır. Özellikle distal damar yatağının sınırlı olduğu kompleks lezyonlarda standart antegrad girişim teknikleri yetersiz kalabilmekte ve revaskülarizasyon için alternatif yaklaşımlar gerekebilmektedir. Bu olguda kompleks alt ekstremité arter oklüzyonunda transkollateral yaklaşım ile gerçekleştirilen endovasküler tedavi sunulmuştur.

Vaka Sunumu: Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ve aktif sigara kullanımı öyküsü bulunan 72 yaşında erkek hasta, son dönemde giderek artan sağ alt ekstremitéde istirahat ağrısı ve sağ topuk bölgesinde gelişen iskemik yara nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan alt ekstremité arteriyel Doppler ultrasonografisinde sağ popliteal arter düzeyinden itibaren distal segmentlerde akım izlenmemesi üzerine periferik anjiyografi planlandı.

Tanısal periferik anjiyografide sağ popliteal arter ile distal infrapopliteal arter segmentlerinde yaygın kronik total oklüzyon izlendi (Şekil 1A). Aynı seansta endovasküler girişim uygulanmasına karar verildi. Lezyon, 0.018 inch Galadius kılavuz tel ve Vert kateter yardımıyla başarıyla geçildi. Distal değerlendirmede tek runoff damar olarak peroneal arterde akım izlendi. İlk aşamada 2.5 × 150 mm balon ile perkütan translüminal anjiyoplasti uygulandı (Şekil 1B). Distal damar yatağının sınırlı olması nedeniyle transkollateral yaklaşım kullanılarak posterior tibial arter segmentine ulaşıldı (Şekil 2A) ve 2.5 × 120 mm balon ile ek dilatasyon gerçekleştirildi (Şekil 2B). Kontrol anjiyografide peroneal arter ve posterior tibial arter düzeyinde başarılı revaskülarizasyon sağlandığı, distal akımın belirgin olarak düzeldiği gözlemlendi (Şekil 2C). İşlem sırasında majör komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Popliteal arter ve infrapopliteal damarları içeren yaygın kronik total oklüzyonlarda standart endovasküler girişim teknikleri her zaman yeterli olmayabilmektedir. Distal damar yatağının sınırlı olduğu olgularda transkollateral yaklaşım, distal perfüzyonun yeniden sağlanması için uygulanabilecek önemli bir alternatif girişim stratejisi olabilir.

Anahtar Kelimeler: endovasküler revaskülarizasyon, perifer anjiyografi, transkollateral girişim

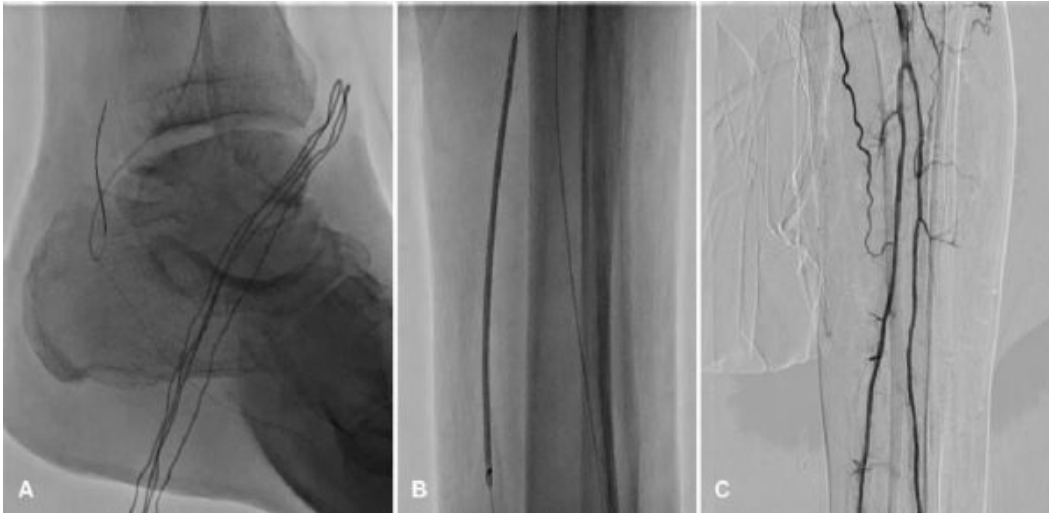


Şekil 1



(A) Popliteal ve distal infrapopliteal kronik total oklüzyon. (B) İlk balon dilatasyon işlemi.

Şekil 2



(A) Transkollateral geçiş. (B) Balon anjiyoplasti. (C) İşlem sonrası başarılı distal akım.



[SS-108]

Unstable Angina Pectoris Hastalarında Koroner Anjiyografi Sonrası Kontrast Maddeye Bağlı Nefropatinin Öngörülmesinde C-Reaktif Protein/Albümin Oranının Rolü

Cemre Turgul¹, Cuma Suleymanoglu²

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Osmaniye Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Osmaniye

Amaç: Kontrast maddeye bağlı nefropati (CIN), invaziv koroner girişimlerin önemli komplikasyonlarından biri olmaya devam etmektedir. İnflamasyonun CIN gelişiminde önemli rol oynadığı bilinmektedir. C-reaktif protein (CRP)/albümin oranı (CAR), inflamasyon ve beslenme durumunu birlikte yansıtan, kolay hesaplanabilen ve düşük maliyetli bir biyobelirteçtir. CAR'ın son yıllarda birçok kardiyovasküler hastalıkta prognostik değeri gösterilmiş ve kötü klinik sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Son yıllarda birçok kardiyovasküler hastalıkta prognostik değeri gösterilmiş, ayrıca ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü, ST segment yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsü ve stabil anjina pectoris hastalarında CIN gelişiminin bağımsız bir öngördürücüsü olduğu bildirilmiştir. Buna karşın, bildiğimiz kadarıyla unstable angina pectoris (USAP) hastalarında CAR ile CIN arasındaki ilişki yeterince aydınlatılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada, USAP hastalarında koroner anjiyografi sonrası CIN gelişiminin öngörülmesinde CAR'ın değerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2022–Ocak 2026 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi'nde koroner anjiyografi uygulanan unstable angina pectoris (USAP) tanılı toplam 480 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrast maddeye bağlı nefropati (CIN), koroner anjiyografiden sonraki 72 saat içinde serum kreatinin düzeyinde başlangıç değerine göre $\geq 25\%$ artış olarak tanımlandı. Hastalar CIN gelişen (n=81) ve CIN gelişmeyen (n=399) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Başvuru sırasında hesaplanan CAR'ın CIN gelişimini öngörmedeki performansı değerlendirildi.

Bulgular: CIN gelişen hastalarda diyabetes mellitus, lökosit sayısı, nötrofil sayısı, nötrofil/lenfosit oranı, hsCRP ve CAR düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti (tümü için $p < 0,05$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde CAR, hsCRP ve PLR'nin CIN gelişiminin bağımsız belirleyicileri olduğu gösterildi. ROC analizinde CAR, incelenen parametreler arasında en yüksek ayırtıcı performansı gösterdi (AUC: 0,724; %95 GA: 0,665–0,784; $p < 0,001$) ve %72 duyarlılık ile %65 özgüllük değerleriyle CIN gelişimini öngördü.

Sonuç: Çalışmamız, CAR'ın unstable angina pectoris hastalarında koroner anjiyografi sonrası gelişen kontrast maddeye bağlı nefropatinin öngörülmesinde yararlı bir biyobelirteç olabileceğini göstermektedir. Kolay hesaplanabilmesi ve düşük maliyetli olması nedeniyle CAR, yüksek riskli hastaların erken dönemde belirlenmesine katkı sağlayabilir. Bu sayede kontrast maddeye bağlı nefropati açısından yüksek risk taşıyan hastalarda koruyucu stratejilerin daha erken uygulanmasına ve klinik karar verme sürecinin desteklenmesine yardımcı olabilir. Bulgularımızın doğrulanması için daha geniş örneklemli, çok merkezli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Unstable angina pectoris, Contrast-induced nephropathy, C-reactive protein/albumin ratio



Tablo 1: Çalışma popülasyonunun başlangıç demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	CIN (+) (n = 81)	CIN (-) (n = 399)	P
Yaş (yıl)	69 (61–73)	66 (60–71)	0.073
Erkek cinsiyet, n (%)	44(54,3)	258 (64,7)	0.048
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	27,6 ± 4,1	27,1 ± 3,8	0,284
Diyabetes mellitus, n (%)	36 (44,4)	118 (29,6)	0.006
Hipertansiyon, n (%)	49 (60,5)	185 (46,4)	0.022
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (%)	55 ± 8	56 ± 7	0.337
Kullanılan kontrast miktarı (mL)	212 ± 47	205 ± 43	0.191
İşlem süresi (dakika)	31,6 ± 5,8	30,9 ± 5,2	0.274
Glucose (mg/dl)	116 (100–167)	114 (97–165)	0.930
Creatinine (mg/dl)	0.88 ± 0.3	0.91 ± 0.2	0.816
Glomerular filtration rate (ml/min/1.73 m ²)	62 ± 10	66 ± 12	0.372
Total cholesterol (mg/dl)	175 ± 57	179 ± 45	0.582
High density lipoprotein cholesterol (mg/dl)	37 (28–43)	36 (29–42)	0.791
Low-density lipoprotein cholesterol (mg/dl)	110 (84–139)	118 (89–149)	0.193
Triglycerides (mg/dl)	102 (74–154)	109 (67–156)	0.950
Hemoglobin (g/dl)	14.2 ± 1.7	14 ± 1.6	0.181
Platelet count (10 ³ /μL)	273 (238–316)	243 (215–276)	0.018
WBC count (10 ³ /μL)	9.9 (5.9–12.7)	7.5 (5.8–10.1)	0.002
Neutrophil count (10 ³ /μL)	5.9 (3.8–8.8)	5.1 (3.4–7.8)	0.058
Lymphocyte count (10 ³ /μL)	1.7 (1.1–2.4)	1.8 (1.3–2.4)	0.278
Neutrophil/lymphocyte ratio (NLR)	3.5 (2.1–5.9)	2.9 (1.8–5.0)	0.061
Platelet/ lymphocyte ratio (PLR)	160,5 ± 29,7	135,1 ± 23,	< 0,001
hsCRP (mg/dl)	10 (6.1–11.1)	5.3 (3.3–9.1)	<0.001
Albumin (g/dl)	3.9 (3.6–4.6)	4.5 (3.8–4.4)	0.062
CRP/albumin ratio(CAR)	2.4 (1.6–2.5)	1.1 (0.8–2.2)	<0.001

Kısaltmalar: CRP: C-reactive protein, WBC: White blood cell

Tablo 2: Kontrast maddeye bağlı nefropatiyi öngören tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri.

	Univariate Analysis			Multivariate Analysis		
	Odds Ratio	95% CI	P	Odds Ratio	95% CI	P
Hypertension	1.615	1.126–3.259	0.022	1.481	0.776–2.825	0.213
Diabetes mellitus	2.0575	1.230–3.532	0.006	1.380	0.735–2.422	0.425
hsCRP	1.167	1.094–1.243	<.001	1.155	1.076–1.235	<0.001
PLR	1.067	1.050–1.146	<.001	1.094	1.026–1.162	<0.001
CAR	1.784	1.415–2.254	<.001	1.772	1.361–2.297	<0.001



[SS-109]

Diyabetik Hastalarda Sistemik İmmün-Inflamatuvar İndeks ile Koroner BT Anjiyografi ile Belirlenen Koroner Ateroskleroz Ciddiyeti Arasındaki İlişki: Genişletilmiş Tek Merkez Deneyimi

Ramazan Anıl Eşki¹, Cem Korucu²

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Afyonkarahisar

²Suruç Devlet Hastanesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Şanlıurfa

Amaç: Diyabetes mellitus, kronik inflamasyon, endotel disfonksiyonu ve hızlanmış ateroskleroz gelişimi ile ilişkili olup koroner arter hastalığı açısından önemli bir risk faktörüdür. Sistemik immün-inflamatuvar indeks (SII), nötrofil, trombosit ve lenfosit sayılarından hesaplanan, kolay ulaşılabilir bir inflamasyon belirtecidir. Bu çalışmada, diyabetik hastalarda SII düzeyi ile koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi (CCTA) ile değerlendirilen koroner ateroskleroz ve lezyon ciddiyeti arasındaki ilişkinin genişletilmiş hasta kohortunda araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya göğüs ağrısı nedeniyle CCTA yapılan diyabetes mellitus tanılı hastalar retrospektif olarak dahil edilmektedir. Hedef örneklem büyüklüğü 450 hasta olarak planlanmıştır ve hasta alımı devam etmektedir. Aktif enfeksiyon, otoimmün hastalık, aktif malignite ve hematolojik hastalığı olan olgular çalışma dışı bırakılmaktadır. SII değeri, nötrofil sayısı $\times$ trombosit sayısı / lenfosit sayısı formülü ile hesaplanmaktadır. Hastalar medyan SII değerine göre düşük ve yüksek SII gruplarına ayrılmaktadır. CCTA bulgularına göre koroner lezyonlar <50 darlık nonkritik, $50-70$ darlık orta dereceli ve ≥ 70 darlık ciddi lezyon olarak sınıflandırılmaktadır. Gruplar demografik özellikler, laboratuvar parametreleri ve CCTA ile belirlenen koroner lezyon ciddiyeti açısından karşılaştırılacaktır. Yüksek SII ile ilişkili bağımsız belirleyiciler lojistik regresyon analizi ile, SII'nin ciddi koroner lezyonu öngörmedeki tanılal performansı ise ROC analizi ile değerlendirilecektir.

Bulgular: Devam eden veri analizinde, yüksek SII grubunda CCTA ile saptanan orta-ciddi ve ciddi koroner lezyon sıklığının düşük SII grubuna kıyasla daha yüksek olma eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Yüksek SII grubunda nötrofil sayısı, trombosit sayısı, nötrofil/lenfosit oranı ve CRP/albumin oranının daha yüksek; lenfosit sayısı ve HDL kolesterol düzeyinin ise daha düşük seyrettiği izlenmektedir. Ön değerlendirmeler, koroner lezyon ciddiyeti ile inflamatuvar belirteçler arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Nihai hasta sayısına ulaşıldığında çok değişkenli regresyon modeli ve ROC analizi ile SII'nin ciddi koroner lezyonları öngörmedeki bağımsız ve tanılal değeri ayrıntılı olarak değerlendirilecektir.

Sonuç: Diyabetik hastalarda artmış sistemik inflamatuvar yanıt, CCTA ile saptanan koroner ateroskleroz ciddiyeti ile ilişkili olabilir. Hemogram parametrelerinden kolaylıkla hesaplanabilen SII, diyabetik hastalarda ciddi koroner lezyon varlığını öngörmeye pratik ve düşük maliyetli bir yardımcı belirteç olarak değerlendirilebilir. Hasta alımı tamamlandıktan sonra yapılacak nihai analiz, SII'nin koroner ateroskleroz yükünü göstermedeki klinik değerini daha net ortaya koyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, sistemik immün-inflamatuvar indeks, koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi, koroner ateroskleroz, inflamasyon

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



resim 1

Tablo 1. Düşük ve yüksek SII gruplarının klinik, laboratuvar ve koroner BT bulguları ile yüksek SII belirleyicileri

Değişken	Grup 1 Düşük SII	Grup 2 Yüksek SII	p değeri
Yaş, yıl	53,44 ± 12,41	52,86 ± 12,3	0,562
Erkek cinsiyet, %	46	41,7	0,204
Hipertansiyon, %	36,3	39,1	0,389
Sigara kullanımı, %	22,5	21,7	0,795
KOAH, %	9,9	12,2	0,286
Beyaz küre	7,71 ± 2,01	8,06 ± 1,90	0,011
Nötrofil	4,02 ± 1,27	5,41 ± 1,46	<0,001
Lenfosit	2,27 ± 1,02	1,87 ± 0,60	<0,001
Trombosit	248,60 ± 60,13	310,27 ± 81,97	<0,001
Hemoglobin	14,28 ± 1,99	14,42 ± 4,61	0,594
CRP	2 (1-4)	2 (1-5)	0,866
Albümin	4,41 ± 0,57	4,45 ± 0,54	0,437
CRP/albumin oranı	0,48 (0,28-0,92)	0,52 (0,25-0,95)	0,043
Nötrofil/lenfosit oranı	1,59 ± 0,56	3,17 ± 1,43	<0,001
SII	383,02 ± 123,78	940,61 ± 396,69	<0,001
Kreatinin	0,87 ± 0,60	0,85 ± 0,59	0,498
Sodyum	140,32 ± 2,06	140,34 ± 2,17	0,753
Potasyum	4,79 ± 1,24	4,77 ± 1,17	0,776
Glukoz	103,62 ± 23,04	104,44 ± 25,58	0,951
AST	22,36 ± 15,46	21,72 ± 14,5	0,560
ALT	25,58 ± 26,50	24,23 ± 24,60	0,749
Total kolesterol	186,64 ± 37,62	188,42 ± 39,39	0,583
LDL kolesterol	125,84 ± 39,04	126,74 ± 39,30	0,586
HDL kolesterol	49,09 ± 14,38	47,69 ± 13,44	0,041
Trigliserid	159,49 ± 67	168,09 ± 77,50	0,050
CK	91,25 ± 63,54	98,29 ± 80,95	0,554
CK-MB	2,02 ± 1,6	2,12 ± 1,68	0,274
Troponin	0,015 ± 0,098	0,015 ± 0,094	0,394
Ejeksiyon fraksiyonu, %	57,86 ± 4,19	57,40 ± 4,58	0,104
Koroner BT lezyon ciddiyeti, %			0,044
Normal	76,8	68,1	
<%50 darlık	8,1	7,8	
%50-70 darlık	12,5	14,2	
≥%70 darlık	2,6	9,9	

Yüksek SII için regresyon analizi				
Değişken	Tek değişkenli OR (%95 GA)	p değeri	Çok değişkenli OR (%95 GA)	p değeri
HDL kolesterol	0,8 (0,6-0,9)	0,023	0,6 (0,4-0,8)	0,042
Trigliserid	1,2 (1,01-1,4)	0,050	1,1 (0,9-1,7)	0,128
CRP/albumin oranı	1,9 (1,7-2,3)	0,043	1,9 (1,7-2,3)	0,359
Koroner lezyon ciddiyeti	1,3 (1,2-1,5)	0,013	2,1 (1,9-2,8)	0,025

Not: SII: sistemik immün-inflamatuvar indeks; KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı; CRP: C-reaktif protein; BT: bilgisayarlı tomografi; OR: olasılık oranı; GA: güven aralığı.

tablo



[SS-110]

Bypasslı hastada diyaliz için açılan arteriyovenöz fistüle bağlı gelişen koroner çalma fenomeni

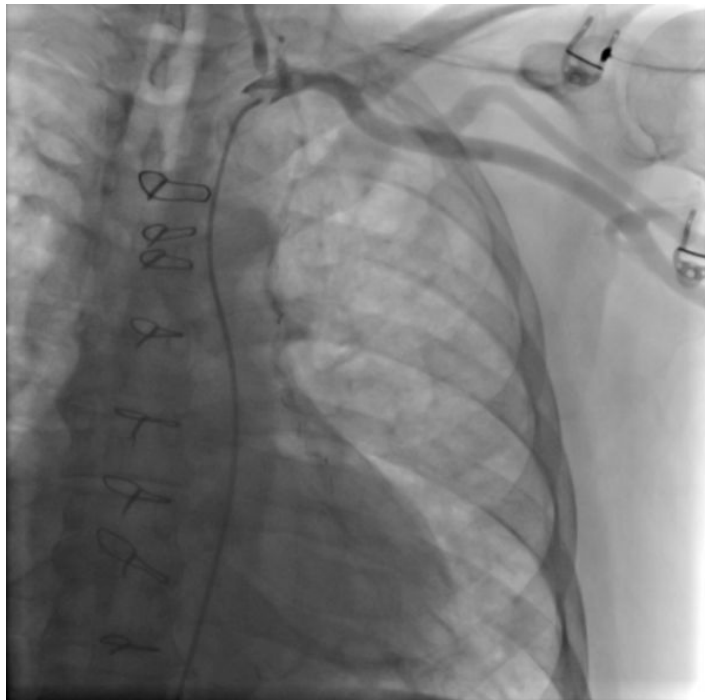
Kubilay Erselcan, Deniz Can Başaran
Çorlu Devlet Hastanesi

70 yaşında, KABG ve prediyaliz KBH öyküleri olan erkek hasta yaklaşık iki hafta önce göğüs ağrısı şikayetiyle başvurmuş. Ekokardiyografide EF %55 ölçülmüş ve belirgin kapak patolojisi izlenmemiş. NSTEMI tanısıyla koroner anjiyografi yapılan hastada LİMA-LAD ve OM-Safen greftleri açık, Cx proksimal %90 darlık, RCA rudimenter izlenmiş ve Cx'e DES implantasyonu yapılmış. Klopidoğrel + ASA ile taburcu edilmiş. PKG'den bir hafta sonra diyaliz hazırlığı için sol brakiyal arterden arteriyovenöz fistül açılmış. Fistül açılmasından birkaç gün sonra hasta göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Anamnezde ilaçlarını düzenli kullandığı öğrenildi. EKG'de anterior derivasyonlarda ST depresyonu ve VES'ler görüldü, ekokardiyografide EF %35 ölçüldü, anterior hipokinezi izlendi ve belirgin kapak patolojisi izlenmedi.

Troponinde masif artış görülen hastaya koroner anjiyografi yapıldı. Yapılan anjiyografide Cx stenti, OM-Safen grefti ve RCA açık izlendi. LİMA-LAD grefti açık izlendi ancak akımında belirgin azalma olduğu ve aksiller venin hızlıca dolduğu görüldü. Sol kolda manşon şişirilerek alınan görüntüde LİMA-LAD greftinin doluşunun arttığı ve aksiller vene kontrast geçişi olmadığı izlendi. Hasta koroner çalma fenomeni açısından kalp damar cerrahisi ile birlikte değerlendirildi ve fistül kapama kararı alındı. Fistül kapatıldıktan sonra yapılan görüntülemelerde LİMA-LAD greftinin doluşunun yeterli olduğu izlendi. İşlemden sonra hastanın anjinasında, EKG'de düzelme izlendi. Troponin düşüşü görüldü ve işlemden birkaç gün sonra yapılan kontrol ekokardiyografide EF %50 ölçüldü ve segmenter duvar hareket bozukluğunun ortadan kalktığı görüldü. Bu vaka, LİMA-LAD grefti olan hastalarda sol koldan yüksek debili arteriyovenöz fistül açılmasının koroner iskemi açısından risk yaratabileceği ve bypasslı hastalarda bu durumun göz önünde bulundurulmasının faydalı olabileceği konusunda örnek teşkil etmiştir.

Anahtar Kelimeler: LİMA, koroner çalma, AV fistül

Olgu 1.1



Sol subklavyen artere yapılan enjeksiyonda LİMA-LAD greftinde yetersiz doluş ve aksiller vende belirgin kontrastlanma izleniyor.

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Olgu 1.2



Fistül kapatıldıktan sonra sol subklavyen artere yapılan enjeksiyonda LİMA-LAD greftinde yeterli doluş izleniyor ve aksiller vende kontrastlanma izlenmiyor.



[SS-111]

Primer PCI Sonrası STEMI'de Yeni Bir Risk Belirteci: RV S'/sPAB Oranı ve Üç Aylık Klinik Sonuçlar

Fatih Enes Durmaz¹, Selda Murat², Bektaş Murat¹

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Sağ ventrikül (RV) fonksiyonu, ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) sonrası prognozun önemli belirleyicilerinden biridir. Ancak RV performansının değerlendirilmesinde yalnızca sistolik fonksiyonun incelenmesi yetersiz kalabilmekte, pulmoner dolaşım yükü de dikkate alınmalıdır. Sağ ventrikül-pulmoner arter (RV-PA) eşleşmesi, RV kontraktilesi ile pulmoner vasküler yük arasındaki ilişkiyi yansıtan bütüncül bir parametre olarak son yıllarda dikkat çekmektedir. Triküspit anüler sistolik hızın (RV S') sistolik pulmoner arter basıncına (sPAB) oranı, RV-PA eşleşmesini değerlendiren yeni ve kolay uygulanabilir bir ekokardiyografik göstergedir. Bu çalışmada, PKG uygulanan ilk STEMI hastalarında RV S'/sPAB oranının 3 aylık MACE öngörmedeki değerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif, iki merkezli çalışmaya Mart 2025-Mart 2026 tarihleri arasında ilk STEMI tanısıyla primer PKG uygulanan toplam 367 hasta dahil edildi. Girişim sonrası ilk 24-48 saat içerisinde eko yapıldı. RV S' değeri doku Doppler görüntüleme yöntemi ile triküspit anülüsün lateral segmentinden ölçüldü ve RV S'/sPAB oranı hesaplandı. ROC analizine göre hastalar bozulmuş RV S'/sPAB ($\leq 0,40$) ve korunmuş RV S'/sPAB ($> 0,40$) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Primer sonlanım noktası; tüm nedenlere bağlı ölüm, ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü, inme ve kardiyovasküler nedenli hastaneye yatışı içeren 3 aylık MACE olarak tanımlandı.

Bulgular: Toplam 367 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 36'sı ise 3 aylık takiplerinde MACE geliştiği görüldü. ROC analizinde RV S'/sPAB oranının 3 aylık MACE öngörüsünde anlamlı performans gösterdiği saptandı (AUC=0,696, $p<0,001$). En uygun kestirim değeri 0,40 olarak belirlendi (Şekil 1). Bozulmuş RV S'/sPAB grubundaki hastalar daha yaşlı, SKB ve DKB, Hgb düzeyi ve EF daha düşük bulundu (tüm $p<0,05$) (Tablo 1). Hastane içi akut kalp yetersizliği bozulmuş RV S'/sPAB grubunda daha sık izlendi (%8,1'e karşı %2,2; $p=0,011$). Üç aylık takipte kardiyovasküler nedenli hastaneye yatışı (%11,3'e karşı %2,8; $p=0,001$) ve MACE (%14,5'e karşı %5,0; $p=0,002$) oranları bozulmuş RV S'/sPAB grubunda anlamlı olarak daha yüksekti.

Klasik diyastolik fonksiyon göstergeleri (E/A, E/e', septal e', lateral e') MACE ile ilişkili bulunmazken, RV S' ve özellikle RV S'/sPAB oranı anlamlı ilişki göstermiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde RV S'/sPAB oranı, yaş, hemoglobin ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonundan bağımsız olarak 3 aylık MACE'in bağımsız öngördürücüsü olarak saptandı (OR: 0,075; %95 GA: 0,009-0,592; $p=0,014$) (Tablo 2).

Sonuç: Primer PKG uygulanan ilk STEMI hastalarında düşük RV S'/sPAB oranı, hastane içi akut kalp yetersizliği, kardiyovasküler nedenli hastaneye yatışı ve 3 aylık MACE ile ilişkilidir. RV S'/sPAB oranı, geleneksel klinik ve ekokardiyografik değişkenlerden bağımsız prognostik bilgi sağlayan, RV-PA eşleşmesini yansıtan pratik ve kolay uygulanabilir parametre olarak STEMI sonrası erken risk sınıflamasında yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: RV S'/sPAB Oranı, MACE, STEMI



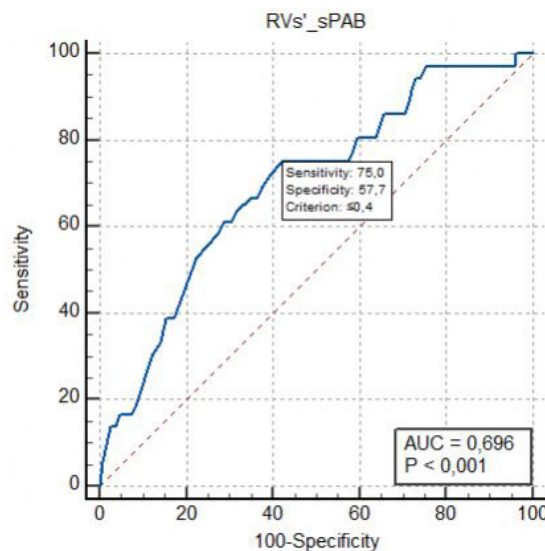
3 Aylık MACE Öngördürücülerine İlişkin Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri

Tablo 3. 3 Aylık MACE Öngördürücülerine İlişkin Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri

	Tek Değişkenli OR (%95 GA)	p-değeri	Çok Değişkenli OR (%95 GA)	P-değeri
Yaş (yıl)	1.04 (1.01–1.08)	0.002	1.028 (0.990–1.060)	0.162
Dişabet	1.04 (0.4–2.25)	0.907		
LVEF	0.97 (0.94–1.00)	0.083	0.991 (0.957–1.026)	0.619
LAD (+)	1.28 (0.62–2.61)	0.497		
CX (+)	0.77 (0.33–1.78)	0.549		
RCA (+)	0.95 (0.47–1.93)	0.895		
Kreatinin	1.37 (0.84–2.22)	0.197		
Hemoglobin	0.76 (0.65–0.89)	<0.001	0.848 (0.709–1.015)	0.071
RV S'/sPAB oranı	0.031 (0.04–0.23)	<0.001	0.075 (0.009–0.592)	0.014

Kısaltmalar: LVEF, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (left ventricular ejection fraction); LAD, sol ön inen arter (left anterior descending artery); LCX, sol sirkumfleks arter (left circumflex artery); RCA, sağ koroner arter (right coronary artery); RV, sağ ventrikül (right ventricle); RV S', sağ ventrikül triküspit anüler sistolik doku Doppler hızı; sPAB, sistolik pulmoner arter basıncı; RV S'/sPAB, sağ ventrikül sistolik doku Doppler hızı/sistolik pulmoner arter basıncı oranı

Şekil 1. RV S'/sPAB Oranının 3 Aylık Majör Advers Kardiyovasküler Olayları (MACE) Öngörmedeki Performansına İlişkin ROC Analizi



KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1: RV S'/sPAB Oranına Göre Hastaların Başlangıç Klinik, Laboratuvar, Anjiyografik ve Ekokardiyografik Özellikleri

		Bozulmuş RV S'/ sPAB Oran	Korunmuş RV S'/ sPAB Oran	
Değişkenler	Tümü (n=367)	<=0,4 (n=186)	>0,4 (n=181)	P-değeri
Yaş, yıl	61.2±12.0	63.8±12.5	58.7±11.0	<0.001
Erkek cinsiyet, n(%)	285 (77.7)	137 (73.7)	148 (81.8)	0.062
Hipertansiyon, n(%)	183 (49.9)	101 (54.3)	82 (45.3)	0.085
Diyabet, n(%)	105 (28.6)	52 (28.0)	53 (29.3)	0.779
KOAH, n(%)	13 (3.5)	6 (3.2)	7 (3.9)	0.740
SBP (mmHg)	122.6±25.3	118.3±24.7	127.8±25.2	<0.001
DBP (mmHg)	76.7±13.0	74.5±12.4	79.3±13.2	<0.001
Anterior miyokardiyal enfarktüs, n(%)	143 (39.0)	79 (42.5)	64 (35.4)	0.162
Inferior miyokardiyal enfarktüs, n(%)	172 (46.9)	83 (44.6)	89 (49.2)	0.383
Posterior miyokardiyal enfarktüs, n(%)	27 (7.4)	12 (6.5)	15 (8.3)	0.501
Lateral miyokardiyal enfarktüs, n(%)	25 (6.8)	12 (6.5)	13 (7.2)	0.781
Sol ön inen arter (LAD), n (%)	152 (41.4)	84 (45.2)	68 (37.6)	0.140
Sağ koroner arter (RCA), n (%)	139 (37.9)	60 (32.3)	79 (43.6)	0.025
Sol sirkumfleks arter (LCX), n (%)	68 (18.5)	41 (22.0)	27 (14.9)	0.079
Sol ana koroner arter (LMCA), n (%)	4 (1.1)	1 (0.5)	3 (1.7)	0.366
1- Damar	256 (69.8)	131 (70.4)	125 (69.1)	0.775
2- Damar	84 (22.9)	41 (22.0)	43 (23.8)	0.696
3-Damar	24 (6.5)	12 (6.5)	12 (6.6)	0.945
Hemoglobin, g/dL	14.0±2.1	13.6±2.3	14.4±1.9	<0.001
Haematokrit, (%)	42.6±5.8	41.0±5.8	44.2±5.3	<0.001
Kreatinine, mg/dL	0.9 (0.8-1.1)	1.0 (0.8-1.1)	0.9 (0.8-1.0)	<0.001
Kolesterol mg/dL	183.8±50.0	177.5±48.8	190.2±50.5	0.016
LV ejeksiyon fraksiyonu, %	50.2±10.3	47.7±9.9	52.8±10.1	<0.001
E/e' oranı	10.1±4.2	9.7±4.4	10.4±4.0	0.442
RV basal diyastol sonu çapı, mm	33.6±4.3	33.5±4.1	33.7±4.5	0.780
sPAB mmHg	24.1±7.9	27.9±8.5	20.2±4.8	<0.001
TAPSE, mm	19.3±4.6	17.6±4.8	21.1±3.7	<0.001
Mitral e, cm/s ± SD	61.0±16.3	60.7±15.4	61.3±17.1	0.746
Lateral e', cm/s ± SD	8.3±2.4	8.2±2.2	8.3±2.6	0.789
Septal e', cm/s ± SD	6.4±1.7	6.5±1.7	6.3±1.8	0.303
Lateral s' cm/s ± SD	10.7±3.9	7.9±2.3	13.5±3.3	<0.001
LA çapı (mm)	36.4±4.3	36.5±4.5	36.4±4.0	0.781
Ventriküler fibrilasyon (VF), n (%)	6 (1.6)	3 (1.6)	3 (1.7)	1.000

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Ventriküler taşikardi (VT), n (%)	5 (1.4)	3 (1.6)	2 (1.1)	1.000
Atriyoventriküler blok, n (%)	10 (2.7)	4 (2.2)	6 (3.3)	0.538
Vasküler giriş yeri komplikasyonları, n (%)	3 (0.8)	2 (1.1)	1 (0.6)	1.000
Kan transfüzyonu, n (%)	4 (1.1)	2 (1.1)	2 (1.1)	1.000
Stent trombozu, n (%)	7 (1.9)	4 (2.2)	3 (1.7)	1.000
Tekrarlayan miyokard enfarktüsü, n (%)	8 (2.2)	5 (2.7)	3 (1.7)	0.724
Kontrast maddeye bağlı nefropati, n (%)	12 (3.3)	8 (4.3)	4 (2.2)	0.260
Akut kalp yetersizliği, n (%)	19 (5.2)	15 (8.1)	4 (2.2)	0.011
Hastane içi Ölüm, n (%)	7 (1.9)	6 (3.2)	1 (0.6)	0.122
Hastane içi birleşik klinik sonuçları, n (%)	57 (15.5)	34 (18.3)	23 (12.7)	0.141
İnme, n (%)	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)	1.000
Ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü, n (%)	3 (0.8)	1 (0.5)	2 (1.1)	0.619
Kardiyovasküler nedenli hastaneye yatış, n (%)	26 (7.1)	21 (11.3)	5 (2.8)	0.001
bağlı	9 (2.5)	6 (3.2)	3 (1.7)	0.503
3 aylık MACE, n (%)	36 (9.8)	27 (14.5)	9 (5.0)	0.002

Kısaltmalar: LVEF, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; E/A, erken (E) ve geç (A) transmitral doluş hızları oranı; E/e', transmitral erken doluş hızı ile mitral anüler erken diyastolik hız oranı; RV, sağ ventrikül (right ventricle); RV S', triküspit anüler sistolik doku Doppler hızı; LA, sol atriyum (left atrium); sPAB, sistolik pulmoner arter basıncı; RV S'/sPAB, triküspit anüler sistolik doku Doppler hızı /sistolik pulmoner arter basıncı oranı.



[SS-112]

Koroner Arter Ektazisinde Eşlik Eden Koroner Yavaş Akım Daha Düşük Sistemik İnflamasyon ile İlişkilidir: Paradoksal Bir İnflamatuvar Fenotip

Ömer Ferudun Akkuş¹, Samet Yavuz², Hatice Altınışık³

¹Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Edirne

²Babaeski Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kırklareli

³Sultan 2.Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Koroner arter ektazisi (KAE), komşu normal segmente göre koroner arter çapının $\geq 1,5$ kat genişlemesiyle tanımlanan ve kronik vasküler inflamasyonla ilişkili bir koroner arter hastalığıdır. Nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) gibi inflamasyon belirteçlerinin KAE'de arttığı bilinmekle birlikte, eşlik eden koroner yavaş akımın (KYA) inflamatuvar profile ilişkisi net değildir. Bu çalışmada, elektif koroner anjiyografide KAE saptanan hastalarda KYA'nın sistemik inflamasyon ve inflamasyon-beslenme indeksleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Elektif koroner anjiyografide KAE saptanan ardışık 298 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. KYA, TIMI kare sayısı yöntemiyle tanımlandı ve hastalar KYA+ (n=53) ve KYA- (n=243) olarak gruplandırıldı. Tam kan sayımı ve biyokimyasal parametrelerden NLO, trombosit/lenfosit oranı (TLO), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), C-reaktif protein (CRP) ve CRP/albumin oranı (CAR) hesaplandı. Normal dağılım göstermeyen değişkenler medyan [Ç1–Ç3] olarak sunuldu. Gruplar Mann–Whitney U, kategorik değişkenler ise ki-kare/Fisher kesin testi ile karşılaştırıldı. ROC analizi ile anlamlı belirteçlerin KYA'yı ayırt etme performansı değerlendirildi. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışma popülasyonunun %27,2'si kadın olup medyan yaş 64,5 [57–70] yılı. Hastaların %17,9'unda KYA saptandı. Gruplar cinsiyet, hipertansiyon, diabetes mellitus ve sigara kullanımı açısından benzerdi; KYA+ grubu daha gençti (61 [54–68] vs. 65 [58–71] yıl; $p=0,038$). Beklenenin aksine, KYA bulunan hastalarda sistemik inflamasyon belirteçleri anlamlı olarak daha düşüktü. NLO (1,76 vs. 2,11; $p=0,006$), TLO (98,6 vs. 110,3; $p=0,040$), SII (408 vs. 511; $p=0,031$), CRP (1,66 vs. 3,11 mg/L; $p=0,020$) ve CAR (0,03 vs. 0,07; $p=0,041$) değerleri KYA- grubuna göre daha düşüktü. Toplam lökosit sayısı açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p=0,741$) (Tablo 1). ROC analizinde düşük CRP (AUC=0,652), düşük NLO (AUC=0,630) ve düşük SII (AUC=0,601) değerleri KYA varlığını ayırt etmede sınırlı-orta düzeyde performans gösterdi.

Sonuç: Koroner arter ektazisi bulunan hastalarda eşlik eden koroner yavaş akım, beklenenin aksine daha düşük sistemik inflamasyon düzeyi ile ilişkilidir. Bu paradoksal bulgu, KAE'ye eşlik eden KYA'nın klasik inflamatuvar-aterosklerotik süreçten farklı olarak, mikrovasküler ve endotel disfonksiyonunun ön planda olduğu ayrı bir patofizyolojik fenotipi temsil edebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, düşük inflamatuvar indeks profiline sahip KAE hastalarında eşlik eden KYA olasılığı göz önünde bulundurulmalı ve bu hastalar mikrovasküler/anti-iskemik yönetim açısından farklı değerlendirilebilir. Bulguların prospektif, çok merkezli ve çok değişkenli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: endotel disfonksiyonu, koroner arter ektazisi, koroner yavaş akım, sistemik immün-inflamasyon indeksi; nötrofil/lenfosit oranı



Tablo 1

Değişken	KYA+ (n=53)	KYA- (n=243)	p
Yaş (yıl)	61 [54–68]	65 [58–71]	0,038
Kadın cinsiyet, %	22,6	28,4	0,496
Hipertansiyon, %	45,3	56,4	0,294
Diabetes mellitus, %	30,2	26,3	0,564
Sigara, %	24,5	29,6	0,643
NLO	1,76 [1,40–2,15]	2,11 [1,57–3,00]	0,006
TLO	98,6 [80,7–121,2]	110,3 [91,2–136,7]	0,040
SII	408 [336–518]	511 [345–750]	0,031
CRP (mg/L)	1,66 [0,98–2,83]	3,11 [1,52–7,00]	0,020
CAR	0,03 [0,02–0,06]	0,07 [0,03–0,16]	0,041
WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	7,46 [6,37–8,90]	7,45 [6,30–9,13]	0,741

Koroner arter ektazisi hastalarında koroner yavaş akım varlığına göre klinik özellikler ve inflamatuvar indeksler



[SS-113]

Tip 2 Diyabetli ICD/CRT-D Hastalarında SGLT-2 İnhibitörlerinin Ekokardiyografik ve Cihaz Bazlı Aritmik Parametreler Üzerine Etkisi: Yeni Başlayan ile Kronik Kullanıcıların Karşılaştırılması

Fatih Enes Durmaz¹, İstiklal Özkaya², Gurbet Özge Yunus², Selda Murat²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Bu çalışmanın amacı; kalp yetersizliği, tip 2 diyabetes mellitus tanılı, atriyal lead içeren (ICD) veya (CRT-D) bulunan hastalarda SGLT-2 inhibitörü (SGLT-2i) tedavisinin ekokardiyografik kardiyak remodeling parametreleri, sol atriyal fonksiyon, diyastolik fonksiyon ve intrakardiyak Holter kayıtlarına dayalı aritmik yük üzerine etkisini değerlendirmek; SGLT-2i tedavisine yeni başlayan ile kronik kullanıcıları sistematik biçimde karşılaştırmaktır.

Yöntem: Tek merkezli, retrospektif bu çalışmaya 78 hasta dahil edildi. Çalışmaya yalnızca SGLT-2i endikasyonu bulunan hastalar alındı. Hastalar SGLT-2i kullanım durumuna göre iki gruba ayrıldı: Yeni başlayan grup (n=34): SGLT-2i endikasyonu mevcut olup takip sürecinde tedavi başlanan hastalar. Kronik kullanım grubu (n=44): SGLT-2i tedavisini en az 6 aydır kullanan hastalar. Bazal ve 6. ay değerlendirmelerinde aşağıdaki parametreler ölçüldü: Ekokardiyografi, laboratuvar, cihaz sorgulamalarına AF/AHRE ve VT/VF prevalansı (intrakardiyak Holter kayıtları) bakıldı. İstatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Yeni başlayan grupta 6. ayda EF ($27,4 \pm 8 \rightarrow 31,5 \pm 9,3$; $p < 0,001$), LAVI ($41,0 \pm 16,9 \rightarrow 34,5 \pm 12,8$ mL/m²; $p < 0,001$), LAVmax, LAVmin, LAVprea, LVESD, LVEDD, E/e' ve RAA değerlerinde anlamlı iyileşme saptandı. Kronik kullanım grubunda ise yalnızca EF anlamlı artış gösterdi ($31,6 \pm 9,2 \rightarrow 33,9 \pm 9,1$; $p < 0,001$). Gruplar arası delta analizi (P4), LAVI, hemoglobin, hematokrit, vücut ağırlığı ve RAA değişimlerinde yeni başlayan grup lehine anlamlı farklılık ortaya koydu (tümü $p < 0,05$). (Tablo 1).

AF/AHRE prevalansı kronik kullanım grubunda 6 ayda %20,5'ten %6,8'e geriledi ($p = 0,070$). Yeni başlayan grupta AF/AHRE değişimi anlamlı değildi ($\%23,5 \rightarrow \%17,6$; $p = 0,688$). VT/VF prevalansı her iki grupta da anlamlı değişim göstermedi (her ikisi için $p = 1,000$) (Şekil 1).

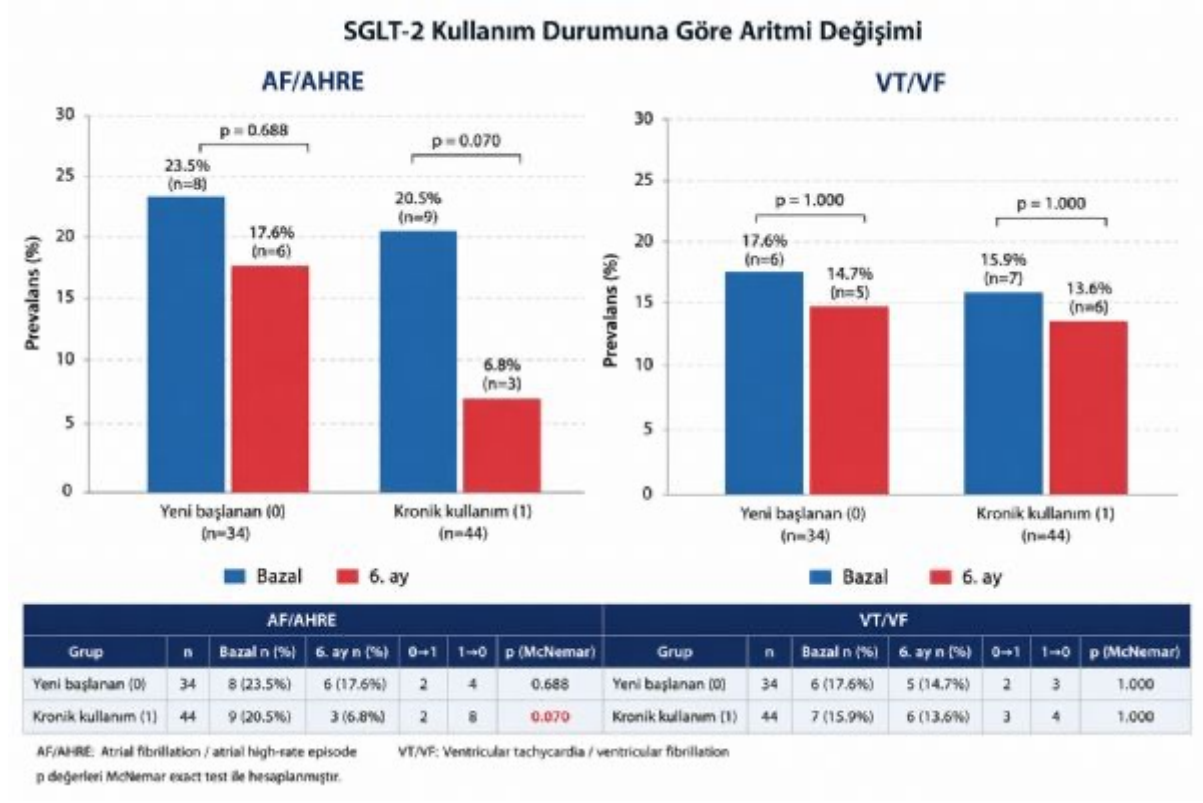
Hemoglobin ve hematokrit değerleri yeni başlayan grupta anlamlı yükseldi (sırasıyla $p = 0,003$ ve $p = 0,003$); kronik kullanım grubunda anlamlı değişim gözlemlenmedi. C-peptid düzeyi yalnızca yeni başlayan grupta anlamlı artış gösterdi ($p = 0,007$). Pro-BNP kronik kullanım grubunda anlamlı düzeyde azaldı ($p = 0,008$).

Sonuç: Bu retrospektif çalışma, SGLT-2i endikasyonu bulunan tip 2 diyabetli ICD/CRT-D hastalarında SGLT-2i tedavisinin kardiyak etkisinin zamanla yapısal düzlemde elektriksel stabilizasyon boyutuna kaydığını ortaya koymaktadır. Yeni başlayan hastalarda sol ventrikül ve sol atriyal boyutlarda belirgin gerileme, E/e' ve RAA'da anlamlı iyileşme saptanmıştır. Kronik kullanıcılarda ise yapısal platoya ulaşıldığı, buna karşın AF/AHRE yükünde klinik açıdan anlamlı azalma eğilimi gözlemlendiği görülmektedir. VT/VF yükünün 6 aylık sürede değişmemesi, daha uzun takip sürelerinin gerekliliğine işaret etmektedir. Cihaz hafızasına dayalı aritmik verileri ekokardiyografik parametrelerle birlikte değerlendiren bu retrospektif çalışma, literatürdeki mevcut boşluğu doldurmaya katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: SGLT-2 inhibitörü, AF/AHRE, VT/VF, tip 2 diyabet, kalp yetersizliği



SGLT-2 kullanıma göre aritmi değişimi



SGLT-2 Tedavisine Yeni Başlanan ve Kronik Kullanıcı Hastalarda Bazal ve 6. Ay Bulgularının Karşılaştırılması

		Yeni başlanan SGLT-2			Kronik SGLT-2 kullanımı		Gruplar arasında karşılaştırma	
	Bazal	6. ay	p1	Bazal	6. ay	p2	p3	p4
LVEDD	52,9±9,4	49,5±10,5	0,007	48,4±9,2	47,3±10,2	0,158	0,04	0,312
LVEDD	61,8±8,3	59,5±8,3	0,01	58,5±7,6	57,9±8,3	0,285	0,073	0,096
LAVprea	51,5±25,1	43,2±19,0	0,024	48,3±23,6	46,4±17,1	0,535	0,384	0,278
LAVmax	67,8±28,4	55,3±18,0	0,005	63,4±27,0	60,4±21,7	0,391	0,487	0,111
LAVmin	39,4±25,3	29,9±17,1	0,01	31,0±20,7	29,3±14,4	0,526	0,121	0,079
LAef	46,5±14,3	48,4±16,7	0,425	53,4±14,8	53,3±12,1	0,974	0,044	0,335
LAVI	41,0±16,9	34,5±12,8	<0,001	34,3±11,3	35,9±13,7	0,196	0,053	<0,001
Kilo	78,6±16,6	73,8±12,3	0,06	80,2±14,7	80,2±14,2	0,967	0,646	0,002
kreatinin	1,1 (0,5-2,8)	1,2 (0,4-3,7)	0,276	1,1 (0,52-1,88)	1,1 (0,62-2,36)	0,5	0,992	0,422
c_peptid	4,26 (1,0-18,4)	5,44 (1,0-21,2)	0,007	4,95 (1,4-10,4)	5,12 (1,0-14,4)	0,655	0,081	0,071
pro-bnp	4115 (15-35000)	3088 (36-29272)	0,121	2024 (20-17937)	1717 (35-12351)	0,008	0,013	0,865
HB	13,0±2,3	13,8±1,7	0,003	14,4±1,8	14,2±1,8	0,23	0,008	<0,001
HCT	39,0±6,6	41,4±5,3	0,003	41,9±7,4	42,2±5,0	0,782	0,085	<0,001

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



TAPSE	20,8±3,4	19,5±3,8	0,028	20,8±3,8	20,5±3,4	0,503	0,92	0,36
RAA	16,4±5,5	14,7±4,2	0,017	14,1±3,7	14,8±3,5	0,069	0,045	0,004
Solatriyum	42,6±5,8	41,1±5,0	0,004	42,2±4,6	42,0±4,5	0,535	0,752	0,063
EF	27,4±8,	31,5±9,3	<0,001	31,6±9,2	33,9±9,1	<0,001	0,039	0,127
PAB	38,5±18,8	35,5±13,8	0,117	31,4±12,2	32,2±11,8	0,472	0,062	0,061
E/e'	15,8±7,4	12,9±5,6	0,012	12,8±5,7	13,6±7,0	0,363	0,048	0,021
LASr	13,5 (8,4-20,2)	16,4 (9,4-20,5)	0,212	23,2 (15,6-28,9)	22,0 (13,0-27,3)	0,356	0,005	0,155
LAScd	(-5,6) {(-10,6)-(-4,0)}	(-7,4) {(-11,4)-(-3,9)}	0,503	(-7,5) {(-12,3)-(-5,1)}	(-7,4) {(-11,7)-(-4,5)}	0,182	0,101	0,187
LASct	(-5,9) {(-13,3)-(-3,3)}	(-8,6) {(-12,0)-(-3,9)}	0,091	(-13,6) {(-18,9)-(-9,0)}	(-13,4) {(-18,1)-(-8,0)}	0,918	0,001	0,176

P1: SGLT(-) grubunda başlangıç ve 6. ay değerlerinin grup içi karşılaştırması P2: SGLT(+) grubunda başlangıç ve 6. ay değerlerinin grup içi karşılaştırması P3: Başlangıç değerlerinin gruplar arası karşılaştırması P4: Başlangıçtan 6. aya kadar olan değişimin (Δ değerleri) gruplar arası karşılaştırması



[SS-115]

Sistemik Trombolitik Tedavinin Akut Pulmoner Embolide Ventriküler Repolarizasyon Parametreleri Üzerine Erken Dönem Etkisi ve Hemodinamik Düzeltme ile İlişkisi

Elçin Özdemir Tutar

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Akut pulmoner emboli (PTE), sağ ventrikül basınç yüklenmesine bağlı ventriküler repolarizasyon bozukluğu ve aritmi riskinde artış ile seyreden bir tablodur. Tp-e süresi, Tp-e/QTc oranı ve QT dispersiyonu ventriküler elektriksel heterojenliği gösteren elektrokardiyografik belirteçlerdir. Ancak trombolitik tedavinin bu parametreler üzerindeki etkisi ve hemodinamik düzeltme ile ilişkisi araştırılmamıştır. Bu çalışmada, akut PTE nedeniyle trombolitik tedavi uygulanan hastalarda tedavi öncesi ve 24 saat sonraki ventriküler repolarizasyon parametrelerindeki değişim ile bu değişimlerin pulmoner arter basıncıyla ilişkisi değerlendirildi.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya akut PTE tanısıyla sistemik trombolitik tedavi uygulanan 61 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, ekokardiyografik bulguları ve tedavi öncesi ile tedavi sonrası 12 derivasyonlu EKG'leri incelendi. Tp-e süresi, Tp-e/QTc oranı, QTc, QT dispersiyonu, P dalga dispersiyonu (PWD), Pmax ve Pmin ölçüldü. Ekokardiyografide tedavi öncesi ve sonrası sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) kaydedildi. Öncesi-sonrası karşılaştırmalar Wilcoxon testi, post-trombolitik sPAB <40 mmHg ve ≥40 mmHg olan hastaların karşılaştırılması Mann-Whitney U testi, değişkenler arasındaki ilişkiler ise Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 68,9±15,1 yıl olup %68,2'si kadındı. Trombolitik tedavi sonrası ortalama sPAB 62,9±15,5 mmHg'den 48,4±15,9 mmHg'ye geriledi (Tablo 1). Tp-e süresi [80(70–100)'den 60(40–70) ms'ye], Tp-e/QTc oranı (0,19'dan 0,10'a) ve QT dispersiyonu (40 ms'den 20 ms'ye) anlamlı olarak azaldı (tümü p<0,001). Buna karşın QTc (p=0,304), PWD (p=0,810), Pmax (p=0,423) ve Pmin (p=0,097) değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmadı. Kalp hızındaki değişim ile Tp-e (p=-0,268; p=0,037) ve Tp-e/QTc (p=-0,288; p=0,024) değişimleri arasında zayıf fakat anlamlı negatif korelasyon bulundu. Buna karşın sPAB değişimi ile ventriküler repolarizasyon parametreleri arasında anlamlı ilişki izlenmedi. Ayrıca post-trombolitik rezidüel pulmoner hipertansiyonu bulunan (sPAB ≥40 mmHg) hastalar ile sPAB <40 mmHg olan hastalar arasında Tp-e, Tp-e/QTc, QTc, QT dispersiyonu ve PWD açısından anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Trombolitik tedavi, akut PTE'de ventriküler repolarizasyonu yansıtan Tp-e süresi ve Tp-e/QTc oranında erken dönemde belirgin düzeltme sağlarken, atriyal elektriksel heterojenliği gösteren P dalga parametrelerinde anlamlı değişiklik oluşturmamaktadır. Ventriküler repolarizasyondaki düzelmenin pulmoner arter basıncındaki azalmadan bağımsız olması ve rezidüel pulmoner hipertansiyonu bulunan hastalarda da benzer EKG bulgularının izlenmesi, trombolitik tedavinin elektriksel stabilizasyon üzerindeki etkisinin yalnızca hemodinamik düzeltmeyle açıklanamayacağını düşündürmektedir. Tp-e süresi ve Tp-e/QTc oranı, akut PTE'de trombolitik tedaviye erken elektriksel yanıtın değerlendirilmesinde pratik ve umut verici noninvaziv belirteçler olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut pulmoner emboli, sistemik trombolitik tedavi, Tp-e süresi, ventriküler repolarizasyon, elektrokardiyografi



Tablo 1. Çalışma grubunun temel özellikleri

Özellik	Değer
Hasta sayısı	61
Yaş (yıl)	68.9 ± 15.1
Kadın	41 (%68.2)
Erkek	20 (%32.8)
Diabetes mellitus	%21.3
Hipertansiyon	%31.1
Aktif sigara	%14.8
sPAB (önce)	62.9 ± 15.5 mmHg
sPAB (sonra)	48.4 ± 15.9 mmHg

Tablo 2. Trombolitik tedavi öncesi ve sonrası EKG parametreleri

Parametre	Trombolitik Öncesi	Trombolitik Sonrası	p
Tp-e (ms)	80 (70–100)	60 (40–70)	<0.001
Tp-e/QTc	0.1909 (0.1641–0.2196)	0.1000 (0.0453–0.1600)	<0.001
QTc (ms)	428 (404–447)	421 (389–458)	0.304
QT dispersiyonu (ms)	40 (20–60)	20 (15–30)	<0.001
PWD (ms)	40 (20–40)	40 (15–45)	0.810
Pmax (ms)	78 (yaklaşık)	76 (yaklaşık)	0.423
Pmin (ms)	40 (yaklaşık)	37 (yaklaşık)	0.097

Veriler medyan (Q1–Q3) olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalar Wilcoxon Signed-Rank testi ile yapılmıştır.

Tablo 3. Post-trombolitik sPAB'a göre EKG parametreleri karşılaştırması

Parametre	sPAB <40 mmHg (n=27)	sPAB ≥40 mmHg (n=34)	p
Tp-e (ms)	60 (40–60)	60 (40–80)	0.476
Tp-e/QTc	0.10 (0.10–0.15)	0.10 (0.05–0.16)	0.787
QTc (ms)	410 (379–440)	421 (389–462)	0.327
QT dispersiyonu (ms)	40 (40–70)	40 (21–60)	0.220
PWD (ms)	40 (40–50)	40 (14–42.5)	0.256

Veriler medyan (Q1–Q3) olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmıştır.



[SS-116]

Genç miyokard infarktüsüne örnek bir olgu: Kokain ilişkili MI

Mehmet Gürler, Ersel Onrat

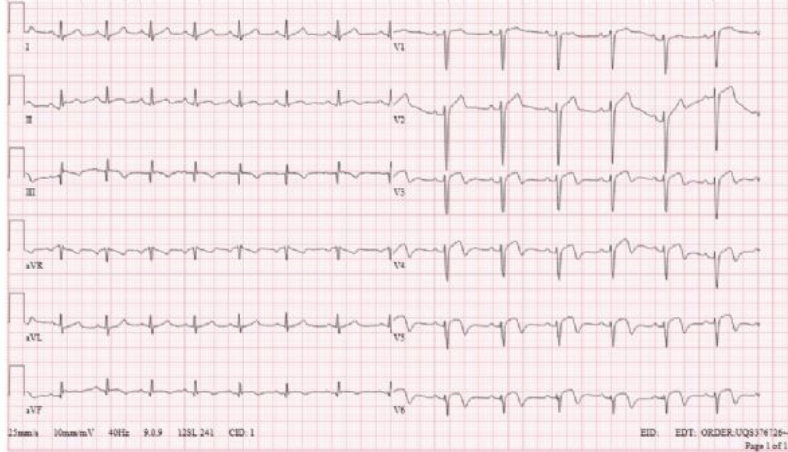
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Miyokard infarktüsü (MI) ileri yaş grubunda daha sık görülmekle birlikte, genç hastalarda ortaya çıktığında altta yatan etyolojiler farklılık gösterebilir. Özellikle madde kullanımı, genç hastalarda akut koroner sendromun önemli ve göz ardı edilmemesi gereken nedenlerindendir. Bu olguda, 36 yaşında genç erkek hastada akut MI gelişimi ve madde kullanımının patofizyolojik rolü tartışılmıştır.

Bu olguda hastanın genç yaşta olması, klasik risk faktörlerinin sınırlı olması ve anjiyografide yaygın ateroskleroz bulgusu olmaması, şüpheli anamnez almamız bizi madde kullanımına bağlı MI tanısına yönlendirdi. Literatürde, madde kullanımına bağlı MI olgularında, koroner arterlerin normal veya minimal aterosklerotik olduğu, akut tromboz ve vazospazmın ön planda olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle genç MI hastalarında ayrıntılı madde kullanım öyküsü alınması tanı ve tedavi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: gençmi, kokain, madde kullanımı, miyokard infarktüsü

Figür 1



Figür 1: Anterolateral derivasyonlarda subakut MI

figür 2



Figür 2: Sol ön inen arterde (Lad) tromboze lezyon



[SS-117]

Pulmoner arter anjiyografisi ile interarteryel malign anatominin dışlandığı çıkış anomalili sirkumfleks artere başarılı perkütan koroner girişim

Yakup Yunus Yamantürk, Bengisu Şahin

TOBB ETÜ Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Koroner arter anomalileri nadir görülmekle birlikte, sirkumfleks arterin sağ koroner sinüs veya sağ koroner arterden çıkışı en sık rastlanan varyasyonlardan biridir. Bu olgularda revaskülarizasyon öncesinde damarın anatomik seyrinin değerlendirilmesi tedavi stratejisinin belirlenmesinde kritik öneme sahiptir.

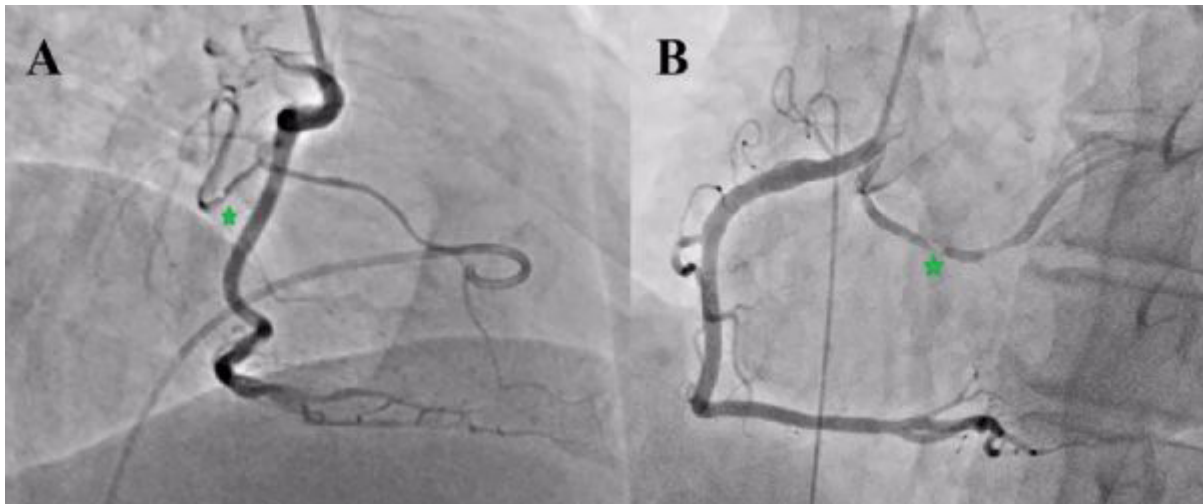
Olgu: Bilinen hipertansiyon ve hiperlipidemi tanıları ile eski sigara kullanım öyküsü bulunan 53 yaşındaki erkek hasta, son 2–3 aydır progresyon gösteren ve istirahatte de ortaya çıkan künt karakterde göğüs ve sırt ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Dört yıl önce yapılan koroner anjiyografide sağ koroner sinüsten çıkan sirkumfleks arterde %60 darlık saptanmış, koroner BT anjiyografi önerilmesine rağmen yapılmamıştı. Başvuruda troponin düzeyleri negatifti. Ekokardiyografide LVEF %60 olup bölgesel duvar hareket kusuru saptanmadı. Koroner anjiyografide anomalik sirkumfleks arter proksimalinde %70, gövdesinde %95–99 darlık ve distal TIMI 2 akım izlendi. Sol koroner sistemde anlamlı obstrüktif lezyon saptanmadı (Figür 1). Koroner anjiyografi sırasında anomalik damarın seyrini değerlendirmek amacıyla eş zamanlı pulmoner arter anjiyografisi yapıldı ve interarteryel malign anatomi dışlandı. Diabetes mellitus bulunmaması, tek damar hastalığı olması ve malign anatominin ekarte edilmesi üzerine PCI kararı alındı. BMW guidewire desteğiyle üç adet ilaç salınlı stent başarıyla implante edilerek TIMI 3 akım sağlandı (Figür 2). Takiplerinde rezidüel anjina izlenmedi.

Tartışma: Çıkış anomalili sirkumfleks arterlerde revaskülarizasyon kararını yalnızca lezyonun ciddiyeti değil, damarın anatomik seyri de belirler. Bu olguda kateter laboratuvarında gerçekleştirilen eş zamanlı pulmoner arter anjiyografisi ile interarteryel seyir güvenilir şekilde dışlanmış ve cerrahi yerine PCI tercih edilmiştir. Bu yaklaşım, ek görüntüleme gereksinimini ortadan kaldırarak aynı seansta uygun revaskülarizasyon stratejisinin belirlenmesini sağlamıştır.

Sonuç: Çıkış anomalili sirkumfleks arterlerde pulmoner arter anjiyografisi, özellikle akut koroner sendromla başvuran hastalardan interarteryel seyir/malign anatominin değerlendirilmesinde BT-koroner anjiyografiden daha hızlı ve pratik bir yöntem olup uygun hastalarda güvenli PCI planlanmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: koroner arter anomalisi, akut koroner sendrom, pulmoner arter anjiyografisi, perkütan koroner girişim

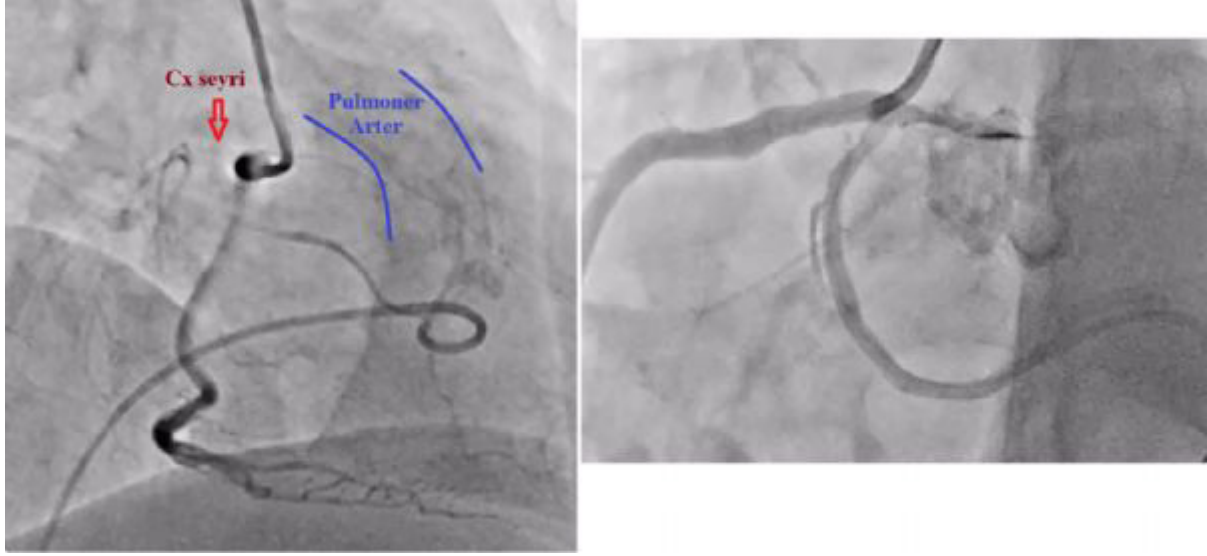
Figür 1



Anomalili Cx lezyonu(ile işaretli) (A: LAO projeksiyonu, B: RAO projeksiyonu)*



Figür 2



Pulmoner arter anjiyografisi ile Cx malign seyri farklı projeksiyonlarda ekarte edilen hastada başarılı PKG uygulandı



[SS-118]

Genç ST-Segment Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü Hastalarında Triglisericid-Glukoz İndeksi ile 5 Yıllık Tüm Nedenlere Bağlı Mortalite Arasındaki İlişki

Ali Evsen¹, Raif Kılıç², Adem Aktan²

¹Dağkapı Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Diyarbakır

²Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Bölümü, Mardin

Amaç: Triglisericid-glukoz (TyG) indeksi, insülin direnci ile ilişkili yeni bir kardiyometabolik belirteçtir. Ancak genç ST-segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) hastalarında uzun dönem prognostik değeri tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmada, genç STEMI hastalarında TyG indeksi ile 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya, 2019–2020 yılları arasında primer perkütan koroner girişim uygulanan 103 ardışık genç STEMI hastası dahil edildi. Genç STEMI, erkeklerde <45 yaş ve kadınlarda <55 yaş olarak tanımlandı. TyG indeksi için en uygun kesim değeri ROC eğrisi analizi ve Youden indeksi kullanılarak belirlendi. Hastalar düşük (TyG ≤9,42, n=63) ve yüksek (TyG >9,42, n=40) TyG gruplarına ayrıldı. Çalışmanın sonlanım noktası 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortaliteydi. Sağkalım Kaplan–Meier yöntemi ile değerlendirildi ve mortalitenin belirleyicileri Cox regresyon analizleri ile araştırıldı.

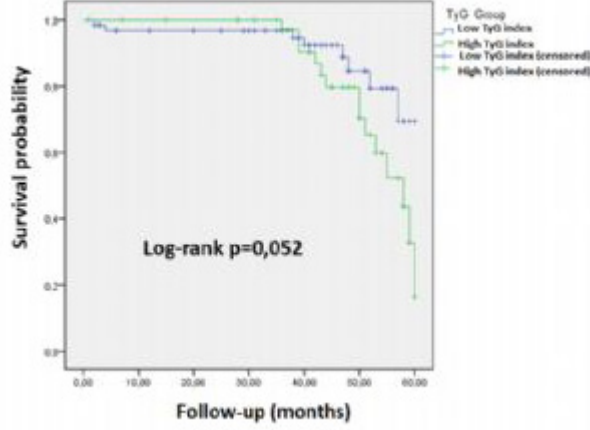
Bulgular: ROC analizinde TyG indeksinin 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortaliteyi öngörmedeki AUC değeri 0,712 idi (%95 GA: 0,594–0,831; p=0,002). Yüksek TyG grubunda hipertansiyon, diyabetes mellitus ve dislipidemi daha sık görüldü (tümü p<0,05). Beş yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite yüksek TyG grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (%35,0'a karşı %12,7; p=0,007). Kaplan–Meier analizinde yüksek TyG grubunda daha düşük uzun dönem sağkalım eğilimi izlendi (log-rank p=0,052). Tek değişkenli Cox regresyon analizinde yüksek TyG indeksi 5 yıllık mortalite ile sınırdaki düzeyde ilişkili bulundu (HR: 2,311; %95 GA: 0,967–5,522; p=0,060), ancak çok değişkenli analizde bağımsız bir mortalite belirleyicisi değildi (HR: 1,500; %95 GA: 0,589–3,820; p=0,396). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde yalnızca kronik böbrek hastalığı bağımsız mortalite belirleyicisi olarak saptandı (HR: 3,090; %95 GA: 1,013–9,423; p=0,047).

Sonuç: Genç STEMI hastalarında yüksek TyG indeksi, 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili bulundu. Bununla birlikte, TyG indeksi çok değişkenli analizde bağımsız bir mortalite belirleyicisi değildi. TyG indeksinin genç STEMI hastalarında uzun dönem risk sınıflandırmasındaki klinik değerini ortaya koymak için daha büyük, çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Genç erişkin, mortalite, ST-segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü, triglisericid-glukoz indeksi



TyG indeksi gruplarına göre 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite için Kaplan–Meier sağkalım eğrileri.



Yüksek TyG grubunda uzun dönem sağkalım daha düşük olma eğilimi göstermiş, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (log-rank p=0,052).

Çalışma popülasyonunun başlangıç klinik, laboratuvar ve ekokardiyografik özellikleri ile 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalitenin Cox regresyon analizleri

Değişkenler	Tüm hastalar (n=103)	Düşük TyG (≤9,42) (n=63)	Yüksek TyG (>9,42) (n=40)	p değeri
Yaş, yıl†	42 (38–49)	42 (39–49)	42 (38–48)	0,932
Kadın cinsiyet, n (%)	54 (52,4)	32 (50,8)	22 (55,0)	0,677
Hipertansiyon, n (%)	56 (54,4)	29 (46,0)	27 (67,5)	0,033
Diyabetes mellitus, n (%)	28 (27,2)	9 (14,3)	19 (47,5)	<0,001
Dislipidemi, n (%)	43 (41,7)	21 (33,3)	22 (55,0)	0,030
Sigara kullanımı, n (%)	65 (63,1)	38 (60,3)	27 (67,5)	0,462
Kronik böbrek hastalığı, n (%)‡	8 (7,8)	4 (6,3)	4 (10,0)	0,708
Önceden miyokard enfarktüsü öyküsü, n (%)	15 (14,6)	8 (12,7)	7 (17,5)	0,501
Önceden perkütan koroner girişim öyküsü, n (%)	16 (15,5)	7 (11,1)	9 (22,5)	0,120
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, %†	45 (35–55)	50 (35–55)	45 (36–50)	0,366
Hemoglobin, g/dL	13,53 ± 1,97	13,42 ± 2,01	13,54 ± 2,00	0,774
Lökosit, ×10 ³ /μL†	12,8 (11,1–15,7)	12,7 (10,1–15,8)	12,9 (12,4–14,3)	0,672
Nötrofil, ×10 ³ /μL†	9,0 (5,8–11,4)	8,5 (5,4–11,4)	9,4 (6,7–11,8)	0,243
Lenfosit, ×10 ³ /μL†	1,68 (1,17–2,59)	1,64 (1,12–2,48)	1,76 (1,27–2,99)	0,221
Trombosit, ×10 ³ /μL†	260 (220–306)	267 (222–323)	242 (216–296)	0,254
Kreatinin, mg/dL†	0,85 (0,72–1,07)	0,82 (0,70–1,02)	0,92 (0,73–1,16)	0,128

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Total kolesterol, mg/dL	176,7 ± 42,5	177,2 ± 43,8	176,0 ± 40,9	0,894
HDL kolesterol, mg/dL	37,0 ± 10,2	38,0 ± 10,9	35,1 ± 8,9	0,139
LDL kolesterol, mg/dL	127,9 ± 34,7	132,4 ± 35,7	120,2 ± 31,8	0,083
Trigliserid, mg/dL†	124 (86–200)	95 (68–139)	212 (141–236)	<0,001
Glukoz, mg/dL†	141 (113–205)	127 (108–156)	200 (141,8–299,5)	<0,001
TyG indeksi†	9,16 (8,71–9,69)	8,84 (8,56–9,11)	9,73 (9,65–9,97)	<0,001
5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite, n(%)	22 (21,4)	8 (12,7)	14 (35,0)	0,007
Değişkenler	Tek değişkenli HR (%95 GA)	p değeri	Çok değişkenli HR (%95 GA)	p değeri
Yüksek TyG indeksi	2,311 (0,967–5,522)	0.060	1.500 (0.589–3.820)	0.396
Yaş (her 1 yıllık artış için)	0.977 (0.927–1.030)	0.395	—	—
Hipertansiyon	2.682 (1.028–6.998)	0.044	1.747 (0.594–5.136)	0.310
Kronik böbrek hastalığı	5.835 (2.394–14.222)	<0.001	3.090 (1.013–9.423)	0.047
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (%)	0.938 (0.901–0.976)	0.001	0.969 (0.924–1.017)	0.208

Veriler ortalama ± standart sapma, medyan (çeyrekler arası aralık) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi veya Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi veya Fisher’in kesin testi kullanılmıştır. TyG: Trigliserid-glukoz indeksi; HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol; LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol; HR: Tehlike oranı (Hazard Ratio); GA: Güven aralığı. † Medyan (Q1–Q3) olarak sunulan değişkenler. ‡ Fisher’in kesin testi kullanılmıştır.



[SS-119]

Tek Elektrotlu VDD Sisteminden Sol Dal Pacinge Fizyolojik Upgrade: Lead Koruyucu Yaklaşım

Yakup Yunus Yamantürk¹, Ramazan Anıl Eşki², Basri Amasyalı¹

¹TOBB ETÜ Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Afyon

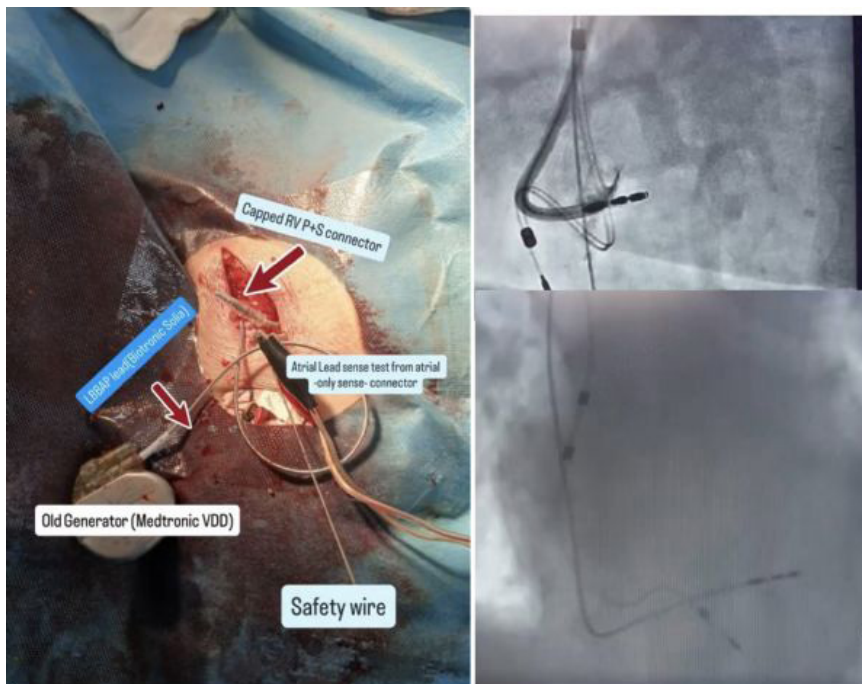
Giriş: Kronik sağ ventrikül apikal pacing (RVAP), ventriküler dissenkroniye bağlı olarak pacing ilişkili kardiyomiyopatiye (PICM) yol açabilir. İletim sistemi pacingi, özellikle sol dal alanı pacingi (LBBAP), fizyolojik ventrikül aktivasyonunu yeniden sağlayarak önemli bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Bununla birlikte, günümüzde upgrade işlemlerinde yalnızca ventrikül senkronizasyonunun sağlanması değil, aynı zamanda gereksiz yeni elektrot implantasyonu ve lead abandonmanından kaçınılması da önemli bir hedef haline gelmiştir.

Olgu: İleri atriyoventriküler ileti bozukluğu nedeniyle yedi yıl önce tek elektrotlu VDD kalp pili implante edilen 84 yaşındaki kadın hasta, ilerleyici kalp yetersizliği yakınmaları ile değerlendirildi. Hastanın tamamen pace bağımlı olduğu, kronik RV apikal pacing altında sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun yaklaşık %50'den <%35'e gerilediği saptandı. Koroner değerlendirmede sol ventrikül disfonksiyonunu açıklayacak belirgin iskemik neden bulunmaması üzerine PICM düşünüldü. Kalp Konseyi kararıyla fizyolojik pacing yükseltmesi planlandı. İşlem sırasında mevcut VDD sistemi kullanılarak kesintisiz ventrikül pacingi sağlandı ve başarılı şekilde LBBAP elektrodu implante edildi. Mevcut VDD elektrodu atriyal sensing amacıyla korunurken, kronik RV pacing elektrodu yerinde bırakılarak elektriksel olarak devre dışı bırakıldı. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı. İki aylık takipte ejeksiyon fraksiyonu %50'ye yükselirken hastanın fonksiyonel kapasitesinde belirgin düzelme izlendi.

Sonuç: PICM gelişen ve atriyal sensingi korunmuş seçilmiş hastalarda, mevcut elektrotları koruyarak gerçekleştirilen LBBAP upgrade'i; fizyolojik ventrikül aktivasyonu, sistemin sadeleştirilmesi, gelecekteki cihaz işlemlerinin kolaylaştırılması ve hızlı sol ventrikül fonksiyonel iyileşmesi açısından etkili ve uygulanabilir bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: RV apikal pacing, LBBAP, abandoned lead, device upgrade

Figür 1



Fonksiyonel lead koruyucu cihaz upgrade işlemi (VDD-RVAP-->VDD LBBAP)



[SS-121]

ST-Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü Geçiren Genç Hastalarda Başvuru Triglicerid-Glikoz İndeksi İle Yüksek Anjiyografik Trombüs Yüğü Arasındaki İlişki

Volkan Yılmaz, Sefa Erdi Ömür

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ, KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI, TOKAT

AMAÇ: Genç erişkinlerde görülen ST-segment yükselmeli miyokard enfarktüslerinde (STEMI), koroner arter içindeki yüksek trombüs yükü, işlem başarısını zorlaştıran ve klinik sonuçları olumsuz etkileyen kritik bir faktördür. Bu çalışmanın amacı; insülin direncinin pratik ve güncel bir göstergesi olan trigliserid-glikoz (TyG) indeksinin, primer perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan genç STEMI hastalarında (≤ 45 yaş) anjiyografik trombüs yükü ile ilişkisini incelemek ve bu indeksin işlem öncesinde "yüksek trombüs riskini" tahmin etmedeki gücünü araştırmaktır.

YÖNTEM: Bu retrospektif kohort çalışmasına, STEMI tanısıyla primer PKG uygulanan ≤ 45 yaş 520 ardışık hasta dahil edilmiştir. Başvuru TyG indeksi, hastaların trigliserid ve glikoz değerleri kullanılarak standart formülü ile hesaplanmıştır. Koroner anjiyografi görüntüleri değerlendirilerek anjiyografik trombüs yükü TIMI trombüs derecelendirme sistemine göre düşük (derece 0–3) veya yüksek (derece 4–5) olarak gruplandırılmıştır. Yüksek trombüs yükünün bağımsız öngördürücülerini saptamak için tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri; indeksin ayırt ediciliğini test etmek amacıyla ise ROC eğrisi analizleri yapılmıştır.

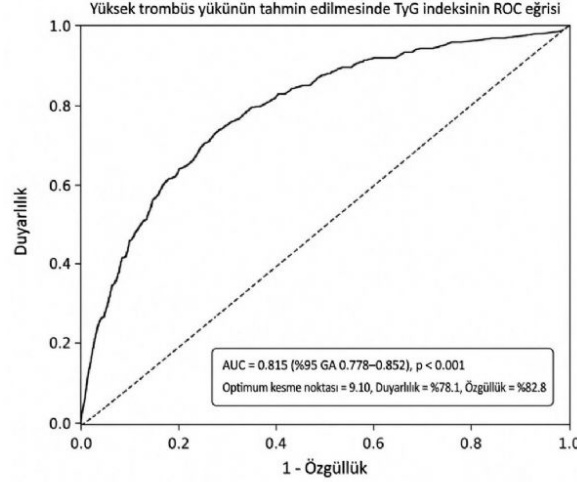
BULGULAR: Hastaların 270'i düşük, 250'si yüksek trombüs yükü grubunda yer almıştır. Yüksek trombüs yüküne sahip grupta başvuru glikoz (96 ± 18 'e karşılık 118 ± 25 mg/dL), trigliserid, beyaz küre (WBC) sayısı ve TyG indeksi anlamlı olarak daha yüksek ($8,7 \pm 0,5$ 'e karşılık $9,4 \pm 0,6$; $p < 0,001$), HDL-K seviyeleri ise daha düşüktü ($p = 0,001$). Ayrıca bu grupta ejeksiyon fraksiyonu daha düşük (46 ± 7 'ye karşılık 52 ± 6); manuel trombüs aspirasyonu ($66,0$ 'a karşılık $12,9$), tirofiban kullanımı ($72,0$ 'a karşılık $18,5$) ve no-reflow insidansı ($18,0$ 'a karşılık $4,4$) anlamlı derecede daha yüksekti (tümü $p < 0,001$). WBC, HDL-K ve TyG içeren çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, TyG indeksinin yüksek trombüs yükünün tek bağımsız öngördürücüsü olduğu saptanmıştır (düzeltilmiş OR: 3,12, %95 GA: 1,85–5,25; $p < 0,001$). ROC analizinde, TyG indeksinin yüksek trombüs yükünü öngörmekte güçlü bir ayırt ediciliğe sahip olduğu (Eğri Altında Kalan Alan: 0,815) ve 9,10 optimal kesme değerinde duyarlılığın %78,1, özgüllüğün %82,8 olduğu gösterilmiştir.

SONUÇ: Primer PKG uygulanan genç STEMI hastalarında yüksek TyG indeksi, artmış anjiyografik trombüs yükü, artmış tirofiban ihtiyacı ve no-reflow gibi advers parametrelerle bağımsız olarak ilişkilidir. TyG indeksi, trombüsten zengin fenotipi belirlemede yüksek ayırt edici performansa sahiptir. Yoğun antitrombotik stratejilerden fayda görebilecek yüksek riskli genç olguların erken saptanmasında pratik, ucuz ve invaziv olmayan bir metabolik belirteç olarak kullanılabilir. Rutin kullanım öncesinde bu bulguların prospektif çalışmalarla doğrulanması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Genç erişkin, Primer perkütan koroner girişim, ST-segment yükselmeli miyokard enfarktüsü, Triglicerid-glikoz indeksi, Trombüs yükü



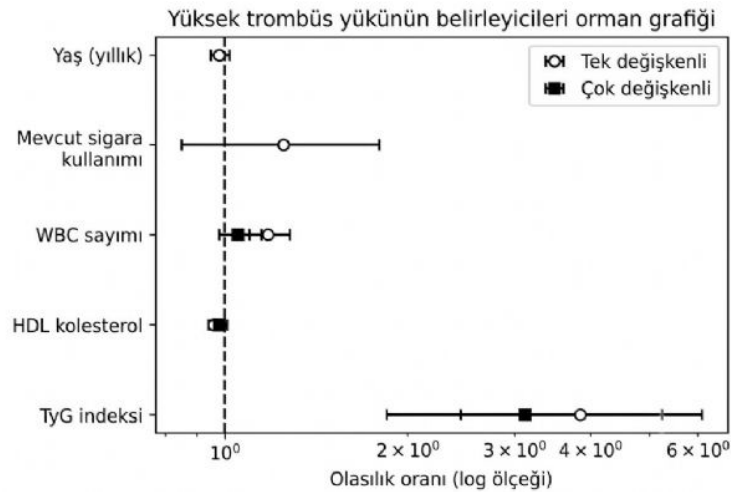
Şekil 1. TyG indeksinin yüksek anjiyografik trombüs yükünü öngörmesine ait ROC eğrisi.



Şekil 3. Yüksek anjiyografik trombüs yükünü tahmin etmek için TyG indeksinin alıcı işletim karakteristiği eğrisi.

ROC eğrisi analizi, TyG indeksinin yüksek anjiyografik trombüs yüküne sahip hastaları belirlemedeki ayırt edici yeteneğini göstermektedir. TyG indeksi, 0,815'lik bir Eğri Altında Kalan Alan (EAA) ile iyi bir öngörücü performans göstermiştir (%95 GA: 0,778-0,852; $p < 0,001$). Optimal kesme değeri 9,10 olup, bu değerinde duyarlılık %78,1 ve özgüllük %82,8'dir.

Şekil 2. Yüksek anjiyografik trombüs yükü öngördürücülerine ait orman grafiği



Orman grafiği, tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde yüksek anjiyografik trombüs yükü ile ilişkili değişkenler için odds oranlarını ve %95 güven aralıklarını göstermektedir. Tek değişkenli analizde, daha yüksek WBC sayısı, daha düşük HDL-K seviyeleri ve daha yüksek TyG indeksi yüksek trombüs yükü ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. WBC sayısı, HDL-K ve TyG indeksini içeren çok değişkenli modelde ise sadece TyG indeksi yüksek trombüs yükünün bağımsız bir öngördürücüsü olarak kalmıştır.



Tablo 1. Yüksek trombüs yükünü öngörmeye tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Tek değişkenli analiz OR (%95 GA)	p değeri	Çok değişkenli analiz OR (%95 GA)	p değeri
Yaş (yıl)	0,98 (0,95-1,02)	0,450	-	-
Mevcut sigara kullanımı, n (%)	1,25 (0,85-1,80)	0,210	-	-
WBC sayısı ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	1,18 (1,10-1,28)	<0,001	1,05 (0,98-1,15)	0,152
HDL-K (mg/dL)	0,96 (0,94-0,98)	0,002	0,98 (0,95-1,01)	0,095
TyG indeksi	3,85 (2,45-6,10)	<0,001	3,12 (1,85-5,25)	<0,001*

OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı. Çok değişkenli modele WBC sayısı, HDL-K ve TyG indeksi dahil edilmiştir. HDL-K: Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol; TyG: Trigliserid-glikoz indeksi; WBC: Beyaz küre sayısı. * $p<0,05$.



[SS-122]

Dev SVG Anevrizması ve Psödoanevrizmasının Yönetiminde Aşamalı Yaklaşım: Vasküler Plug ve Koil Kombinasyonu

Semih Aktürk, Berke Ege, Sadık Volkan Emren, Cem Nazlı
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Koroner arter baypas greft(CABG)sonrası geç dönemde SVG anevrizmaları nadir görülür;ancak rüptür veya fistül geliştiğinde hızlı klinik kötüleşmeye yol açabildiği için yakından izlenmesi gereken bir tablodur.Özellikle dev anevrizmalarda cerrahi eksizyon standart yaklaşım olsa da,komorbiditesi yüksek hastalarda redo-sternotomi ciddi risk taşır. Dev boyutlu SVG anevrizması ve eşlik eden psödoanevrizması saptanan, KBY zemininde yüksek riskli bir hastada;Amplatzer Vascular Plug (AVP) ve çoklu koil kullanılarak uygulanan aşamalı perkütan kapatma stratejimiz ve başarılı uzun dönem sonuçları sunulmuştur.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta, nefes darlığı şikayetiyle başvurdu.Özgeçmişinde 20 yıl önce CABG (LIMA-LAD, Ao-Cx Safen) operasyonu,hipertansiyon ve kronik böbrek yetersizliği(Kreatinin:1.8 mg/dL)mevcuttu.Ekokardiyografide EF %45,inferior ve posteriorda hipokinezi ile sol ventrikül lateral duvar komşuluğunda hematomla uyumlu olabilecek kitle görünümü izlendi.Koroner BT Anjiyografide; Ao-OM2 safen greft hattında yaklaşık 6x5 cm boyutlarında dev anevrizmatik dilatasyon ve anastomoz hattında kontrast ektravazasyonu(psödoanevrizma)saptandı.Redo cerrahi yüksek riskli değerlendirildiği için ve lezyonun rüptür potansiyeli göz önünde bulundurularak perkütan kapatma planlandı.Anevrizma hacmi büyük,renal rezerv sınırlıydı;bu nedenle kontrastı kontrollü tutmak için işlemi üç seansa bölmeyi planladık: Birinci Seans(Proksimal Oklüzyon):Sağ femoral yoldan girilerek safen greft proksimaline, akımı kesmek ve mekanik bariyer oluşturmak amacıyla Amplatzer Vascular Plug 4 implante edildi.İkinci Seans(4.Gün):Kontrol anjiyografide proksimal akımın kesildiği ancak Cx anastomoz hattından retrograd doluşun devam ettiği ve psödoanevrizma kesesiyle ilişkili olduğu görüldü.Fistülide bölgeye 8 adet koil yerleştirilerek parsiyel oklüzyon sağlandı.Üçüncü Seans(TamOklüzyon20.Gün):Renal fonksiyonların stabil seyretmesi(Kreatinin:1.2mg/dL) üzerine,rezidüel akımı tamamen sonlandırmak amacıyla anevrizma içerisine farklı boyutlarda(4x8mmile6x20mmaralığında)toplam15 adet ek koil implantasyonu yapıldı.

Sonuç: İşlem sonrası klinik seyri stabildi ve komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.5.ayda yapılan kontrol BT anjiyografide;5.5 cm çapındaki anevrizma kesesinin total oklüde olduğu,greft içi embolizan materyallerin stabil durduğu ve kontrastlanma olmadığı görüldü. izlendi.Dev ve rüptüre meyilli SVG anevrizmalarında,özellikle KBY varlığında tek seansta tam oklüzyon hedeflemek,yüksek kontrast yükü riskini beraberinde getirir.Dev ve rüptüre meyilli SVG anevrizmalarında tek seansta oklüzyon hedeflemek;yüksek kontrast yükü,işlem süresinin uzaması ve distal embolizasyon risklerini beraberinde getirir. Vakamızda uygulanan stratejinin literatürdeki benzerlerinden temel farkı,proksimal inflow oklüzyonu için AVP tercih edilmesidir.Bu yaklaşım,koil migrasyonu riskini minimize ederek daha güvenli bir embolizasyon alanı oluşturmuş ve koil yükünü azaltarak maliyet-etkin bir çözüm sağlamıştır.

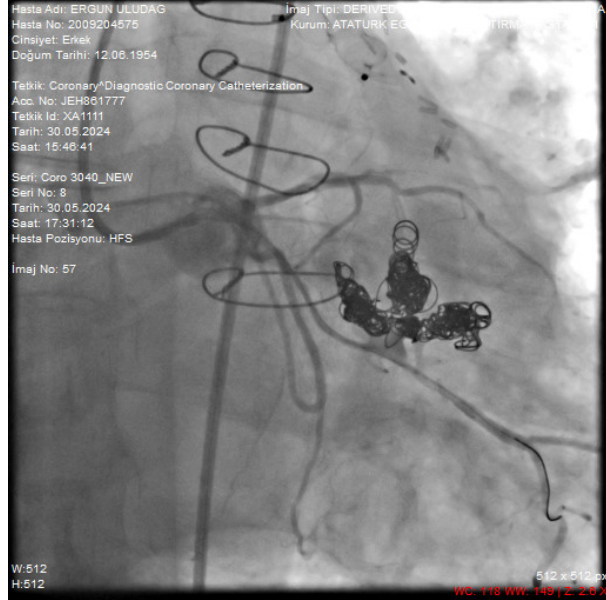
Anahtar Kelimeler: Safen ven greft anevrizması, Psödoanevrizma, Amplatzer Vascular Plug, Koil embolizasyonu, Aşamalı perkütan girişim

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

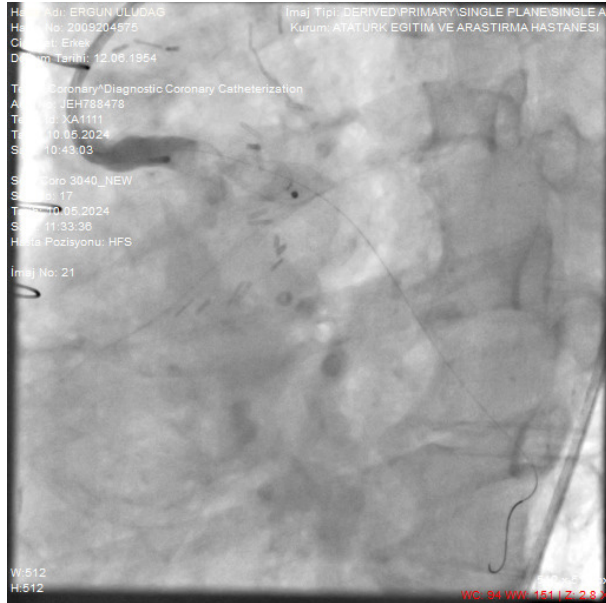
16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



3. Seans Coil



Vasküler Plug 1





[SS-123]

Elektrokardiyografideki V1 Derivasyonunda Değerlendirilen P Dalgası Terminal Gücü ile Nötrofil-Lenfosit Oranı Bağımsız İlişkilidir

Afag Özyıldız¹, Hüseyin Durak²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Sistemik inflamasyonun atriyal fibrilasyon mekanizmasındaki rolü bilinmekle birlikte, erken atriyal substrat oluşumundaki etkisi henüz netleştirilmemiştir. Elektrokardiyografideki V1 derivasyonunda değerlendirilen P dalgası terminal gücü (PTF-V1), atriyal elektriksel yeniden şekillenmenin (remodeling) bir göstergesidir ve atriyal kardiyomiyopati spektrumunun bir parçası olarak kabul edilir. Bu çalışmada, kolayca ulaşılabilen bir inflamatuvar indeks olan nötrofil-lenfosit oranının (NLO), PTF-V1 ile bağımsız bir ilişkisi olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel çalışmaya kardiyoloji polikliniğine başvuran ardışık 318 yetişkin hasta dahil edildi; hastaların standart 12 derivasyonlu EKG kayıtları ve açlık laboratuvar değerlendirmeleri incelendi. Dal bloğu, aktif enfeksiyon, hematolojik malignite veya aşikar aritmi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. PTF-V1 ölçümleri, çalışmadan bağımsız bir araştırmacı tarafından dijital caliper kullanılarak manuel olarak yapıldı. NLO, tam kan sayımı parametrelerinden hesaplandı ve logaritmik olarak dönüştürüldü [ln(NLO)]. Klinik karıştırıcı faktörler; BMI, eGFR, eşlik eden ilaçlar (RAS blokerleri, beta-blokerler, steroidler) ve ekokardiyografik parametreler (sol atriyal volüm indeksi [LAVI], LVEF) çok değişkenli (multivariable) lineer ve lojistik regresyon modellerine dahil edildi. ln(NLO)'nun artmış PTF-V1 (≥ 75 . persantil) değerlerini ayırt etme kapasitesi ROC analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: PTF-V1 ile NLO arasında anlamlı korelasyon saptandı ($r=0.181$, $p=0.005$). Klinik, biyokimyasal, farmakolojik ve ekokardiyografik faktörler (LAVI ve eGFR dahil) modele eklenip analiz edildikten sonra bile ln(NLO)'nun PTF-V1 ile bağımsız ilişkisinin güçlü bir şekilde devam ettiği görüldü ($\beta=0.509$, $p<0.001$). Ayrıca ln(NLO), artmış PTF-V1 değerine sahip hastaları ayırt etmede (AUC=0.715, %95 GA: 0.596–0.827, $p<0.001$), geleneksel metabolik ve inflamatuvar belirteçlere kıyasla üstün ve anlamlı bir diskriminatif performans gösterdi.

Sonuç: NLO ile yansıtılan inflamatuvar dengesizlik; sol atriyal volüm ve temel klinik/farmakolojik faktörlerden bağımsız olarak, erken dönem atriyal elektriksel remodeling ile ilişkilidir. Çalışmanın kesitsel ve tek merkezli tasarımı nedensel bir yorum yapmayı sınırlasa da, bu bulgular basit hematolojik indekslerin atriyal kardiyomiyopati sürecinin erken evrelerindeki bireyleri belirlemede klinik bir değere sahip olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: atriyal remodeling, nötrofil-lenfosit oranı, P dalgası terminal gücü



[SS-124]

Alt Ekstremité Periferik Arter Hastalığı Olan Hastalarda Trigliserid/LDL-Kolesterol Oranı Hedef Lezyon Revaskülarizasyonunu Öngörür

Seyhmus Atan¹, İrem Müge Akbulut Koyuncu², Çağlar Alp³, Kemal Berkay Yılmaz²

¹Kırıkkale yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana bilim Dalı, Ankara

³Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana bilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Alt ekstremité periferik arter hastalığında (LEPAH) endovasküler revaskülarizasyon sonrasında hedef lezyon revaskülarizasyonu (Target Lesion Revascularization, TLR), uzun dönem klinik başarının önündeki en önemli engellerden biridir. Son yıllarda yeni lipid parametrelerinin aterosklerotik hastalıkların prognozundaki rolü giderek daha fazla ilgi çekmektedir. Bu çalışmada, yeni lipid parametrelerinin LEPAH nedeniyle endovasküler girişim uygulanan hastalarda hedef lezyon revaskülarizasyonunu öngörmedeki prognostik değeri araştırıldı.

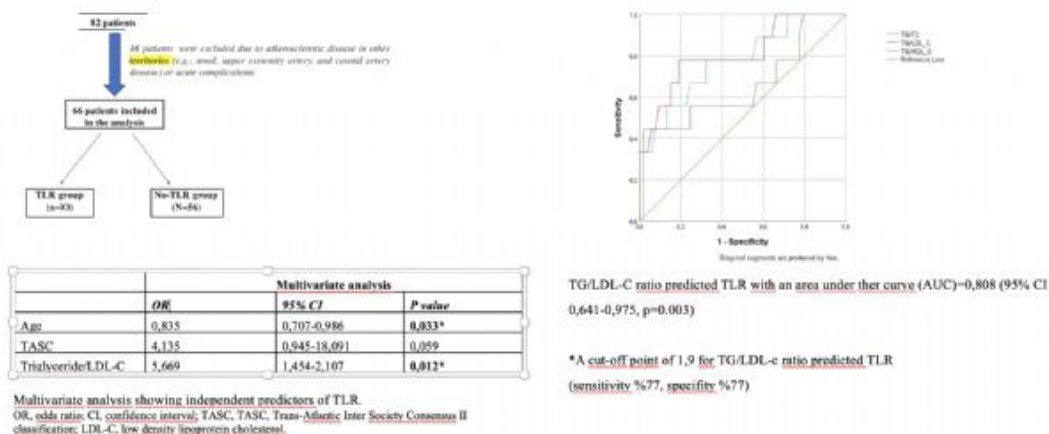
Yöntem: Ocak 2016 ile Nisan 2022 tarihleri arasında kladikasyon veya kritik ekstremité iskemisi nedeniyle elektif perkütan periferik girişim uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Dışlama kriterleri sonrasında toplam 66 hasta analize dahil edildi. Hastalar takip sürecinde hedef lezyona yeniden girişim gereksinimine göre TLR ve TLR olmayan gruplara ayrıldı. Demografik özellikler, laboratuvar bulguları, girişimsel özellikler ve lipid parametreleri karşılaştırıldı. TG/HDL-K, TG/total kolesterol ve TG/LDL-K oranları hesaplandı. TLR'nin bağımsız belirleyicileri lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi ve prediktif performans ROC analizi ile incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 66 hastada toplam 93 damar başarılı şekilde tedavi edildi. Ortalama yaş $65,2 \pm 9,5$ yıl olup hastaların %85,2'si erkekti. Takip süresince hastaların %14,7'sinde hedef lezyon revaskülarizasyonu, %23,5'inde hedef dışı lezyonlara yeniden girişim ve %29,4'ünde tüm nedenlere bağlı mortalite gözlemlendi. TLR gelişen hastalarda serum trigliserid düzeyi ile TG/HDL-K, TG/total kolesterol ve TG/LDL-K oranları anlamlı olarak daha yüksekti. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde hasta yaşı (OR=0,835; p=0,033) ve TG/LDL-K oranı (OR=5,669; p=0,012) TLR'nin bağımsız belirleyicileri olarak saptandı. ROC analizinde TG/LDL-K oranının eğri altında kalan alanı 0,808 bulundu ve 1,9 eşik değeri TLR'yi %77 duyarlılık ve %77 özgüllük ile öngördü.

Sonuç: Endovasküler revaskülarizasyon uygulanan LEPAH hastalarında TG/LDL-K oranı, hedef lezyon revaskülarizasyonunu öngörmeye bağımsız ve kolay uygulanabilir bir biyobelirteç olarak öne çıkmaktadır. Rutin lipid profili üzerinden kolaylıkla hesaplanabilmesi nedeniyle, yüksek yeniden girişim riski taşıyan hastaların erken dönemde belirlenmesine katkı sağlayabilir. Bulguların doğrulanması için daha geniş, çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremité periferik arter hastalığı, hedef lezyon revaskülarizasyonu, trigliserid/LDL-kolesterol oranı, endovasküler tedavi, restenoz

Merkezi Şekil



Merkezi Şekil



[SS-125]

Warfarin Tedavisinde Büyük Dil Modellerinin Çok Boyutlu Klinik Değerlendirilmesi

Hatice Taşkan¹, Selen Eşki²

¹İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İstanbul Florence Nightingale Hastanesi

Amaç: Warfarin, dar terapötik aralığı nedeniyle dikkatli yönetim gerektiren yüksek riskli bir antikoagülandır. Büyük dil modelleri (LLM), hekimler ve hastalar tarafından artan oranda tıbbi bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, beş farklı LLM'in warfarin yönetimine ilişkin sorulara verdiği yanıtların çok boyutlu olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

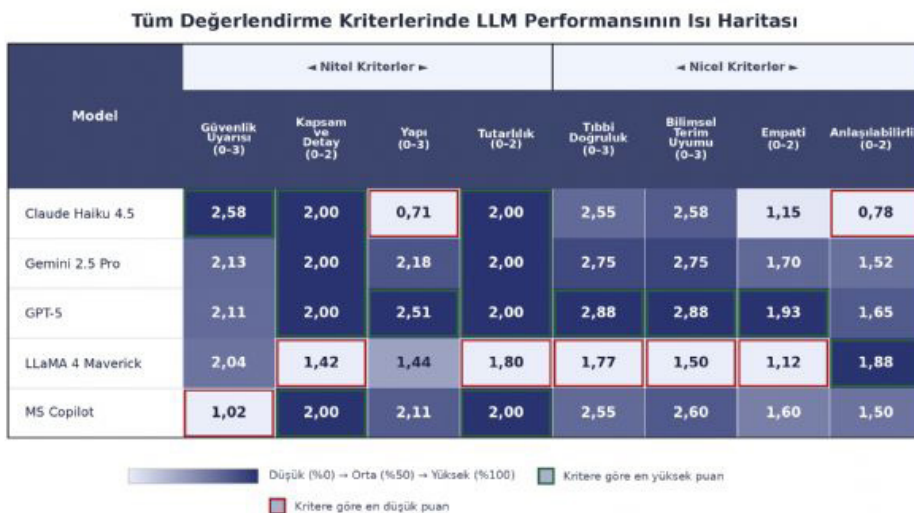
Yöntem: Antikoagülasyon polikliniğinden gerçek dünya soruları ve kılavuz temelli klinik senaryolar kullanılarak, beş kardiyolog konsensüsüyle doğrulanmış 85 soru oluşturuldu. Beş LLM (Claude Haiku 4.5, Gemini 2.5 Pro, GPT-5, LLaMA 4 Maverick, Microsoft Copilot), her model için beş kardiyolog tarafından kör değerlendirme yöntemiyle bağımsız olarak puanlandı; uyuşmazlıklar kıdemli kardiyolog tarafından çözüldü. 45 soru dört nitel kriterle (Güvenlik Uyarısı, Kapsam ve Detay, Yapı, Tutarlılık; toplam 0-10 puan), 40 soru dört nicel kriterle (Tıbbi Doğruluk, Bilimsel Terim Uyum, Empati, Anlaşılabilirlik; toplam 0-10 puan) değerlendirildi. Aynı 85 soru tüm modellere uygulandığından, tekrarlı ölçüm non-parametrik testler (Bonferroni düzeltmeli Conover post-hoc ile Friedman testi) ve epsilon-kare etki büyüklüğü hesaplamaları uygulandı.

Bulgular: Sekiz değerlendirme kriterinin tümünde modeller arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (Friedman χ^2 : 28,77-123,57; tümünde $p<0,001$). GPT-5, Tıbbi Doğruluk (ort. 2,88±0,40) ve Yapı (ort. 2,51±0,55) kriterlerinde en yüksek performansı gösterdi; LLaMA 4 Maverick ise Tıbbi Doğruluk (ort. 1,78±0,97), Bilimsel Terim Uyum ve Tutarlılık kriterlerinde en düşük performansı gösterdi. Claude Haiku 4.5 en yüksek Güvenlik Uyarısı puanını aldı (ort. 2,58±0,75); diğer tüm modeller MS Copilot'a kıyasla anlamlı olarak daha yüksek puan aldı (tümü $p<0,001$). Anlaşılabilirlik açısından LLaMA en yüksek puanı alırken (ort. 1,88±0,34), Tıbbi Doğruluğu daha düşük olmasına rağmen, Claude en düşük puanı aldı (ort. 0,78±0,70).

Sonuç: Warfarin yönetiminde LLM performansı heterojendir ve doğruluk, güvenlik ile okunabilirlik arasında klinik açıdan anlamlı bir denge gözlenmektedir. Yüksek anlaşılabilirlik, klinik güvenilirlikle eşdeğer değildir; bazı modeller kolay anlaşılır, ancak potansiyel olarak güvensiz yanıtlar üretebilir. Bu bulgular, yüksek riskli tıbbi içeriklerde LLM kullanımında risk farkındalığına dayalı bir yaklaşımın ve sadece doğruluğa odaklanmanın ötesinde çok yönlü değerlendirmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antikoagülasyon, Büyük Dil Modelleri, Hasta Güvenliği, Warfarin, Yapay Zeka

Figure 1

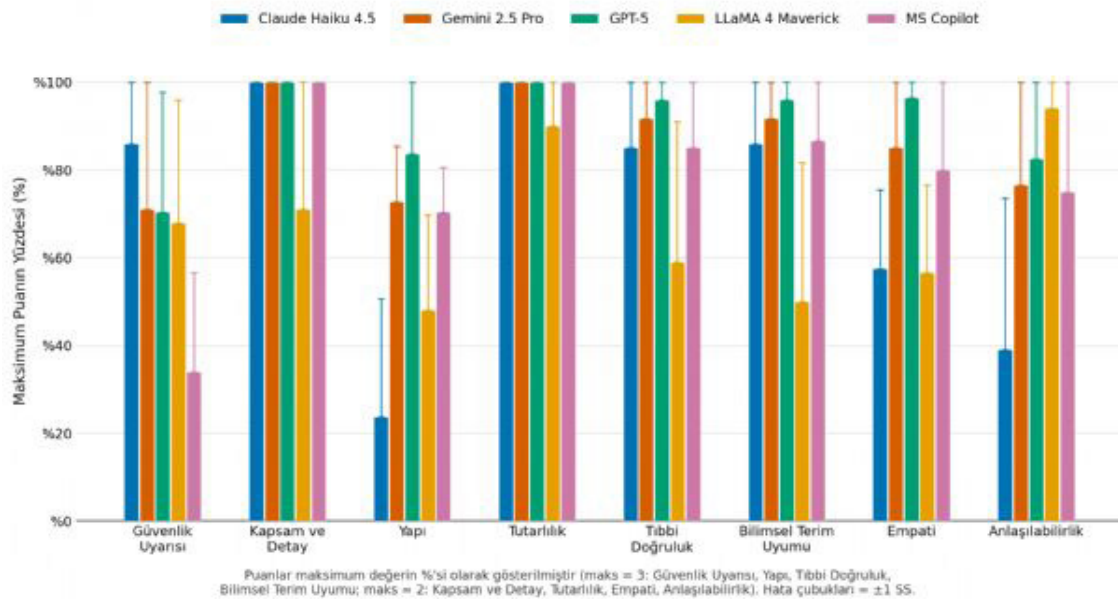


KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Figure 2



LLM Performans Karşılaştırma



[SS-128]

Triple-Negatif Meme Kanseri Neoadjuvan Kemoimmünoterapi Sırasında Gelişen Akut İnferior STEMI: Kardiyo-Onkolojide Tanı ve Yönetim Zorlukları

Zafer Kök¹, Elif Vuslat Kök²

¹Sakarya Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: İmmün kontrol noktası inhibitörlerinin (ICI), konvansiyonel sitotoksik kemoterapi ile kombine kullanımının artması, kardiyo-onkoloji pratiğinde yeni tanısal ve terapötik zorlukları beraberinde getirmiştir. İmmün ilişkili miyokardit, özellikle pembrolizumab tedavisi ile ilişkili olarak AKS taklit eden klinik ve elektrokardiyografik bulgularla ortaya çıkabilir. Bu olgu; triple-negatif meme kanseri nedeniyle neoadjuvan kemoimmünoterapi alan hastalarda immün aracılı kardiyotoksisite ile gerçek aterotrombotik miyokard enfarktüsünün ayırımındaki güçlüğü vurgulamaktadır. Doğru tanı; uygun yönetim, onkolojik tedavinin sürdürülmesi ve zamanında cerrahi için önemlidir.

Olgu: Yeni tanı triple-negatif meme kanseri (TNBC) olan 53 yaşındaki kadın hastaya neoadjuvan tedavi olarak pembrolizumab, karboplatin ve paklitaksel kombinasyonundan oluşan tedavi şeması hazırlanıyor ve başlanıyor. Tedavi protokolü, üç kürde bir uygulanan üçlü kombinasyon ve ara dönemlerde haftalık tekli uygulanan paklitaksel tedavisinden oluşmaktaydı. Tedavinin 10. küründe hastada göğüs ağrısı gelişmesi üzerine çekilen EKG'de inferior STEMI saptandı ve hasta primere alındı. RCA akut marjinal dal düzeyinde, tromboze akut plak rüptürü ile uyumlu hazy lezyon izlendi. Primer perkütan koroner girişim yalnızca balon anjiyoplasti olarak uygulanarak, stent implantasyonu yapılmadı. PCI sonrası optimal medikal tedavisi düzenlenerek takip edildi. Koroner anjiyografide belirgin trombotik lezyon saptanması, akut aterotrombotik STEMI tanısını destekledi ve immün kontrol noktası inhibitörü ilişkili miyokarditi tanısından klinik olarak uzaklaştırdı. Bu iki birbirine benzeyebilen, bazen overlap olan klinik tablonun doğru şekilde ayırımı ve yönetimi; uygun reperfüzyon stratejisinin belirlenmesi, gereksiz immünsüpresif tedaviden kaçınılması ve planlanan onkolojik tedavinin vaktinde sürdürülebilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Sonuç: Kombine kemoimmünoterapi, geniş bir spektrumda potansiyel kardiyovasküler toksisite riski taşımaktadır. Akut kardiyak olay ile başvuran hastalarda, doğru tanıya ulaşmak ve uygun yönetim stratejisini belirlemek için tüm tedavi ajanlarının olası yan etki profilleri sistematik ve hızlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Platin bazlı ajanlar endotelial disfonksiyona ve pro-trombotik bir duruma katkıda bulunarak plak instabilitesi ve akut koroner olayların gelişimini tetikleyebilir. Bununla birlikte, ICI ilişkili miyokardit nadirdir ancak potansiyel olarak mortal olabilen bir klinik tablodur ve erken tanınmalıdır. Yüksek doz kortikosteroid temelli immünsüpresif tedavinin hızlı başlanmasını gerektirir; bu yaklaşım yaşam kurtarıcı olabilir.

Kemoimmünoterapi çağında gerçek miyokard enfarktüsü ile immün aracılı kardiyotoksisitenin ayırımı, yalnızca tanısal bir zorluk değil; akut kardiyovasküler yönetim, onkolojik tedavinin devamlılığını ve uzun dönem klinik sonuçları doğrudan etkileyen zaman duyarlı bir süreçtir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyo-Onkoloji, Kemoimmünoterapi, STEMI

coronary angiography

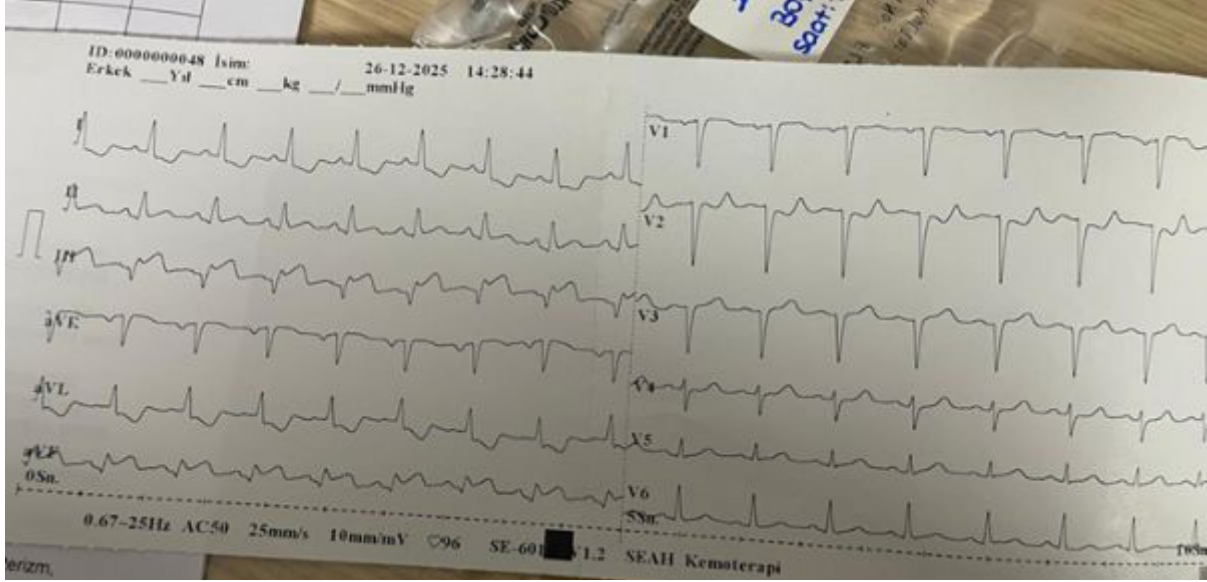


KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



ekg



Inferior STEMI



[SS-130]

Sınırdaki QRS Süresine Sahip Sol Dal Bloğunda Sol Dal Pacing ile Kardiyak Resenkronizasyon: Kılavuzların Gri Alanında Bir Olgu

Yakup Yunus Yamantürk¹, Elif Oya İlhan², Ramazan Anıl Eşki³, Başar Candemir²

¹TOBB ETÜ Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT), klasik olarak sol dal bloğu (LBBB) ve ≥ 150 ms QRS süresine sahip kalp yetersizliği hastalarında önerilmektedir. Ancak sınırdaki QRS genişliği bulunan hastalarda optimal tedavi yaklaşımı halen belirsizdir. Bu olguda, sınırdaki QRS genişliğinde LBBB ve ileri derecede sol ventrikül sistolik disfonksiyonu bulunan bir hastada sol dal pacing (LBBP) ile elde edilen klinik ve elektriksel düzelme sunulmaktadır.

Olgu: İskemik kardiyomiyopati nedeniyle takip edilen, NYHA sınıf III semptomatik kalp yetersizliği bulunan 57 yaşındaki erkek hastada LVEF %25, BNP 7592 pg/mL ve LBBB morfolojisinde 120–125 ms QRS mevcuttu. Primer korunma amacıyla ICD endikasyonu bulunan hastada, fizyolojik resenkronizasyon hedefiyle LBBP uygulanmıştır. İşlem sırasında selektif sol dal capture sağlanmış, V6 R dalga tepe zamanı 45 ms olarak ölçülmüş ve cihaz optimizasyonu sonrasında QRS süresi yaklaşık 100 ms'ye kadar daraltılmıştır.

Tartışma: Mevcut kılavuzlarda önerilen CRT kriterlerini tam karşılamayan bu olguda, iletim sistemi pacingi sayesinde fizyolojik ventriküler aktivasyon yeniden sağlanmış ve belirgin elektriksel senkronizasyon elde edilmiştir. QRS süresinin yanı sıra V6 R dalga tepe zamanı ve uyarı-QRS aralığı gibi elektrofizyolojik parametrelerin iletim sistemi yakalanmasını değerlendirmede önemli olduğu görülmüştür.

Sonuç: Sınırdaki QRS genişliğinde LBBB bulunan seçilmiş kalp yetersizliği hastalarında LBBP, klasik CRT endikasyonlarının ötesinde etkili bir fizyolojik resenkronizasyon seçeneği olabilir. Bu yaklaşım, uygun hasta seçiminde bireyselleştirilmiş elektrofizyolojik değerlendirmenin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: sol dal pacing, CRT, extreme olmayan sol dal bloğu, iskemik kardiyomiyopati, kalp yetmezliği

Figür 1



Bazal EKG (QRSd: 120-125 msn)

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Figür 2



Selektif Sol Dal Pacing Sağlanması sırasında alınan intraprosedüral kayıtlar



[SS-131]

Bozulmuş Açlık Glukozu Mevcut Olan Akut Koroner Sendrom Hastalarında Trigliseride-Glukoz İndeksinin Mortaliteyi Öngörmedeki Prognostik Değeri

Hakan Kilci, Hüseyin Dumlu

Sisli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Department of Cardiology, Istanbul, Turkey

Amaç: Bu çalışmada, Bozulmuş açlık glukozu mevcut olan akut koroner sendromlu hastalarda TyG (Trigliserid-Glikoz) indeksinin uzun dönem mortaliteyi öngörmedeki prognostik değerini ve klinik parametrelerle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

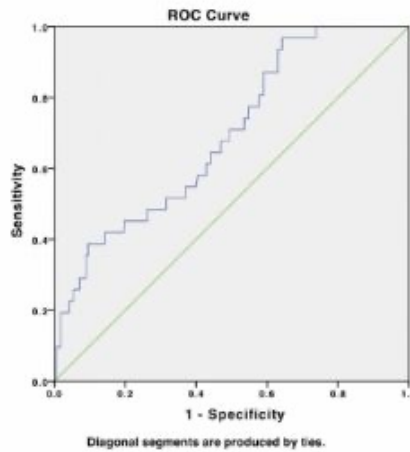
Yöntem: Çalışmaya Ocak 2023 ile Mart 2025 akut koroner sendrom ile başvuran ve perkutan koroner girişim uygulanan diyabet tanısı olmayan, HbA1c < 6,3 ve açlık glukoz değeri > 100 mg/dl olan 199 hasta dahil edildi. Hastalar TyG indeksi değerlerine göre üç gruba (tertil) ayrıldı. Klinik ve laboratuvar parametreleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Uzun dönem mortaliteyi belirlemek için lojistik regresyon analizi ve ROC eğrisi analizi kullanıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ($p=0.037$), glukoz ($p<0.001$), total kolesterol ($p<0.001$), HDL kolesterol ($p=0.001$) ve trigliserid ($p<0.001$) seviyeleri açısından anlamlı fark saptandı. TyG indeksi tertilleri ile HbA1c, kreatinin, LVEF ve CRP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Komorbiditeler (KAH, AF, HT, SVO, Aritmi) ile TyG grupları arasında anlamlı bir fark izlenmedi ($p>0.05$). Lojistik regresyon analizinde, TyG indeksi uzun dönem mortalite için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlendi (OR:17.047, 95%GA:[2.366-122.810], $p<0.006$). ROC analizi sonucunda, TyG indeksinin mortaliteyi öngörmede AUC değerinin 0.693 olduğu, 8.94 cut-off değeri ile %71 duyarlılık ve %50.6 özgüllük gösterdiği saptandı.

Sonuç: TyG indeksi, klinik olarak kolay hesaplanabilir bir parametre olup, akut koroner sendromlu hastalarda uzun dönem mortaliteyi öngörmede değerli ve bağımsız bir prediktördür. Artan TyG indeksi seviyeleri, kötü klinik prognoz ile yakından ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: acute coronary syndrome, long-term mortality, TyG index

Figure 1



Uzun dönem mortaliteyi öngörmede TyG indeksinin prediktif değerini değerlendirmek amacıyla yapılan ROC analizinde, eğri altında kalan alan (AUC) 0.693 (95% CI: 0.597–0.789) olarak saptanmıştır. TyG indeksi mortaliteyi öngörmede istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyici olarak bulunmuştur ($p=0.001$).



Table 2

Tablo 2: Uzun Dönem Mortalite İçin Univariate ve Multivariate Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Univariate OR (95% CI)	p-değeri	Multivariate OR (95% CI)	p-değeri
Yaş	1.116 (1.072–1.163)	<.001	1.227 (1.111–1.354)	<.001
Kreatinin	8.865 (3.146–24.976)	<.001	2.113 (0.621–7.189)	.231
Total Kolesterol	0.993 (0.982–1.003)	.161	0.999 (0.979–1.019)	.901
LVEF	0.950 (0.918–0.984)	.004	0.941 (0.881–1.006)	.073
TyG	4.731 (2.040–10.974)	<.001	17.047 (2.366–122.810)	.005
Cinsiyet	0.514 (0.146–1.803)	.298	0.110 (0.010–1.242)	.074
KAH	0.444 (0.203–0.974)	.043	0.630 (0.150–2.638)	.527

Uzun Dönem Mortalite İçin Univariate ve Multivariate Lojistik Regresyon Analiz

Table 1

Değişken	Grup 1 (Düşük)	Grup 2 (Orta)	Grup 3 (Yükse)	p-değeri
Yaş (yıl)	60.70 ± 13.23	61.85 ± 12.89	56.47 ± 11.55	0.037
Cinsiyet (Erkek), n (%)	53 (%80.3)	57 (%85.1)	57 (%86.4)	0.607
KAH, n (%)	23 (34.8)	18 (26.9)	18 (27.3)	0.527
HT, n (%)	28 (42.4)	35 (52.2)	28 (42.4)	0.422
AF, n (%)	1 (1.5)	0 (0.0)	3 (4.5)	0.164
KOAH, n (%)	2 (3.0)	10 (14.9)	7 (10.6)	0.062
SVO, n (%)	3 (4.5)	1 (1.5)	1 (1.5)	0.424
LVEF (%)	50.15 ± 11.28	48.26 ± 10.90	50.00 ± 11.35	0.566
Glukoz (mg/dL)	119.29 ± 12.99	122.42 ± 16.30	132.32 ± 23.30	<0.001
HbA1c (%)	5.81 ± 0.27	5.89 ± 0.27	5.90 ± 0.29	0.233
Kreatinin (mg/dL)	1.02 ± 0.28	1.20 ± 1.12	1.15 ± 0.50	0.348
Total Kolesterol (mg/dL)	167.33 ± 40.51	182.11 ± 44.48	207.47 ± 35.42	<0.001
LDL (mg/dL)	105.42 ± 38.47	118.30 ± 38.51	122.61 ± 34.42	0.068
HDL (mg/dL)	46.65 ± 14.99	38.63 ± 9.20	37.95 ± 13.91	0.001
Trigliserid (mg/dL)	83.80 ± 19.14	133.60 ± 23.85	225.86 ± 68.70	<0.001
CRP (mg/L)	22.00 ± 37.16	31.65 ± 43.79	42.94 ± 75.09	0.092
Troponin (Mean ± SD)	1121.6 ± 1684.1	1103.9 ± 1953.0	1034.4 ± 1890.6	0.960
Uzun Dönem Mortalite, n (%)	4 (%6.1)	12 (%17.9)	15 (%22.7)	0.025

TyG indeksi gruplarına göre hastaların klinik, demografik ve laboratuvar özellikleri



[SS-132]

Akut koroner sendromda kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı öngörüsü: Mehran skoruna CALLY indeksinin katkısı

Ömer Bedir

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı (Kİ-ABH), akut koroner sendrom (AKS) nedeniyle perkütan koroner girişim (PKG) sonrası sık görülen ve prognozu olumsuz etkileyen bir komplikasyondur. Mehran skoru bu durumda referans risk aracı olmakla birlikte, hastanın enflamatuvar ve nütrisyonel durumunu yalnızca dolaylı olarak yansıtmaktadır. CALLY indeksi C-reaktif protein, albümin ve lenfosit sayısını tek bir immün-nütrisyonel ölçütte birleştirir. Bu çalışmada, Mehran skoruna CALLY indeksinin eklenmesinin Kİ-ABH öngörüsüne katkı sağlayıp sağlamadığı araştırıldı.

Yöntem: Tek merkezde AKS nedeniyle PKG uygulanan ardışık 1132 hasta retrospektif olarak incelendi. Kİ-ABH, işlem sonrası 24–72 saat içinde serum kreatininde $\geq 0,3$ mg/dL veya $\geq 25\%$ artış olarak tanımlandı. Yalnız-Mehran modeli ile Mehran+CALLY modeli; DeLong testi, kategori-bağımsız net yeniden sınıflama iyileşmesi (NRI), entegre ayırım iyileşmesi (IDI) ve karar-eğrisi analizi ile karşılaştırıldı. Modelin iç geçerliliği 500-örnekli bootstrap yöntemiyle değerlendirildi.

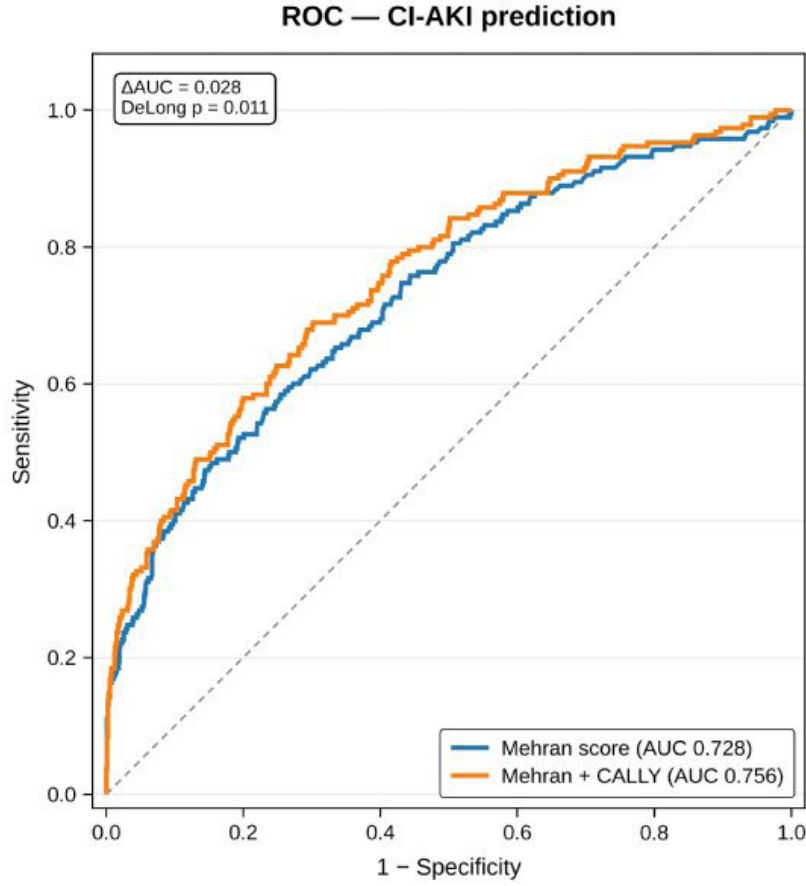
Bulgular: Çalışmaya alınan 1132 hastanın bazal demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Kİ-ABH gelişen hastalarda albümin ve CALLY değerleri daha düşük, CRP ve Mehran skoru daha yüksekti (tümü için $p < 0,001$) (Tablo 1). Kİ-ABH 190 hastada (%16,8) gelişti. Düşük CALLY değeri, Mehran skorundan bağımsız olarak Kİ-ABH'yi öngördü (her 1-SD düşüş için OR 1,66; %95 GA 1,39–1,98; $p < 0,001$). CALLY'nin eklenmesiyle c-istatistiği 0,728'den (0,686–0,770) 0,756'ya (0,717–0,796) yükseldi (ΔAUC 0,028; DeLong $p = 0,011$) (Şekil 1). Yeniden sınıflama iyileşti (sürekli NRI 0,44, $p < 0,001$; IDI 0,032, $p < 0,001$), Brier skoru azaldı (0,119→0,114) ve model yeterli kalibrasyon gösterdi (Hosmer-Lemeshow $p = 0,76$). Optimizm-düzeltilmiş c-istatistiği 0,753 idi. Karar-eğrisi analizinde Mehran+CALLY modeli, yaklaşık %5–30 eşik aralığında Mehran skoruna kıyasla daha yüksek net fayda sağladı (Şekil 2).

Sonuç: AKS nedeniyle PKG uygulanan hastalarda Mehran skoruna CALLY indeksinin eklenmesi, modelin ayırım gücünü ve yeniden sınıflama performansını sınırlı ölçüde artırmış; karar-eğrisi analizinde klinik açıdan anlamlı eşiklerde net faydayı yükseltmiştir. Rutin biyokimyasal parametrelerden kolaylıkla hesaplanabilen bu immün-nütrisyonel indeks, işlem öncesi renal risk değerlendirmesine tamamlayıcı bir bileşen olarak katkı sağlayabilir; bununla birlikte, elde edilen bulguların klinik uygulamaya aktarılabilmesi için prospektif ve çok merkezli dış geçerlilik çalışmalarıyla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: CALLY indeksi, immün-nütrisyonel durum, kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı, Mehran skoru, perkütan koroner girişim

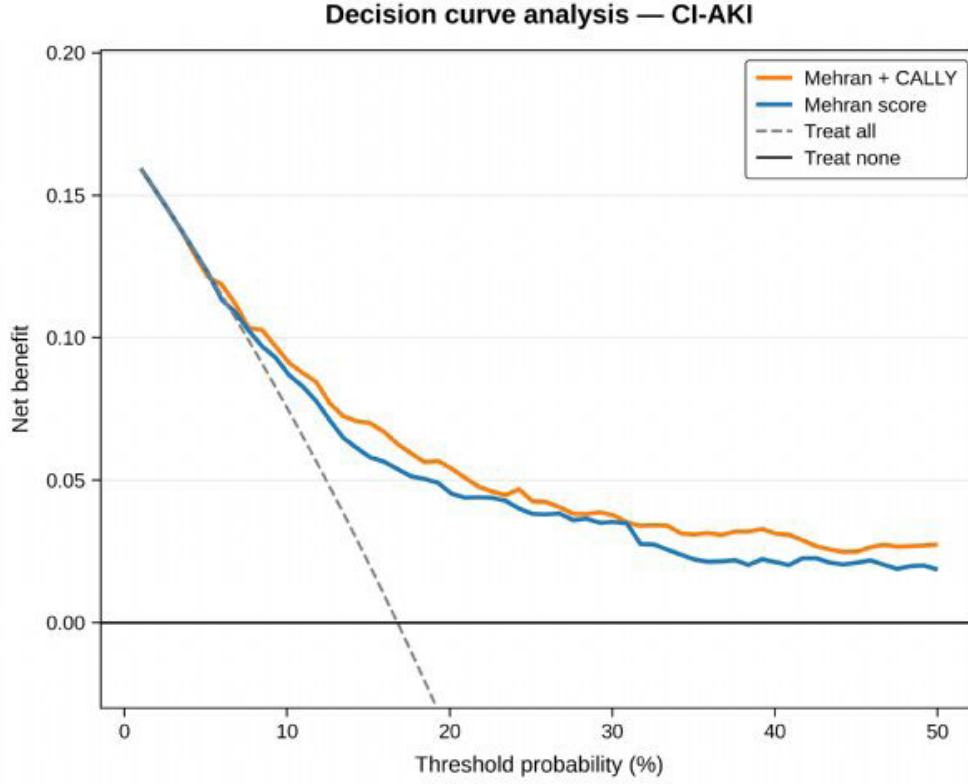


Şekil 1. Kontrastla ilişkili akut böbrek hasarının (Kİ-ABH) öngörüsünde Mehran skoru ile Mehran + CALLY modelinin alıcı işletim karakteristiği (ROC) eğrileri.



Yalnız Mehran skorunun eğri altında kalan alanı (AUC) 0,728 (%95 GA 0,686–0,770), CALLY indeksinin eklendiği modelin AUC değeri ise 0,756 (%95 GA 0,717–0,796) idi. İki modelin ayırım gücü DeLong testiyle karşılaştırıldı; CALLY indeksinin eklenmesi AUC'yi anlamlı biçimde artırdı (ΔAUC 0,028; %95 GA 0,007–0,050; $p=0,011$). Kesikli çizgi, ayırım gücü olmayan referans çizgisini göstermektedir. AUC, eğri altında kalan alan; CALLY, C-reaktif protein–albümin–lenfosit indeksi; GA, güven aralığı; Kİ-ABH, kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı; ROC, alıcı işletim karakteristiği.

Şekil 2. Kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı (Kİ-ABH) için karar eğrisi analizi.



Grafik, klinik olarak olası eşik olasılıkları boyunca Mehran skoru ile Mehran + CALLY modelinin net faydasını karşılaştırmaktadır. Referans stratejiler olarak “tümünü tedavi et” (kesikli gri çizgi) ve “hiçbirini tedavi etme” (düz siyah çizgi) gösterilmiştir. Klinik açıdan anlamlı eşik aralığında (yaklaşık %5–30), CALLY indeksinin eklendiği model Mehran skoruna kıyasla daha yüksek net fayda sağlamıştır. CALLY, C-reaktif protein–albümin–lenfosit indeksi; Kİ-ABH, kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı.

Tablo 1. Kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı (Kİ-ABH) durumuna göre bazal özellikler ve öngörü modeli

Değişken	Genel (N=1132)	Kİ-ABH- (n=942)	Kİ-ABH+ (n=190)	P değeri
Yaş, yıl	63,5 ± 11,6	63,2 ± 11,4	65,3 ± 12,1	0,028
Vücut kitle indeksi, kg/m ²	27,7 ± 4,1	27,6 ± 4,1	27,9 ± 4,2	0,378
Kadın cinsiyet	302 (26,7)	248 (26,3)	54 (28,4)	0,613
Bazal kreatinin, mg/dL	1,03 ± 0,26	1,02 ± 0,25	1,07 ± 0,31	0,051
eGFR, mL/dk/1,73 m ²	78,5 ± 20,7	79,0 ± 20,4	75,7 ± 21,9	0,054
Albümin, g/dL	4,21 ± 0,39	4,24 ± 0,39	4,05 ± 0,40	<0,001
CRP, mg/dL	0,88 (0,48-1,57)	0,79 (0,46-1,40)	1,51 (0,82-2,65)	<0,001
Lenfosit, ×10 ³ /μL	2,23 ± 0,87	2,29 ± 0,88	1,93 ± 0,79	<0,001
Nötrofil/lenfosit oranı (NLR)	3,55 ± 2,08	3,35 ± 1,72	4,54 ± 3,16	<0,001
CRP/albumin oranı (CAR)	0,20 (0,11-0,38)	0,19 (0,11-0,34)	0,37 (0,20-0,69)	<0,001
CALLY indeksi	1,01 (0,54-1,96)	1,14 (0,61-2,16)	0,54 (0,22-1,16)	<0,001
Hemoglobin, g/dL	14,1 ± 1,5	14,1 ± 1,5	13,9 ± 1,7	0,075
SVEF, %	52,4 ± 9,0	53,3 ± 8,3	47,8 ± 10,7	<0,001
Kontrast hacmi, mL	120,7 ± 37,5	119,3 ± 36,7	127,8 ± 40,4	0,008
Mehran skoru	5,4 ± 4,6	4,6 ± 3,8	9,2 ± 6,3	<0,001

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Diabetes mellitus	310 (27,4)	241 (25,6)	69 (36,3)	0,003
Hipertansiyon	716 (63,3)	590 (62,6)	126 (66,3)	0,380
Kronik böbrek hastalığı	129 (11,4)	96 (10,2)	33 (17,4)	0,007
Anemi	168 (14,8)	129 (13,7)	39 (20,5)	0,021
Konjestif kalp yetersizliği	268 (23,7)	176 (18,7)	92 (48,4)	<0,001
Hipotansiyon	80 (7,1)	31 (3,3)	49 (25,8)	<0,001
No-reflow	86 (7,6)	59 (6,3)	27 (14,2)	<0,001
Hastane-içi ölüm	28 (2,5)	13 (1,4)	15 (7,9)	<0,001
1-yıllık MACE	155 (13,7)	100 (10,6)	55 (28,9)	<0,001

Değerler ortalama $\pm$ SS, medyan (ÇAA) veya n (%) olarak verilmiştir. Kİ-ABH, işlem sonrası 24–72 saatte serum kreatininde $\geq 0,3$ mg/dL veya $\geq 25\%$ artış olarak tanımlandı. Anemi, Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre tanımlandı (hemoglobin < 13 g/dL [erkek], < 12 g/dL [kadın]). Sürekli değişkenler için Student t-testi veya Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Kısaltmalar: CALLY, C-reaktif protein–albümin–lenfosit indeksi; CAR, C-reaktif protein/albümin oranı; CRP, C-reaktif protein; ÇAA, çeyrekler arası aralık; eGFR, tahmini glomerüler filtrasyon hızı; Kİ-ABH, kontrastla ilişkili akut böbrek hasarı; MACE, majör advers kardiyak olaylar; NLR, nötrofil/lenfosit oranı; SS, standart sapma; SVEF, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu.



[SS-133]

Karpal tünel sendromu olan hastalarda olmayan hastalara göre sol ventriküler longitudinal strain değeri daha düşüktür

Fadime Koca¹, Abdullah Eren Çetin², Mustafa Lütfullah Ardıç³, Hazar Harbalıoğlu³

¹Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi

²Çukurova Devlet Hastanesi

³Adana Şehir Hastanesi

Amaç: Karpal tünel sendromu (KTS) başta kardiyak amiloidoz olmak üzere birçok restriktif kardiyak patoloji ile ilişkisi ortaya koyulmuş bir patolojidir. Özellikle kardiyak amiloidoz erken evrelerinde kardiyak siklusun diyastolik fazı etkilenmektedir. Ayrıca hastaların asemptomatik döneminde ilk etkilenen kardiyak görüntüleme modalitesi strain görüntüleme olabilmektedir. Bizde bu çalışmamızda karpal tünel sendromu ile sol ventriküler strain parametreleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya klinik olarak KTS tanısı konulmuş ve cerrahi tedavi kararı alınan 40 hasta (11 erkek, 29 kadın ve yaş ortalaması 52.1 ± 8.2 yıl) ve yaş ile cinsiyet olarak benzer 40 sağlıklı kontrol (12 erkek, 28 kadın ve yaş ortalaması 49.9 ± 7.1 yıl) alındı. Tüm hastaların bazal demografik verileri, laboratuvar değerleri ve risk faktörleri kaydedildi. Ayrıca tüm hastaların ekokardiyografik görüntüleri kaydedilerek QLAB programında sol ventriküler global longitudinal strain (LV-GLS) değerleri saptandı. Tüm veriler 2 grup arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: KTS olan hastalarda diyabet varlığı, diyastolik kan basıncı değeri, interventriküler septum kalınlığı ve NT-Pro BNP değeri belirgin olarak daha yüksek iken; LV-GLS değeri ise karpal tünel sendromu olan hastalarda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük saptanmıştır (14.8 ± 2.20 vs 17.6 ± 2.60 ; $p:0.01$).

Sonuç: Çalışmamızda KTS olan hastalarda kardiyak görüntüleme parametrelerinden LV-GLS değerlerinin KTS olmayan hastalara göre daha düşük olduğunu gösterdik. Çalışmamızın sonucuna göre özellikle KTS olan hastalarda eşlik eden restriktif kardiyak patolojiler açısından strain ekokardiyografi yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, sol ventriküler global longitudinal strain, ekokardiyografi

Tablo 1. Hasta gruplarının demografik, klinik, laboratuvar, medikasyon ve ekokardiyografik parametreleri

Değişkenler	Carpal tünel sendrom+ (n:40)	Karpal Tünel Sendrom- (n:40)	P değeri
Yaş (yıl)	52.1 ± 8.2	49.9 ± 7.1	0.364
Cinsiyet (erkek), n	11 (28%)	12 (30%)	0.623
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	30.1 ± 6.6	28.1 ± 5.6	0.321
Hipertansiyon, n (%)	10 (25%)	8 (20%)	0.125
Diabetes mellitus, n (%)	14 (35%)	7 (18%)	0.001
Koroner arter hastalığı, n (%)	6 (15%)	5 (13%)	0.265
Sigara, n (%)	10 (25%)	9 (32%)	0.467
Sistolik kan basıncı (mmHg)	127.6 ± 14.7	119.5 ± 12.1	0.145
Diastolik kan basıncı (mmHg)	89.6 ± 9.3	79 ± 8.5	0.042
Ejeksiyon fraksiyonu (%)	56.3 ± 6.20	58.1 ± 7.10	0.674
Sol atriyum çapı (mm)	38.5 ± 4.20	37.7 ± 4.60	0.457
İnterventriküler septum kalınlığı (mm)	11.8 ± 1.90	10.1 ± 1.80	0.017

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Hemoglobin (g/dl)	12.7 ± 1.80	12.9 ± 1.76	0.863
Üre (mg/dl)	32 ± 6.20	30 ± 5.80	0.457
Kreatinin (mg/dl)	0.75 ± 0.20	0.71 ± 0.18	0.752
NT-proBNP (pg/ml)	148 ± 14.70	96 ± 11.50	0.014
ACEI or ARB use, n (%)	7(18%)	6 (15%)	0.212
Calcium channel blocker use, n (%)	6 (15%)	5 (13%)	0.265
Beta- blocker use, n (%)	5 (13%)	4 (10%)	0.321
Diuretic use, n (%)	4 (10%)	3 (8%)	0.357
Sol ventrikül global longitudinal strain (%)	14.8 ± 2.20	17.6 ± 2.60	0.010



[SS-134]

Atrial fibrilasyonda muhtemel kafatası tabanı substratı olarak juguler foramenin değerlendirilmesi

Şahbender Koç

Ankara Atatürk Sanatoryum EAH

Amaç: Kafa tabanında ilerleyici, yaşa bağlı yeniden şekillenme—özellikle petro-okspital fissürün ossifikasyonu ve juguler foramenin kompartımanlaşması/septasyonu—vagus siniri ve internal juguler ven için mekanik olarak hassas bir geçiş alanı oluşturabilir. Santral venöz basıncın yükselmesi internal juguler ven çapında yaklaşık 5–6 mm artışa neden olabilir. Dar ve belirgin şekilde septalı juguler foramene sahip bireylerde, aralıklı venöz distansiyon vagus siniri içinde organotopik olarak kümelenmiş kardiyak fasiküller üzerinde odaklanmış mekanik stres oluşturabilir. Bu stres, sol atriyum ve pulmoner venlere yönelik vagal iletimi bozarak atrial fibrilasyonun patogeneze katkı yapabilir.

Atrial fibrilasyonu olan yaşlı erişkinler ile kontrol grubu arasında kraniyal bilgisayarlı tomografi ile elde edilen juguler foramen çaplarını karşılaştırmak amaçlandı.

Yöntem: Kraniyal BT kayıtları mevcut olan 60–90 yaş arası atriyal fibrilasyon tanısı (AF) olan 102 hasta ve atriyal fibrilasyonu olmayan 102 kontrol olmak üzere toplam 204 hasta çalışmaya dahil edildi. Her iki grup cinsiyete göre kadın/erkek olarak ve yaş dekadlarına göre altı alt gruba ayrıldı; her alt grupta 17 katılımcı yer aldı. Her alt grup için yaş, vücut kitle indeksi, CHA₂DS₂-VA skoru, sistolik pulmoner arter basıncı, E/e' ve sol atriyum alanı kaydedildi. Kraniyal morfolojinin karşılaştırılabilirliğini sağlamak amacıyla biparietal ve fronto-okspital çaplar ölçülerek kraniyal indeksler hesaplandı. Aksiyel ve koronal kemik pencere BT görüntüleri kullanılarak sağ ve sol juguler foramen transvers ve anteroposterior çapları ölçüldü. Gruplar arası karşılaştırmalar uygun istatistiksel analizlerle yapıldı

Bulgular: Cinsiyete göre ayırım yapılmaksızın tüm yaş katmanları değerlendirildiğinde, sağ ve sol juguler foramen çapları atriyal fibrilasyon grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha küçüktü:

- Sağ transvers çap, Tr.D_r (mm)(median -IQR): 12 (12–13) ve 11 (10–12)
 - Sağ anteroposterior çap, AP.D_r (mm) (median -IQR): 8,4 (7,9–9,0) ve 7,8 (7,0–8,2)
 - Sol transvers çap, Tr.D_l (mm) (median -IQR): 11 (10–12) ve 9 (8–10)
 - Sol anteroposterior çap, AP.D_l (mm) (median -IQR): 7,5 (7–8) ve 6,5 (6–7) (p = 0,001).
- Tr.D_r ≤11,6 mm ve Tr.D_l ≤9,8 mm eşik değerlerinde duyarlılık %71–73 ve özgüllük %79–80 s. AUC: 0,83.

Sonuç: Juguler foramen transvers çapları atriyal fibrilasyon için iyi ayırt edici parametreleri sağladı. Kraniyal BT ile elde edilen juguler foramen morfometrisi—özellikle transvers daralma—atriyal fibrilasyon yatkınlığı için pratik bir görüntüleme biyobelirteci olabilir.

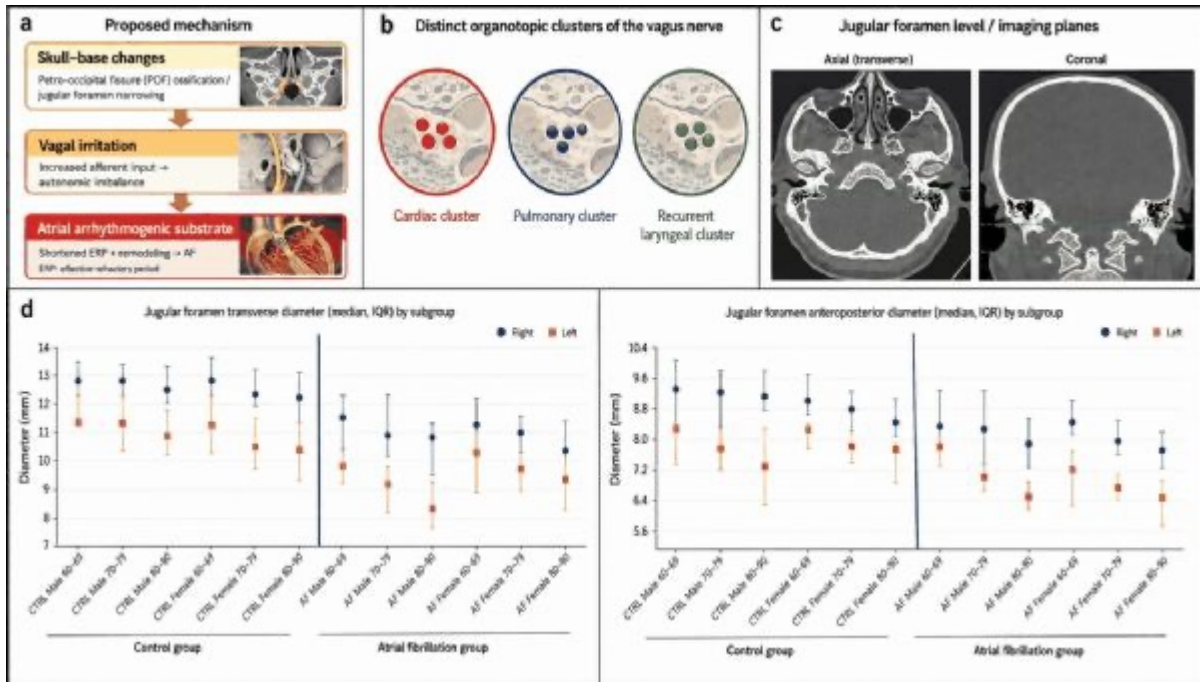
Anahtar Kelimeler: Atrial fibrilasyon, bilgisayarlı tomografi, juguler foramen, internal juguler ven, vagus siniri

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Atriyal fibrilasyonda kafa tabanı yeniden şekillenmesi, servikal vagus organotopisi ve juguler foramen morfometrisi



(a) Petro-oksipital fissür (POF) kemikleşmesi/juguler foramen daralmasından vagal irritasyona, otonomik dengesizliğe ve atriyal fibrilasyona (AF) yatkınlığı yaratabilecek önerilen patofizyolojik mekanizma. (b) Servikal vagus siniri içindeki farklı organotopik fasiküler kümelerin şematik gösterimi (kardiyak, pulmoner ve rekürren laringeal). (c) Juguler foramenin eksenel ve koronal düzlemlerde kemik penceresi kraniyal BT değerlendirmesi. (d) AF ve kontrol gruplarında yaş ve cinsiyete göre sınıflandırılmış alt gruplarda juguler foramen enine ve anteroposterior çapları (medyan, IQR).

Tablo1. 1a. Klinik ve ekokardiyografik özellikler 1b. Sağ ve sol juguler foramenlerin transvers, ön-arka mesafeleri ve kraniyal indeks.

1a.Subgroups	Age(year)	Bmi(kg/m2)	Cha2dsVa	Ef(%)	Spap(mmHg)	E/e` (mm)	La_area(cm2)
60-69 ctrl_male	65(62-67)	28(27-30)	2(1-3)	54(50-55)	28(25-30)	9(8-9)	17(16-17)
70-79 ctrl_male	75(72-78)	28(24-32)	3(2-4)	55(52-58)	30(28-35)	10(9-11)	17,4(16-17)
80-90 ctrl_male	84(83-86)	25(22-31)	3(3-4)	55(50-60)	35(28-35)	10(9-12)	17(16-17)
60-69 ctrl_female	65(63-66)	31(27-32)	2(2-3)	58(54-62)	30(28-32)	8(7-9)	17(16-17)
70-79 ctrl_female	75(72-76)	29(25-30)	3(1-4)	55(47-62)	32(28-35)	9(8-9)	17,9(16-17)
80-90 ctrl_female	86(84-86)	26(24-32)	3(2-5)	58(55-62)	35(32-40)	9(8-9)	22(16-17)
All patients	75(67-82)	29(24-32)	3(2-4)	55(52-62)	32(28-35)	9(8-10)	17(16-22)
p	0,763	0,879	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
All patients	75(66-82)	30(23-32)	4(3-5)	50(45-54)	39(38-42)	11(10-13)	23(18-24)
60-69 af_male	64(62-68)	29(27-31)	4(1-5)	50(45-52)	38(36-39)	10(10-11)	22(16-17)
70-79 af_male	75(73-78)	30(20-31)	4(2-6)	52(45-54)	40(38-42)	11(10-14)	23(16-17)
80-90 af_male	84(82-85)	30(27-31)	4(4-6)	52(45-54)	40(39-42)	12(9-14)	23(16-17)
60-69 af_female	63(62-66)	30(20-32)	3(1-5)	52(45-54)	38(37-40)	11(10-12)	23(16-17)
70-79 af_female	74(71-78)	30(22-32)	4(2-5)	52(45-54)	40(37-42)	11(9-12)	23(16-17)
80-90 af_female	85(84-87)	31(22-32)	4(4-6)	50(45-52)	40(39-42)	12(11-12)	23(22-24)
1b	Tr.D,r(mm)	Ap.D,r(mm)	Tr.D,l(mm)	Ap.D,l(mm)	BpD (mm)	FoD (mm)	Cranial Index

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



60-69 ctrl_male	12.6(12-13)	9(8-10)	11(11-12)	8(7-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
70-79 ctrl_male	12.7(12-13)	8.8(7.8-9)	11(10-12)	7.5(7-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
80-90 ctrl_male	12(12-12.9)	8.6(8.4-9)	10.5(10-11.6)	7(6-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
60-69 ctrl_female	12.6(12-13.6)	8.6(8.4-9.4)	11(10-12)	8(7.5-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
70-79 ctrl_female	12(11.8-13)	8.4(7.9-8.7)	10.2(9.6-11.2)	7.5(7-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
80-90 ctrl_female	12(10-12.7)	8.1(7.8-8.4)	10(9-11)	7.5(6.7-7.6)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
All patients	12(12-13)	8,4(7.9-9)	11(10-12)	7,5(7-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
All patients	11(10-12)	7,8(7-8.2)	9(8-10)	6,5(6-7)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
p	0.001	0,001	0,001	0,001	0,62	0,34	0,93
60-69 af_male	11.2(10-12)	8(7-9)	9.6(9-10)	7.5(7-8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
70-79 af_male	10.5(10-12)	8(7-9)	9(8-9.6)	6.8(6.5-7)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
80-90 af_male	10.6(9.1-11)	7.6(7-8)	8(7.5-9)	6.3(6-6.5)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
60-69 af_female	11(11-12)	8.5(8-8.8)	10(8,6-11)	7(6-7.5)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
70-79 af_female	11(10-11)	7.6(7.5-8.2)	9.5(8.6-10.5)	6.5(6.2-6.8)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
80-90 af_female	10(9-11)	7.4(7-7.8)	9(8-10)	6.2(5.5-6.5)	130(130-135)	174(169-175)	0.77(0.74-0.79)
Ctrl:Kontrol Ef:Ejeksiyon fraksiyonu (%) Spap:Sistolik pulmoner arter basıncı (mmHg) La:Sol atriyum (mm) Tr.D_r:Enine çap-sağ Ap.D_r:Ön- arka çap-sağ l:Sol BpD:Biparietal çap (mm) FoD:Ön- oksipital çap (mm)							



[SS-137]

Diyabetes Mellituslu Hastalarda İlaç Salınlımlı Stent Sonrası Stent İçi Restenozun Öngörülmesinde Lipid Oranlarının Karşılaştırmalı Performansı

Çağatay Önal

Özel Gazi Hastanesi, Kardiyoloji, İzmir

Amaç: İlaç salınlımlı stentlerin yaygın kullanımına rağmen stent içi restenoz (ISR), tekrarlayan miyokard iskemisinin önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Aterojenik ve antiaterojenik lipoproteinler arasındaki dengeyi yansıtan lipid oranları, geleneksel lipid parametrelerine kıyasla daha kapsamlı risk değerlendirmesi sağlayabilir. Ancak diyabetes mellituslu hastalarda farklı lipid oranlarının ISR'yi öngörmedeki karşılaştırmalı performansı yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada trigliserid/yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (TG/HDL-K), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol/yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K/HDL-K) ve non-HDL-K/HDL-K oranlarının ISR'yi öngörmedeki performanslarının karşılaştırılması amaçlandı.

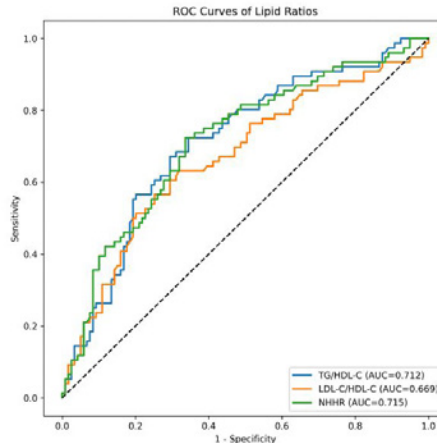
Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya daha önce ilaç salınlımlı stent implantasyonu yapılan ve ISR şüphesi nedeniyle kontrol koroner anjiyografi uygulanan ardışık diyabetes mellituslu hastalar dahil edildi. ISR, stent içinde veya stent kenarlarının 5 mm proksimal ya da distalinde $\geq 50\%$ çap darlığı olarak tanımlandı. Toplam 195 hasta, ISR saptanan 76 ve ISR saptanmayan 119 hasta olarak gruplandırıldı. Tek değişkenli analizlerin ardından üç lipid oranının ayrı ayrı değerlendirildiği çok değişkenli lojistik regresyon modelleri oluşturuldu. Modeller yaş, cinsiyet, sigara ve statin kullanımı ile stent çapı ve uzunluğuna göre düzeltildi. Ayırt edici performans ROC analiziyle değerlendirildi ve AUC değerleri DeLong testiyle karşılaştırıldı.

Bulgular: ISR grubunda trigliserid ve non-HDL-K düzeylerinin yanı sıra TG/HDL-K, LDL-K/HDL-K ve non-HDL-K/HDL-K oranlarının tümü anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca ISR gelişen hastalarda stent çapı daha düşük, stent uzunluğu ise daha yüksekti (her ikisi için $p < 0,001$). Çok değişkenli analizlerde TG/HDL-K (OR: 1,28; %95 GA: 1,08–1,53; $p = 0,004$) ve non-HDL-K/HDL-K (OR: 1,60; %95 GA: 1,15–2,23; $p = 0,005$) ISR ile bağımsız ilişkili bulunurken, LDL-K/HDL-K bağımsız anlamlılığını korumadı ($p = 0,062$). ROC analizinde non-HDL-K/HDL-K, TG/HDL-K ve LDL-K/HDL-K için AUC değerleri sırasıyla 0,715, 0,712 ve 0,669 idi. DeLong analizinde non-HDL-K/HDL-K ile TG/HDL-K benzer performans gösterirken ($p = 0,933$), non-HDL-K/HDL-K oranının ayırt edici performansı LDL-K/HDL-K'den anlamlı olarak daha yüksekti ($p = 0,030$).

Sonuç: Diyabetes mellituslu hastalarda non-HDL-K/HDL-K ve TG/HDL-K oranları, ilaç salınlımlı stent implantasyonu sonrası ISR ile bağımsız ilişkili bulundu. Non-HDL-K/HDL-K oranı en yüksek AUC değerine sahip olmakla birlikte TG/HDL-K ile benzer ayırt edici performans gösterdi ve LDL-K/HDL-K oranından anlamlı olarak daha üstün bulundu. Bu kolay hesaplanabilir lipid oranları, ISR açısından yüksek riskli diyabetik hastaların belirlenmesinde yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, lipid oranları, non-HDL-K/HDL-K oranı, stent içi restenoz, TG/HDL-K

Lipid oranlarının stent içi restenozu öngörmedeki ayırt edici performanslarının ROC eğrileri



TG/HDL-K, LDL-K/HDL-K ve non-HDL-K/HDL-K oranlarının stent içi restenozu öngörmedeki ayırt edici performanslarının karşılaştırmalı ROC eğrileri.



[SS-138]

Antitrombotik tedavi alan cerrahi hastalarda perioperatif enoksaparin köprüleme tedavisi ve kanama sonuçları

Volkan Çamkıran

Göztepe Medicalpark Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kronik oral antikoagülan ve antiplatelet tedavinin perioperatif yönetimi, tedavinin kesilmesinin tromboembolik riski artırabilmesi, düşük moleküler ağırlıklı heparin ile köprü tedavisi uygulanmasının ise kanama riskini artırabilmesi nedeniyle hâlâ zorlu bir konudur. Bu çalışmada, çeşitli cerrahi işlemlerden geçen hastalarda perioperatif enoksaparin köprü tedavisi ile postoperatif kanama sonuçları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu gözlemsel çalışmaya, ameliyat edilen 95 yetişkin hasta dahil edildi. Bunların 50'si ameliyat öncesinde kronik oral antikoagülan veya antiplatelet tedavi görüyordu ve birincil analiz kohortunu oluşturdu. Antitrombotik tedavi ameliyattan önce kesildi ve 32 hastaya perioperatif enoksaparin köprü tedavisi uygulanırken, 18 hastaya uygulanmadı. Gruplar arasında ameliyat öncesi özellikler, cerrahi prosedürler, majör kanama, kırmızı kan hücresi transfüzyonu ve ameliyat sonrası laboratuvar değerleri karşılaştırıldı. Perioperatif kırmızı kan hücresi transfüzyonu ile ilişkili faktörleri belirlemek için genel kohortta tek değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Başlangıçtaki demografik özellikler ve eşlik eden hastalıklar, köprüleme yapılan ve yapılmayan gruplar arasında benzerdi. Üç hastada majör kanama meydana geldi; bu hastaların tümü köprüleme yapılmayan gruptaydı (sırasıyla %0 ve %16,7; $p = 0,04$). Kırmızı kan hücresi transfüzyon oranları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi (%25,0 ve %22,2; $p = 0,82$). Mortalite de gruplar arasında benzerdi (sırasıyla %9,4 ve %11,1; $p = 0,99$). Ameliyat sonrası hemoglobin, trombosit sayısı, beyaz kan hücresi sayısı ve serum kreatinin düzeyleri de benzerdi. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde, yaşın artması (OR 1,03, %95 CI 1,00–1,07), erkek cinsiyet (OR 2,83, %95 CI 1,08–7,43), böbrek yetmezliği (OR 0,14, %95 CI 0,02–0,86) ve kalça cerrahisi (OR 13,14, %95 CI 1,39–124,08) perioperatif transfüzyonla ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Perioperatif enoksaparin köprü tedavisi, majör kanama, kırmızı kan hücresi transfüzyonu veya mortalitede artışla ilişkili bulunmamıştır. Ancak, kanama olaylarının sayısının azlığı, heterojen cerrahi popülasyon ve gözlemsel çalışma tasarımı, nedensel yorumlamayı önemli ölçüde sınırlamaktadır. Bu popülasyonda köprü tedavisinin güvenliğini belirlemek için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Oral antikoagulan tedavi, Enoksaparin, Köprüleme tedavisi

Tablo 1

Değişken	Enoksaparin köprü tedavisi (n = 32)	Enoksaparin köprü tedavisi uygulanmayanlar (n = 18)	p değeri
Cerrahi prosedür			
Genel Cerrahi	2 (6.3%)	1 (5.6%)	0.99
Göğüs cerrahisi	0 (0%)	2 (11.1%)	0.05
Ürolojik cerrahi	0 (0%)	1 (5.6%)	0.17
İntrakraniyal cerrahi	6 (18.8%)	3 (16.7%)	0.85
Omurga cerrahisi	12 (37.5%)	7 (38.9%)	0.92
Büyük ekstremitte kırık cerrahisi	3 (9.4%)	1 (5.6%)	0.99
Kalça cerrahisi	3 (9.4%)	1 (5.6%)	0.99

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Diğer cerrahi	6 (18.8%)	2 (11.1%)	0.69
Ameliyat sonrası laboratuvar değerleri			
Hemoglobin, g/dL	10.50 (9.53 - 2.30)	11.45 (10.75 - 13.28)	0.08
Trombosit sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$	228.500 (181.250 – 280.750)	229.000 (161.25 – 264.75)	0.65
Beyaz kan hücresi sayısı, $\times 10^3/\mu\text{L}$	9.38 (7.47 - 11.87)	9.17 (7.39 - 12.68)	0.73
Serum kreatinin, mg/dL	0.72 (0.64 -.23)	0.96 (0.71 - 1.17)	0.33
Ciddi kanama	0 (0.0%)	3 (16.7%)	0.04
Kırmızı kan hücresi transfüzyonu	8 (25.0%)	4 (22.2%)	0.82
Mortalite	3 (9.4%)	2 (11.1%)	0.99

Oral antikoagülan veya antiplatelet tedavi gören hastalarda (n = 50) perioperatif enoksaparin köprü tedavisine göre intraoperatif özelliklerin ve postoperatif sonuçların karşılaştırılması



[SS-139]

HALP Skorunun (Hemoglobin-Albümin-Lenfosit-Trombosit) Akut Pulmoner Embolili Hastalarda Hastane İçi ve Uzun Dönem Mortaliteyi Öngörmedeki Prognostik Değeri

Burak Kardeşler

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: HALP skoru (Hemoglobin $\times$ Albümin $\times$ Lenfosit / Trombosit), sistemik inflamasyon ve nütrisyonel durumu bir arada yansıtan, çeşitli malignite ve kardiyovasküler hastalıklarda prognostik değeri gösterilmiş basit bir biyobelirteçtir. Bu çalışmada, akut pulmoner emboli (PE) tanılı hastalarda başvuru anında hesaplanan HALP skorunun hastane içi ve uzun dönem mortaliteyi öngörmedeki değerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Mayıs 2019–Mart 2026 tarihleri arasında tek merkezde akut PE tanısıyla izlenen 274 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Başvuru anındaki hemoglobin, albümin, lenfosit ve trombosit değerlerinden HALP skoru [(Hemoglobin (g/L) $\times$ Albümin (g/L) $\times$ Lenfosit sayısı ($\times 10^9/L$)) / Trombosit sayısı ($\times 10^9/L$)] hesaplandı; gerekli parametrelerden en az biri eksik olan 40 hasta (%14,6) analiz dışı bırakılarak değerlendirme 234 hasta üzerinden yapıldı. HALP skorunun hastane içi mortaliteyi öngörmedeki ayırt edicilik gücü ROC eğrisi analiziyle değerlendirildi; Youden indeksine göre belirlenen optimal kesim değeri kullanılarak hastalar düşük ve yüksek HALP grubuna ayrıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare/Fisher'in kesin testi kullanıldı; $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: HALP skoru hesaplanabilen 234 hastanın medyan değeri 33,8 (IQR 17,1–51,0) idi. Hastane içi eksitus olan hastalarda HALP skoru sağkalanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (medyan 13,3'e karşı 35,6, $p < 0,001$). HALP skorunun hastane içi mortaliteyi öngörmedeki AUC değeri 0,79 olarak bulundu; Youden indeksine göre belirlenen kesim değeri 26,2 için duyarlılık %83,3, özgüllük %65,3 idi. Bu kesim değerine göre düşük HALP grubunda ($n=89$) hastane içi mortalite %15,7 iken yüksek HALP grubunda ($n=145$) %2,8 idi ($p < 0,001$); kümülatif (hastane içi + takip) mortalite de düşük HALP grubunda belirgin olarak daha yüksekti (%53,9'a karşı %19,3, $p < 0,001$). Düşük HALP grubu, yüksek HALP grubuna kıyasla anlamlı olarak daha ileri yaşta (medyan 75'e karşı 66 yıl, $p < 0,001$), daha yüksek oranda kardiyojenik şok (%12,4'e karşı %2,1, $p = 0,003$) ve entübasyon gereksinimi (%13,5'e karşı %2,8, $p = 0,003$) ile başvurmuş; CRP düzeyi daha yüksek ($p < 0,001$) ve LVEF daha düşük bulunmuştur ($p = 0,018$). Buna karşın trombolitik tedavi oranı düşük HALP grubunda daha az uygulanmıştır (%4,5'e karşı %13,8, $p = 0,026$).

Sonuç: Başvuru anında hesaplanan HALP skoru, akut PE hastalarında hastane içi ve uzun dönem mortalite ile güçlü ve tutarlı biçimde ilişkilidir; düşük HALP skoru daha ağır klinik tablo (kardiyojenik şok, entübasyon ihtiyacı, yüksek CRP) ve belirgin olarak daha kötü prognozla birliktedir. Rutin kan tetkiklerinden kolay ve düşük maliyetle hesaplanabilen bu skor, akut PE ile başvuran hastalarda ilk değerlendirme aşamasında risk sınıflamasına katkı sağlayabilecek pratik bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner emboli, HALP skoru, inflamasyon

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



tablo

Tablo — Düşük ve Yüksek HALP Gruplarının Özellikleri, Mortalite Sonuçları ve HALP Skorunun Performansı (n=234)

Değişken	Düşük HALP (n=89)	Yüksek HALP (n=145)	p
Temel Özellikler (n=234)			
Yaş (yıl), medyan	75	66	<0,001
Kadın cinsiyet, %	66,3	54,5	0,077
Koroner arter hastalığı, %	24,7	14,5	0,057
Kardiyojenik şok, %	12,4	2,1	0,003
Entübasyon, %	13,5	2,8	0,003
Trombolitik tedavi, %	4,5	13,8	0,026
RV dilatasyonu, %	61,0	49,3	0,097
CRP (mg/L), medyan	87,0	50,8	<0,001
LVEF (%), medyan	60	60	0,018
PAP (mmHg), medyan	40	35	0,064
Yatış süresi (gün), medyan	9	8	0,033
Mortalite Sonuçları			
Hastane içi mortalite, %	15,7	2,8	<0,001
Toplam mortalite (hastane içi + takip), %	53,9	19,3	<0,001
HALP Skorunun Hastane İçi Mortaliteyi Öngörmedeki Performansı			
AUC = 0,79 Optimal kesim değeri (Youden indeksi) = 26,2 Duyarlılık = %83,3 Özgüllük = %65,3			

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



[SS-140]

40 Yaş ve Altındaki Genç Erişkinlerde ST-Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsünün Klinik ve Anjiyografik Özellikleri

Yunus Emre Özbebek, Sinan Boz, İbrahim Halil Uygun
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmada, ST-segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) tanısıyla başvuran 40 yaş ve altındaki hastaların klinik, laboratuvar ve anjiyografik özellikleri ile hastane içi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntemler: Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya, Ocak 2023 ile Mayıs 2026 tarihleri arasında STEMI tanısıyla başvuran 40 yaş ve altındaki ardışık 158 hasta dahil edildi. Hastaların başlangıç özellikleri, laboratuvar parametreleri, anjiyografik ve prosedürel bulguları ile hastane içi sonuçları analiz edildi. Hastalar, işlem sonrası nihai miyokard enfarktüsünde tromboliz (TIMI) akım derecesine göre no-reflow/TIMI <3 ve TIMI 3 olmak üzere karşılaştırıldı. Nihai TIMI 3 akımı ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 37 yıl olup, %91,8'i erkekti. Sigara kullanım oranı %91,1 idi. Hastaların %62,7'sinde anterior STEMI, %20,9'unda ise çok damar hastalığı saptandı. Nihai TIMI 3 akımı hastaların %88,0'ında sağlanırken, no-reflow/TIMI <3 akım %12,0 oranında görüldü. Ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon hastaların %7,1'inde gelişti ve hastane içi mortalite oranı %0,6 idi. No-reflow/TIMI <3 akımı bulunan hastalarda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol düzeyleri daha düşüktü. Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol düzeyi, nihai TIMI 3 akımı ile bağımsız olarak ilişkili kalmaya devam etti.

Sonuç: STEMI ile başvuran 40 yaş ve altındaki hastalarda sigara kullanımı oldukça yaygın, anterior STEMI sık ve hastane içi mortalite oranı düşüktü. Bozulmuş nihai TIMI akımı hastaların %12,0'ında görüldü ve düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ile düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol düzeyleriyle ilişkiliydi.

Anahtar Kelimeler: Genç MI, No-reflow, STEMI

Şekil

40 YAŞ VE ALTINDAKİ STEMI HASTALARININ KLİNİK PROFİLİ, ANJİYOGRFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTANE İÇİ SONUÇLARI (n=158)				
1. BAŞLANGIÇ KLİNİK VE LABORATUVAR ÖZELLİKLERİ		2. ANJİYOGRFİK VE PROSEDÜREL ÖZELLİKLER		3. HASTANE İÇİ SONUÇLAR
Özellik	Genel kohort (n=158)	Özellik	Genel kohort (n=158)	Sonuç
Yaş, yıl (medyan)	37 (34-39)	İnferior ilişkili arter		Hastane içi mortalite, gün (medyan [IQR])
Erkek cinsiyet, n (%)	145 (91,8)	• LAD	99 (62,7)	3 (2-4)
SVEF, % (medyan)	48 (40-53,23)	• LCx	23 (14,6)	VT/VF, n (%)
Sigara kullanımı, n (%)	144 (91,1)	• RCA	36 (22,8)	11/155 (7,1)
Hipertansiyon, n (%)	29 (18,4)	STEMI lokalizasyonu		Hastane içi mortalite, n (%)
Diabetes mellitus, n (%)	18 (11,4)	• Anterior	99 (62,7)	1/157 (0,6)
Dislipidemi, n (%)	24 (15,2)	• Inferior	49 (31,0)	
Ailede KAH öyküsü, n (%)	36 (22,8)	• Lateral	8 (5,1)	
Laboratuvar (medyan [IQR] veya ortalama ± SD)		• Posterior	2 (1,3)	
Hemoglobin, g/dL	15,3 (14,2-16,1)	Multivessel hastalık, n (%)	33 (20,9)	
Lökosit, x10 ⁹ /L	14,13 ± 4,20	Akım ve işlem özellikleri		
Nötrofil, x10 ⁹ /L	10,35 (7,73-12,81)	• Final TIMI 3 akım, n (%)	139 (88,0)	
Lanosit, x10 ⁹ /L	2,23 (1,64-3,04)	• No-reflow / TIMI <3, n (%)	19 (12,0)	
Trombosit, x10 ⁹ /L	270 (227-313,5)	• Stent implantasyonu, n (%)	148 (93,7)	
Glukoz, mg/dL	107 (93-129)	• Trombus aspirasyonu, n (%)	11 (7,0)	
Kreatinin, mg/dL	0,87 (0,73-0,99)	• GP IIb/IIIa inhibitörü kullanımı, n (%)	65 (41,1)	
LDH, U/L	352 (233-680,5)			
Albümün, g/L	41,6 ± 5,5			
CRP, mg/L	3,51 (2,25-10,63)			
Total kolesterol, mg/dL	188,1 ± 43,4			
LDL-K, mg/dL	130,0 ± 38,9			
HDL-K, mg/dL	36 (32-41)			
Trigliserid, mg/dL	130 (82,5-214,5)			
4. NİHAİ TIMI AKIMINA GÖRE KARŞILAŞTIRMA		5. NİHAİ TIMI 3 AKIMI İÇİN ÇOK DEĞİŞKENLİ LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ		
Değişken (medyan [IQR])	No-reflow / TIMI <3 (n=19)	TIMI 3 akım (n=139)	p değeri	
SVEF, %	42,0 (40,0-50,0)	50,0 (40,0-55,0)	0,046	Değişken
LDH, U/L	559,0 (270,25-940,75)	346,0 (223,5-653,0)	0,070	OR
LDL-K, mg/dL	115,5 (79,0-130,0)	130,0 (107,75-158,0)	0,021	%95 GA
CRP, mg/L	2,96 (2,42-11,50)	3,54 (2,24-9,75)	0,831	p değeri
Trigliserid, mg/dL	110,0 (71,0-154,0)	138,0 (84,0-220,25)	0,199	
Glukoz, mg/dL	103,5 (92,75-123,0)	108,0 (93,5-128,0)	0,469	
Değerler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Değişkenlere göre eşik ve nöbetle hasta sayıları verilmiştir.				
Kazalmanın KAH koroner arter hastalığı; CRP: C-reaktif protein; HDL-K: yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol; LDL-K: düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol; LDH: laktat dehidrogenaz; SVEF: sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu; TIMI: Trombolizinde Miyokard Enfarktüsü; VT/VF: ventriküler taşikardi/ventriküler fibrilasyon.				
Hesaplanan OR, ortalama ± SD veya n (%) olarak sunulmuştur.				

40 yaş ve altındaki STEMI hastalarının klinik profili ve hastane içi sonuçları.

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Tablo 1.

Sonuç	Genel kohort
Hastanede yatış süresi, gün	3 (2–4)
VT/VF, n (%)	11/155 (7,1)
Hastane içi mortalite, n (%)	1/157 (0,6)



[SS-141]

Anjiyo Laboratuvarında Anestezinin Yeri: Bir Yıllık Retrospektif Değerlendirme

Şahin Yılmaz

Dr. Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, anjiyo işlemleri sırasında anestezi yönetiminin rolünü değerlendirmektir. Çalışma, sedasyon ve genel anestezinin farklı girişimsel işlemlerdeki dağılımını incelemektedir.

Yöntem: Mart 2024 - Şubat 2025 tarihleri arasında hastanemiz anjiyo laboratuvarlarında gerçekleştirilen 535 girişimsel işlem retrospektif olarak incelenmiş, anestezi yöntemleri işlem türü ve hasta özelliklerine göre sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Toplam 535 işlemin %28,25'i (n=151) entübasyon gerektirirken, %71,75'i (n=384) sedasyonla yönetilmiştir. İşlem türlerine göre dağılım incelendiğinde; 136 atriyal septal defekt (ASD) kapama vakasının %98,5'i (n=134) sedasyonla, %1,5'i (n=2) entübasyonla gerçekleştirilmiştir. Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI) uygulanan 129 hastanın %93'ü (n=120) sedasyonla, %7'si (n=9) entübasyonla işleme alınmıştır. Ablasyon işlemlerinde ise, 111 hastanın %49,5'i (n=55) entübe, %50,5'i (n=56) sedasyonla yönetilmiştir. Patent foramen ovale (PFO) kapama yapılan 67 hastanın tamamı (%100) sedasyonla, torasik endovasküler aort tamiri (TEVAR, n=34), endovasküler aort tamiri (EVAR, n=25), mitral balon valvüloplasti (n=12), paravalvüler kaçak (PVL, n=7) ve atriyal apendiks kapama (n=7) işlemlerinin tamamı entübasyonla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, patent duktus arteriosus (PDA, n=5) ve aort koarktasyonu (n=2) vakalarının tümü sedasyonla yapılmıştır.

Sonuç: Bu bulgular, anestezi yönetiminin işlem türüne, hasta özelliklerine ve klinik duruma göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Anestezi stratejilerinin kişiye özel belirlenmesi, hasta güvenliğini artırarak iyileşme sürelerini kısaltmaktadır. Girişimsel kardiyoloji alanının gelişmesiyle birlikte invaziv işlemlerin sıklığı artmakta; dolayısıyla sedasyon, anestezi ve işlem öncesi değerlendirme konularında kapsamlı bilgi ve deneyim, kardiyovasküler bakım süreçlerinin kritik bir bileşeni haline gelmektedir. Bu bulguları doğrulamak ve anestezi protokollerini geliştirmek için daha büyük kohortlarla ileriye yönelik prospektif çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anjiyografi laboratuvarı, anestezi, sedasyon, girişimsel kardiyoloji, yapısal kalp hastalıkları

Tablo 1. Anjiyografi Laboratuvarında Gerçekleştirilen İşlemlerin Türlerine ve Anestezi Yönetimine Göre Dağılımı

İŞLEM TÜRÜ	TOPLAM VAKA	SEDASYONLA YÖNETİLEN	SEDASYON ORANI	ENTÜBASYONLA YÖNETİLEN	ENTÜBASYON ORANI
ASD KAPAMA	136	134	98.5%	2	1.5%
TAVİ	129	120	93%	9	7%
ABLASYON	111	56	50.5%	55	49.5%
PFO KAPAMA	67	67	100%	0	0%
TEVAR	34	0	0%	34	100%
EVAR	25	0	0%	25	100%
MİTRAL BALON VALVULOPLASTİ	12	0	0%	12	100%
PVL KAPAMA	7	0	0%	7	100%
ATRIAL APPENDİKS KAPAMA	7	0	0%	7	100%
PDA KAPAMA	5	5	100%	0	0%
AORT KOARKTASYONU	2	2	100%	0	0%
TOPLAM	535	384	71.75%	151	28.25%

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



POSTER BİLDİRİLER



[P-06]

Aort'un Taraf Sectiği An: Kronik Diseksiyondan Akut Enfarkta

Mücahit Aker, Muhammed Cihat Çelik, Mücahit Yetim, Lütfü Bekar, Macit Kalçık, Yusuf Karavelioğlu
Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Aort diseksiyonu, aort-intima tabakasında yırtılma sonucu kanın media tabakasına ilerleyerek gerçek ve yalancı lümen oluşturduğu, yüksek mortaliteye sahip bir klinik tablodur. Tip B diseksiyonlar, sol subklavian arter distalinden başlayan ve genellikle abdominal aortu da içeren formlardır. Akut diseksiyonlar daha dramatik seyirli olsa da, kronik tip B diseksiyonlar uzun süre sessiz kalabilir ve embolik komplikasyonlarla başvurabilir. Bu olguda, kronik tip B aort diseksiyonu zemininde gelişmiş sol renal arter perfüzyon bozukluğu ve renal enfarkt tablosu sunulmaktadır

OLGU SUNUMU: 54 yaş erkek hasta, 3 gündür olan ve yaklaşık 4–5 saat önce şiddeti artan sol yan ve sırt ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Bilinen hastalığı, ilaç kullanımı veya travma öyküsü yoktu. Fizik muayene bulgularında TA: 145/85 mmHg nabız: 92/dk, ritmik ateş: 36.9°C idi. Batında kitle veya belirgin hassasiyet saptanmadı. Laboratuvar bulgularında Kreatinin: 1.8 mg/dl, GFR: 42 mL/dk/1.73m² Lökosit: 11.500 /µL CRP: 168 mg/L belirgin yüksek bulundu

Abdominal BT anjiyografi ile aort seviyesinde sol subklavian arter distalinden başlayıp infrarenal düzeye kadar uzanan diseksiyon hattı saptandı. Gerçek lümen sağ renal arteri perfüze ederken, yalancı lümen sol renal artere kontrast geçişinin olmadığı izlendi. Sol böbrekte kontrast tutulumu kaybolmuş olup perfüzyon defekti mevcuttu.

Bu bulgular sol renal enfarkt ile uyumlu değerlendirildi. EKG: NSR EKO: LV EF % 60 minimal mitral yetmelik olarak raporlandı. Hasta hemodinamik olarak stabildi, ancak böbrek fonksiyon bozulması ve inflamatuvar yanıt nedeniyle acil cerrahi müdahale endikasyonu kondu. Hasta KVC kliniğine aortik onarım ve olası endovasküler girişim planı ile devredildi.

Tartışma: Kronik tip B aort diseksiyonları uzun süre asemptomatik seyredebilmekle birlikte, zaman içerisinde organ malperfüzyonu, anevrizmatik genişleme ve tromboembolik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Renal malperfüzyon, tip B diseksiyonun nadir ancak klinik açıdan önemli komplikasyonlarından biridir. Bizim olgumuzda sol renal arterin yalancı lümeninden köken alması nedeniyle sol böbrek perfüzyonu bozulmuş ve renal enfarkt gelişmiştir. Buna karşın sağ renal arterin gerçek lümeninden beslenmesi nedeniyle sağ böbrek perfüzyonu korunmuştur.

Renal enfarkt çoğu zaman nonspesifik flank ağrısı, inflamatuvar belirteçlerde yükselme ve böbrek fonksiyon bozukluğu ile başvurduğundan tanıda gecikmelere neden olabilmektedir. Bu nedenle açıklanamayan yan ağrısı ve kreatinin yüksekliği bulunan hastalarda aortik patolojiler ayırıcı tanıda düşünülmelidir. BT anjiyografi, diseksiyonun yayılımını ve organ perfüzyonunu göstermede temel görüntüleme yöntemidir. Olgumuzda da tanı BT anjiyografi ile konulmuştur. Renal perfüzyon kaybı ve böbrek fonksiyonlarında bozulma saptanması nedeniyle hasta cerrahi değerlendirmeye yönlendirilmiştir. Bu olgu, kronik tip B aort diseksiyonunun renal enfarkt ile prezante olabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

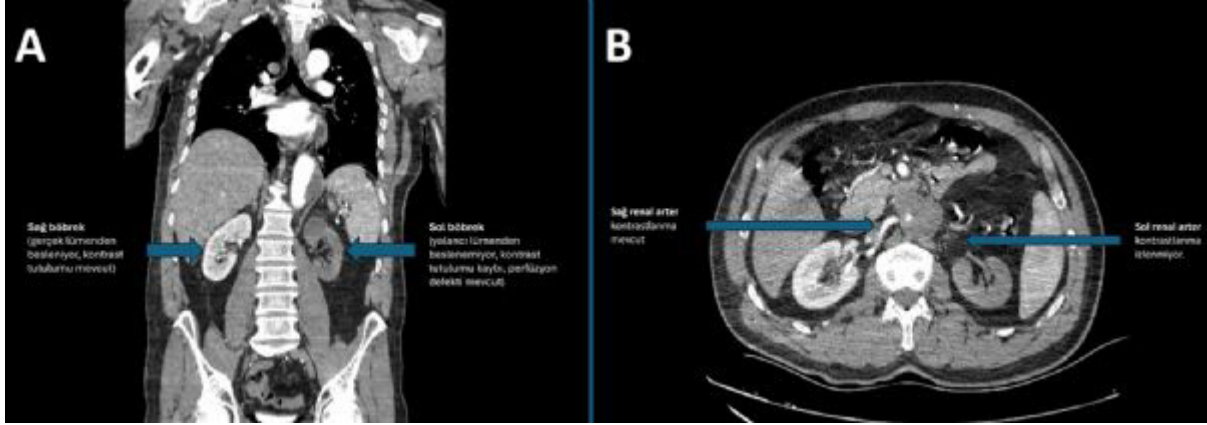
Anahtar Kelimeler: Aort diseksiyonu, BT anjiyografi, Kronik tip B aort diseksiyonu, Renal enfarkt

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.

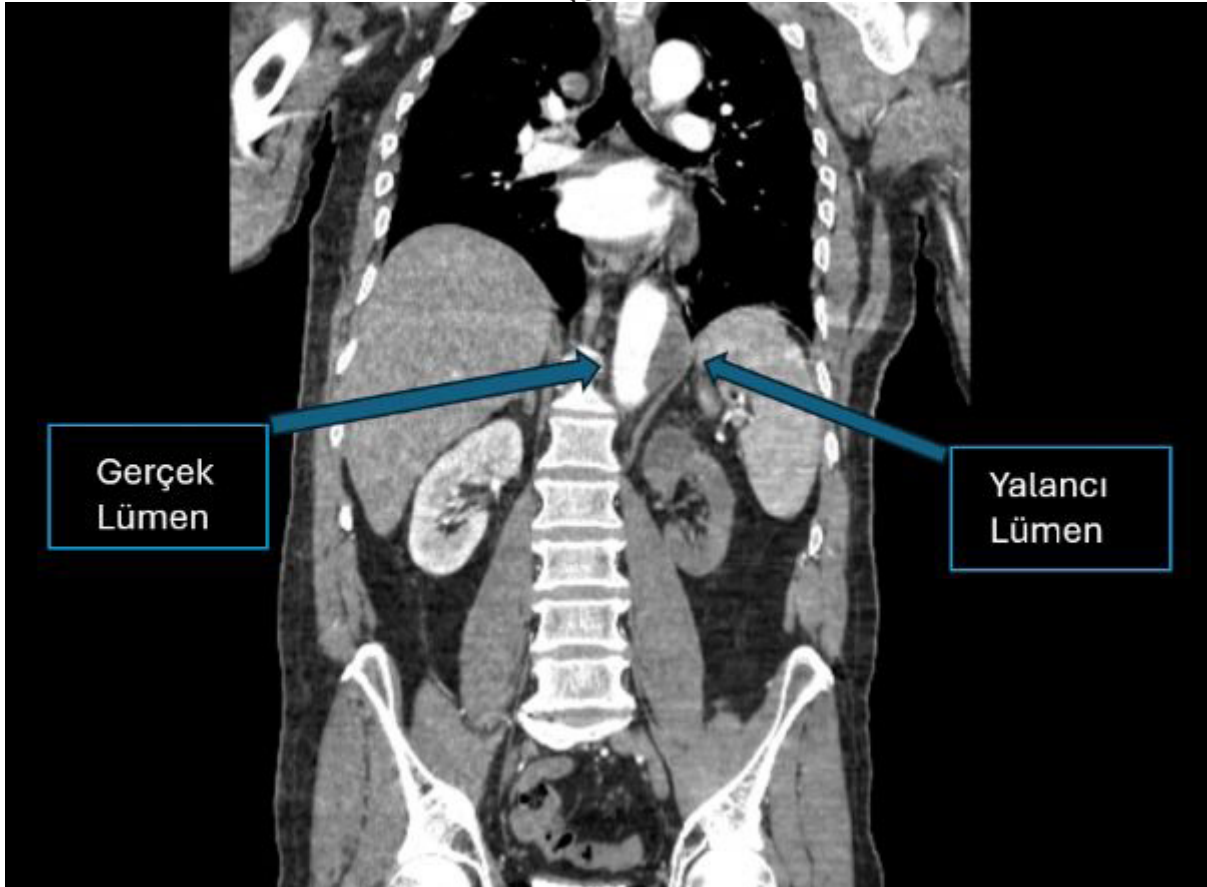


Şekil 1



Şekil 1. (A) Sağ böbrekte korunmuş kontrastlanma, sol böbrekte ise belirgin kontrast tutulumu kaybı ve perfüzyon defekti izlenmektedir. (B) Sağ renal arterde kontrastlanma mevcutken sol renal arterde kontrast geçişi izlenmemektedir. Bulgular sol renal malperfüzyon ve renal enfarkt ile uyumludur.

Şekil 2



BT anjiyografide desendan torakoabdominal aort boyunca uzanan diseksiyon hattı ile ayrılan gerçek lümen ve yalancı lümen görülmektedir.



[P-07]

Antegrad Başarısız İnfrapopliteal CTO'da Kontrast-Guided Retrograd Tibiopedal Rekanalizasyon: Kritik Bacak İskemisi Olgusu

Harun Recep Narçiçeği, Mustafa Necati Dağlı, Erkan Çeçen, Alperen Öztürk
Fırat Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

Kritik bacak iskemisi (CLI), periferik arter hastalığının en ileri klinik formu olup istirahat ağrısı, doku kaybı veya iyileşmeyen ülser ile karakterizedir. İnfrapopliteal arterlerin kronik total oklüzyonları (CTO), endovasküler tedavi sırasında teknik olarak zorlayıcı lezyonlar arasında yer almaktadır.

Antegrad yaklaşım ile lezyon geçişinin sağlanamadığı durumlarda retrograd pedal/tibiopedal yaklaşım, revaskülarizasyon için etkili bir alternatif teknik olarak kullanılmaktadır. Bu olguda, antegrad yaklaşım ile geçilemeyen anterior tibial arter (ATA) kronik total oklüzyonunda, ultrason bulunmayan bir merkezde kontrast rehberliğinde gerçekleştirilen retrograd tibiopedal ponksiyon tekniği ile başarılı revaskülarizasyon sağlanan bir kritik bacak iskemisi olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Yapılan periferik anjiyografide sağ anterior tibial arter (ATA) proksimal segmentinde kronik total oklüzyon (CTO) saptandı. Başlangıçta femoral arterden antegrad yaklaşım ile lezyonun geçilmesi planlandı. Ancak 0.014 inç ve 0.018 inç kılavuz teller ile yapılan tüm girişimlere rağmen total oklüde segment geçilemedi. Bunun üzerine retrograd tibiopedal yaklaşım planlandı. Ponksiyonun ultrason eşliğinde yapılması planlanmasına rağmen kateter laboratuvarımızda ultrason imkânı bulunmadığından işlem kontrast rehberliğinde gerçekleştirildi. Anjiyografik görüntüleme ile anterior tibial arter (ATA) ve posterior tibial arter akımı değerlendirilerek distal ponksiyon için uygun hedef damar belirlendi. ATA akımının korunmuş olduğu gösterilerek floroskopi rehberliğinde distal hedef damar lokalize edildi. Ayak dorsal yüzünden 21-gauge mikropunktur iğnesi ile ponksiyon gerçekleştirildi ve ardından 6F sheath yerleştirildi. 0.018 inç periferik kılavuz tel kullanılarak anterior tibial arterden popliteal artere doğru retrograd geçiş sağlandı ve tel antegrad kateter lümenine yönlendirilerek tip-in tekniği ile antegrad sisteme alındı. Mikrokateter yardımıyla tel değişimi yapılarak işlem antegrad sistem üzerinden devam ettirildi. Total oklüde segmente önce 3.0 × 60 mm balon ile predilatasyon, ardından 5.0 × 120 mm balon ile perkütan transluminal anjiyoplasti (PTA) uygulanarak tam lümen açıklığı ve antegrad akım sağlandı.

Sonuç: Koroner girişimlerde, retrograd yaklaşımın CTO olan birçok hastada anterograd yaklaşımdan daha iyi veya daha az zaman gerektirdiği kanıtlanmıştır. Benzer şekilde, transpedal yaklaşım, hem diz altı hem de diz üstü girişimlerde alt ekstremité revaskülarizasyonunda benzer üstünlük sonuçları sağlayabilir. Kontrast rehberliğinde pedal ponksiyon, ultrason bulunmayan merkezlerde uygulanabilecek uzuv kurtarıcı alternatif bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kritik bacak iskemisi, tibiopedal yaklaşım, retrograd pedal girişim, infrapopliteal arter, anterior tibial arter



Şekil 1



Kronik total oklüde anterior tibial arter

Şekil 2



Floroskopi rehberliğinde distal hedef damar lokalizasyonu



P-08]

İyatrojenik Sol Ana Koroner Arter Diseksiyonu, Deforme LAD Stenti ve Stent Altında Hapsolmuş Kılavuz Tel: Başarılı Kurtarma PCI Olgusu

Erkan Çeçen, Mustafa Necati Dağlı, Harun Recep Narçığeği, Alperen Öztürk
Fırat Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

Giriş: Perkütan koroner girişim(PCI) sırasında gelişen sol ana koroner arter (LMCA) diseksiyonu ve kılavuz tel hapsolması nadir ancak hayati tehdit eden komplikasyonlardır. Bu tür durumlarda hızla akımın sağlanması ve diseksiyonun kapatılması hayati önemdedir.

Olgu: Dış merkezde akut ST elevasyonlu Myokard Enfarktüsü(STEMI) ile yapılan PCI sonrası LMCA ostiumundan aortaya uzanan 0,014" floppy guidewire tel ve Sol İnven Anakoroner arter (LAD)'de deforme stent nedeniyle 65 yaşında erkek hasta merkezimize sevk edildi. Başvuruda şiddetli göğüs ağrısı ve hemodinamik instabilite mevcuttu. Anjiyografide LAD ostiumundan Diagonal 1. Dal (D1) distalına kadar yaklaşık yüzde doksan tromboze ve deforme stent ile distal LMCA'da tip C diseksiyon izlendi. Lezyon PT2 tel ile geçildi, kademeli balon predilatasyon sonrası distal LMCA'ya uzanacak şekilde ilaç kaplı stent implantasyonu yapıldı ve proksimal optimizasyon tekniği (POT) uygulandı. Stent altında kalan tel snare ile çıkarılmaya çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Hemodinamik stabilite sağlandığından kalp-damar cerrahisi konseyi sonrası telin yerinde bırakılmasına karar verildi.

Sonuç: LMCA diseksiyonunda öncelik akımın hızla sağlanmasıdır. Stent altında hapsolmuş tel, hemodinamik stabil hastalarda ve akım kısıtlılığı yoksa konservatif olarak izlenebilir

Anahtar Kelimeler: İyatrojenik sol ana koroner arter diseksiyonu, Kılavuz tel hapsolması Stent deformasyonu, Perkütan koroner girişim komplikasyonu, Kurtarma PCI

Şekil 1



LMCA ostiumundan aortaya uzanan 0,014" floppy tel



[P-12]

Dasatinib'e Bağlı Pulmoner Arteriyal Hipertansiyon: Bir Olgu Sunumu

Ömer Faruk Şimşek, Remzi Sarıkaya, Ömer Kümet
Van Bölge EAH, Kardiyoloji Ana Bilim dalı, VAN

Amaç: Pulmoner arteriyal hipertansiyon (PAH), kronik myeloid lösemi (KML) tedavisinde kullanılan tirozin kinaz inhibitörü dasatinibe bağlı gelişebilen, nadir fakat ciddi bir komplikasyondur. Bu olgu sunumunda; astım yanlışı tanısıyla iki yıl gecikmeli olarak tanı konulmuş, dasatinibe bağlı PAH gelişen 52 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır.

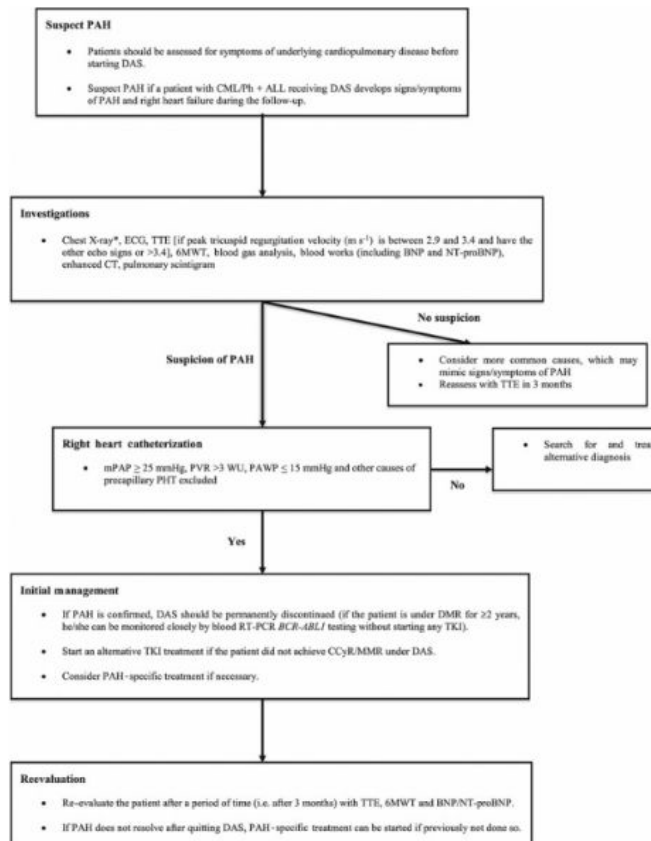
Yöntem: Ekokardiyografi, sağ kalp kateterizasyonu ve vazoreaktivite testi ile prekapiller PAH tanısı doğrulandı. Dasatinib kesilerek nilotinibe geçildi; PAH spesifik tedavi olarak bosentan ve riociguat kombinasyonu başlandı.

Bulgular: Altı aylık takipte 6 dakika yürüme mesafesi 290 m'den 410 m'ye yükseldi, NT-proBNP 940 pg/mL'den 205 pg/mL'ye geriledi, pulmoner arter sistolik basıncı 65 mmHg'den 48 mmHg'ye düştü ve fonksiyonel kapasite WHO sınıf 3'ten sınıf 2'ye geriledi.

Sonuç: Dasatinib kullanan KML hastalarında yeni başlangıçlı dispne PAH açısından araştırılmalı; sağ kalp kateterizasyonu altın standart tanı yöntemi olarak uygulanmalıdır. Erken tanı ve kombinasyon tedavisiyle anlamlı klinik iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner arteriyal hipertansiyon, dasatinib, tirozin kinaz inhibitörü, kronik myeloid lösemi, sağ kalp kateterizasyonu

DASATİNİB KULLANAN HASTALARDA PAH ALGORİTMASI



Dasatinib kullanan hastalarda PAH yönetim algoritması

KARDİYOVASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



Apikal 4 boşluk görünümü. RV dilatasyonu ve sağ kalp yüklenmesi belir

TEDAVİ YANITI ZAMAN SERİSİ

Parametre	Başlangıç	3. ay	6. ay	Değişim
6DYT Mesafesi (m)	290	330	410	↑ %41
NT-proBNP (pg/mL)	94065	540	205	↓ %78
PASB (mmHg)	65	60	48	↓ %26
WHO Fonksiyonel Sınıf	III	II-III	II	↑ 1 sınıf

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026 Elexus Hotel, K.K.T.C.



[P-13]

Ailevi Ani Kardiyak Ölüm Öyküsüyle Başvuran Asemptomatik Proband: Uzun QT Sendromu Ön Tanısının Ardında Patolojik RYR2 Varyantı (c.1069G>A, p.Gly357Ser) ile Maskelenen Katekolaminerjik Polimorfik Ventriküler Taşikardi

Ömer Faruk Şimşek, Ahmet Ferhat Kaya
Van Bölge EAH, Kardiyoloji Ana Bilim dalı, VAN

Amaç: Ailede iki açıklanamayan ani kardiyak ölüm öyküsü bulunan asemptomatik bir probandda kaskad genetik tarama yoluyla KPVT tanısının konulmasını ve UQTS ile KPVT arasındaki klinik örtüşmenin doğurduğu tanısal tuzağı vurgulamak.

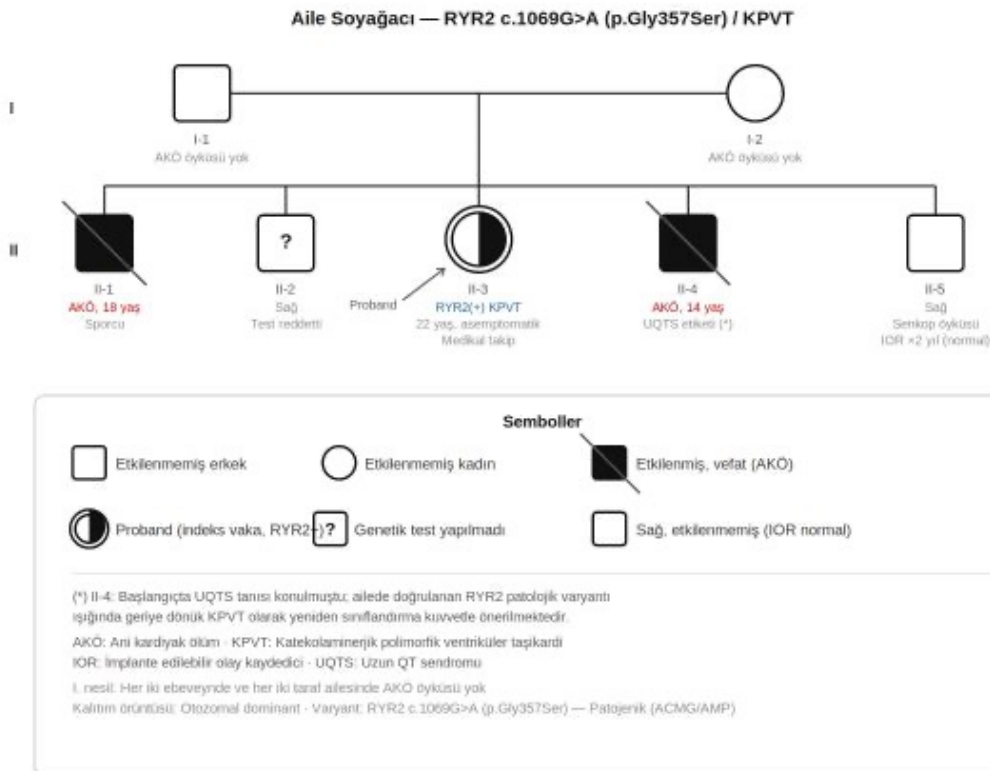
Yöntem: Yirmi iki yaşında asemptomatik kadın hasta; istirahat EKG'si, ekokardiyografi, kardiyak MRG, 3 günlük Holter monitörizasyonu ve efor testi ile değerlendirildi. Kapsamlı kardiyak genetik panel testi (ACMG/AMP kriterlerine göre) uygulandı. Hasta 2022 ESC Ventriküler Aritmi Kılavuzu doğrultusunda multidisipliner konseyde tartışıldı.

Bulgular: Tüm yapısal ve fonksiyonel kardiyak incelemeler normaldi (QTc: 384 ms, EF: %60, MRG'de fibrozis yok). Genetik test, RYR2 geninde heterozigot patolojik varyant saptadı: c.1069G>A (p.Gly357Ser) — ACMG/AMP: Patojenik. Ailede daha önce UQTS etiketi taşıyan kardeşin tanısı KPVT olarak yeniden sınıflandırıldı. Konsey kararıyla ICD endikasyonu bulunmadı; non-selektif beta-bloker tedavisi ve yaşam tarzı kısıtlaması planlandı.

Sonuç: Bu olgu; semptom yokluğunun yüksek riskli ailelerde genetik değerlendirme gereksinimini ortadan kaldırmadığını, KPVT'nin UQTS olarak yanlış tanınabileceğini ve asemptomatik taşıyıcılarda profilaktik ICD yerine kılavuz temelli medikal tedavinin esas alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: ani kardiyak ölüm, genetik tarama, katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi, kanalopati, RYR2

AİLE SOYAĞACI





[P-14]

Tip 1 Ailevi Hiperkolesterolemide Beklenmedik Bir Bulgu: LDLR c.2100C>G Varyantı ve Rekürren Perikardiyal Efüzyon

Ömer Faruk Şimşek, Ahmet Ferhat Kaya
Van Bölge EAH, Kardiyoloji Ana Bilim dalı, VAN

Amaç: Genetik olarak doğrulanmış heterozigot ailevi hiperkolesterolemi (LDLR c.2100C>G, p.Asp700Glu) ile rekürren perikardiyal efüzyonun nadir birlikteliğini sunmak ve bu ilişkinin klinik önemini vurgulamak.

Yöntem: Otuz dokuz yaşında asemptomatik kadın hasta; istirahat EKG'si, ekokardiyografi ve seri ekokardiyografik izlem ile değerlendirildi. NGS tabanlı LDLR tüm gen dizi analizi uygulandı; Hollanda Lipid Klinik Ağı (DLKN) skoru hesaplandı. Perikardiyal efüzyon yönetiminde ESC 2015 Perikardit Kılavuzu, lipit düşürücü tedavide ESC/EAS 2019 Kılavuzu esas alındı. Bulgular: DLKN skoru 13 puan ile kesin AH tanısı doğrulandı. Ekokardiyografide hemodinamik baskı oluşturmayan minimal perikardiyal efüzyon saptandı; efüzyon 18 aylık süreçte rekürren seyir izleyerek atorvastatin, ibuprofen ve kolşisin kombinasyonu ile tam rezolüsyona ulaştı. Tüm izlem boyunca kardiyak tamponad gelişmedi.

Sonuç: Bu olgu, açıklanamayan perikardiyal efüzyonun belirgin hiperkolesterolemisi olan hastalarda lipit ilişkili bir patolojinin göstergesi olabileceğini ortaya koymaktadır. Klasik fizik muayene bulgularının yokluğu AH tanısını dışlamaz; DLKN skoru ve genetik analiz tamamlayıcı tanı araçları olarak kullanılmalıdır. Kılavuza uygun kombinasyon tedavisi ile uzun vadede olumlu klinik sonuç elde edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ailevi hiperkolesterolemi, kaskad genetik tarama, LDL kolesterol, LDLR, perikardiyal efüzyon

KARDİYOYASKÜLER AKADEMİ KONGRESİ

16-20 EYLÜL 2026
Elexus Hotel, K.K.T.C.