

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

BİLİMSEL PROGRAM

GENH
KONGRE

KARDİYOVASKÜLER
AKADEMİ DERNEĞİ

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

9 HAZİRAN 2022, PERŞEMBE

13:30-14:50	PULMONER HİPERTANSİYONA NASIL BAŞLADIK NERDEYİZ? Oturum Başkanları: ÖMER KOZAN, OKTAY ERGENE 13:30-13:50 Pulmoner hipertansiyon tarihi gelişimi CİHANGİR KAYMAZ 13:50-14:10 Ülkemizde Pulmoner Hipertansiyon ve köşe başı çalışmalar SERDAR KÜÇÜKOĞLU 14:10-14:30 Dünya Pulmoner Hipertansiyon Kongresi nerden nereye geldi 1975 Cenevre, 1998 Evian, 2003 Venedik, 2008 Dana Point, 2013 Nice, 2018 Nice, 2024 7. Sempozyum MEHMET AKBULUT 14:30-14:50 İlk Pulmoner Hipertansiyon vakamdan bugüne  MERAL KAYIKÇIOĞLU
14:50-15:30	KAHVE ARASI 
15:30-16:00	PULMONER HİPERTANSİYONUN PATOLOJİSİ VE PATOBİYOLOJİSİ Başkan: OMAÇ TÜFEKÇIOĞLU PAH patolojisi FUNDA DERMİRAĞ 
16:00-16:30	GENETİK VE GENOMİKS Başkan: CİHANGİR KAYMAZ Pulmoner hipertansiyon genetiği ve genomu  ASLI TOYLU 
16:30-16:45	KAHVE ARASI 
16:45-18:15	SÖZLÜ BİLDİRİLER Başkan: NİHAN ÇAĞLAR 16:45-16:55 SS-01 Pulmoner Pulse Transit Time ve Diyastolik Fonksiyonlarla İlişkisi İPEK BÜBER 16:55-17:05 SS-02 Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonda Periferik Venoarteriyel Karbondioksit Basınç Farkının Klinik Durum ile İlişkisi ANIL ŞAHİN 17:05-17:15 SS-03 Pulmonary Hypertension Classification Based on Machine Learning Using Standart Chest X-Ray: ATA Artificial Intelligence Study-1 TARIK KIVRAK 17:15-17:25 SS-04 Bağ Doku Hastalığına Bağlı Pulmoner Hipertansiyonda Kombine Tedaviyle Gelen Dramatik Düzelmeye EMİN KOYUN 17:25-17:35 SS-05 Pulmoner Hipertansiyon Araştırılan Bir Olguda İzole Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi ZEYNEP ULUTAŞ 17:35-17:45 SS-06 Uyarıcı Madde Kullanımı Sonrası Gelişen Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon Olgusu ELİF İLKAY YÜCE 17:45-17:55 SS-07 Ciddi Pulmoner Hipertansiyon İle Komplike Olmuş Kronik Konstriktif Perikardit Vakası SAADET DEMİRTAŞ İNCİ 17:55-18:05 SS-08 Pulmoner hipertansiyonla prezente nadir bir vaka: Raghib Defekti SAADET AVUNDUK 18:05-18:15 SS-09 Karaciğer Transplantasyon Adayı Hastalarında Pulmoner Hipertansiyon Sıklığı ve Portopulmoner Hipertansiyonun Değerlendirilmesi ÖMER BEDİR

PAH AKADEMİ


PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

10 HAZİRAN 2022, CUMA

07:30-09:00	KURS: SAĞ VENTRİKÜLÜN VE PULMONER FİZYOLOJİNİN EKOKARDİYOĞRAFİK DEĞERLENDİRMESİ OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU	
09:00-10:00	SAĞ VENTRİKÜL FONKSİYONU VE PULMONER DOLAŞIM FİZYOLOJİSİ Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: ÖMER KOZAN 09:00-09:15 MR ile sağ ventrikül ve pulmoner vasküler değerlendirme  MEHTAP YENİ 09:15-09:30 RV-PA coupling EMRAH ERDOĞAN 09:30-09:45 Egzersiz ile pulmoner vasküler yanıt ÇAĞLAR EMRE ÇAĞLIYAN 09:45-10:00 SFT, DLCO ve kan gazları AYŞEGÜL KARALEZLİ	
10:00-10:30	KAHVE ARASI ☕	
10:30-11:00	JANSSEN UYDU SEMPOZYUMU Teoriden Gerçek Yaşama UPTRAVI Ötürüm Başkanı: Mehmet Akbulut Konuşmacılar: Dilek Çiçek Yılmaz, Emrah Erdoğan	
11:00-12:00	PULMONER HİPERTANSİYONDA HEMODİNAMİK TANIMLAMA VE KLİNİK KLASİFİKASYON Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: SERDAR KÜÇÜKOĞLU 11:00-11:15 Hemodinamik sınıflama ve tanı gruplandırması MEHMET KAPLAN 11:15-11:30 Sağ Kalp Kateteri MEHMET BURAK ÖZEN 11:30-11:45 PH tanı algoritmasında AHMET ÖZ 11:45-12:00 Fenotipik sınıflandırma ile fizyopatolojinin uymadığı durumlar  İBRAHİM BAŞARICI	
12:00-13:00	ÖĞLE YEMEĞİ 🍽️	
13:00-14:00	GRUP I PULMONER HİPERTANSİYON-1 Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: MESUT DEMİR 13:00-13:15 İdiopatik, herediter ve ilaca bağlı PH  RAMAZAN GÜNDÜZ 13:15-13:30 Bağ dokusu hastalıkları ile ilişkili PH NIHAN ÇAĞLAR 13:30-13:45 Porto-pulmoner hipertansiyon ÇAĞLAR EMRE ÇAĞLIYAN 13:45-14:00 HIV ve pulmoner hipertansiyon  CENGİZ ŞABANOĞLU	

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

10 HAZİRAN 2022, CUMA

14:00-14:30	PHARMACTIVE UYDU SEMPOZYUMU MASİTERA ile Biriktirilecek Anıların Dahası Moderatör: Murat Meriç Konuşmacı: Mert Evlice	
14:30-15:30	GRUP I PULMONER HİPERTANSİYON-2 Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: DİLEK ÇİÇEK YILMAZ 14:30-14:45 Vazoreaktivite hastalar ALİ KARAGÖZ 14:45-15:00 Venoklüzif hastalıklar HİLAL ERKEN PAMUKÇU 15:00-15:15 Risk stratifikasyonu MURAT MERİÇ 15:15-15:30 Grup I'de medikal tedavi OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU	
15:30-16:00	KAHVE ARASI ☕	
16:00-16:30	BAYER UYDU SEMPOZYUMU PAHMAN Talks: PAH hastalarınızda Adempas'la daha iyisi mümkün Panelistler: Çağlar Emre Çağlıyan, Ümit Yaşar Sinan, Burçak Kılıçkiran Avcı Olgu Sunumu: Mehmet Kaplan	
16:30-17:30	PULMONER HİPERTANSİYON Önemli 10 kritik noktada-12 slayt  Başkan: HAKAN ALTAY 16:30-16:45 Yeni tedavi yolları ÖZLEM YILDIRIMTÜRK 16:45-17:00 HFpEF'de pulmoner hipertansiyon BERKAY EKİCİ 17:00-17:15 HFpEF'de tedavide yenilikleri EMRE DEMİR 17:15-17:30 Grupların biraz değiştirsek ne olabilir? ÜMIT YAŞAR SİNAN	
17:30-18:15	GRUP V PULMONER HİPERTANSİYON Başkan: BERKAY EKİCİ 17:30-17:45 Kronik hemolitik anemiler ve miyeloproliferatif HAKKI ŞİMŞEK 17:45-18:00 Histiositoz ve sarkoidoz ilişkili PH TARIK KIVRAK 18:00-18:15 Gauche, glikojen depo hastalıkları ve nörofibromatozis ilişkili PH AYCAN FAHRİ ERKAN	

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

11 HAZİRAN 2022, CUMARTESİ

09:00-10:15	GRUP IV PULMONER HİPERTANSİYON Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: CİHANGİR KAYMAZ	
	09:00-09:15 BPA; endikasyon, teknik ve hileleri BAHRI AKDENİZ	
	09:15-09:30 Endarterektomi; pulmonerarter anatomisi ve tekniği ÜMİT KERVAN	
	09:30-09:45 Endarterektomi; Endikasyonu ve kısa-uzun vade sonuçları TANKUT AKAY	
	09:45-10:00 KTEP vs KTEH HİLAL ERKEN PAMUKÇU	
	10:00-10:15 KTEP'te zor vakalar GÖKÇEN ORHAN	
10:15-10:45	BAYER UYDU SEMPOZYUMU PAHMAN Talks: KTEPH Aklımda Panelistler: Gökçen Orhan, Tankut Akay, Ersan Atahan Olgu Sunumu: Özlem Yıldırım Türk	
10:45-11:00	KAHVE ARASI ☕	
11:00-12:00	GRUP III PULMONER HİPERTANSİYON Önemli 10 kritik noktada 12 slayt Başkan: Bülent MUTLU	
	11:00-11:20 KOAH ve pulmoner hipertansiyon  AYSU SİNEM KOÇ	
	11:20-11:40 İPF ve pulmoner hipertansiyon EVRİM EYLEM AKPINAR	
	11:40-12:00 Uyku Apnesi ve pulmoner hipertansiyon ŞILAN IŞIK	
12:00-13:00	ÖĞLE YEMEĞİ 🍽️	
13:00-14:30	YETİŞKİN KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI-1 Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: İBRAHİM HALİL KURT	
	13:00-13:15 Şant lezyonları (ASD, VSD, PDA, AV ortak kanal) SELVİ ÖZTAŞ	
	13:15-13:30 LVOT obstrüksiyonu, Koarktasyon ve aortapatiler ANIL ŞAHİN	
	13:30-13:45 RVOT obstrüksiyonu ve Ebstein anomalisi REMZİ SARIKAYA	
	13:45-14:00 TOF HAKAN GÜNEŞ	
	14:00-14:15 TGA ve cTGA  ÖZGÜR KIRBAŞ	
	14:15-14:30 Tek ventrikül ve Fontan operasyonu MEHMET ARSLAN	

PAH AKADEMİ




PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

11 HAZİRAN 2022, CUMARTESİ

14:30-15:00	JANSSEN UYDU SEMPOZYUMU PAH Tedavisinde Opsumit ile Optimal Verim – Dünya ve Türkiye Verileri Oturum Başkanı: Bahri Akdeniz Konuşmacı Hekim: Cihangir Kaymaz	
15:00-15:15	KAHVE ARASI ☕	
15:15 - 16:30	YETİŞKİN KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI-2 Önemli 10 kritik noktada-12 slayt Başkan: BÜLENT MUTLU 15:15-15:30 Anemi MUSTAFA OĞUZ 15:30-15:45 Aritmi MESUT DEMİR 15:45-16:00 Kalp yetmezliği ERSAN OFLAR 16:00-16:15 Gebelik ve kontrasepsiyon ERSAN OFLAR 16:15-16:30 Pulmoner hipertansiyon tedavisi ve aşılama MUSTAFA OĞUZ	
16:30-17:00	DEVA UYDU SEMPOZYUMU PAH'da Kombinasyon Tedavilerinde Ambrisentan Moderatör: Omaç Tüfekçioğlu Konuşmacılar: Hakkı Şimşek	
17:00 - 19:00	YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN PULMONER HİPERTANSİYON Başkan: OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU 17:00-17:10 Sağ kalp ve pulmoner dolaşım anatomi ve fizyolojisi OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU 17:10-17:20 EKO, CT, V/Q Akciğer sintigrafisi OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU 17:20-17:30 SFT, DLCO, 6-MWT, kan gazları AYŞEGÜL KARALEZLİ 17:30-17:40 Sağ kalp Kateteri TARIK KIVRAK 17:40-17:50 Hemodinamik ve klinik sınıflama BERKAY EKİCİ 17:50-18:00 Pulmoner hipertansiyon tanı algoritması BERKAY EKİCİ 18:00-18:10 Seraphin, Ambition, Griphon, OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU 18:10-18:20 Düşük risk hastada tedavi ÜMİT YAŞAR SINAN 18:20-18:30 Yüksek risk hastada tedavi ÜMİT YAŞAR SINAN 18:30-18:40 Şant lezyonlu pulmoner hipertansiyon tedavisi SELVİ ÖZTAŞ 18:40-18:50 Şant lezyonlu hastalarda pulmoner hipertansiyon SELVİ ÖZTAŞ 18:50-19:00 Bir pulmoner hipertansiyon ilacı nasıl anlatılır OMAÇ TÜFEKÇİOĞLU	

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

12 HAZİRAN 2022, PAZAR

08:00-09:00	ECMO KURSU ÜMİT KERVAN & SİNAN SABİT KOCABEYOĞLU
09:00-09:15	KAHVE ARASI ☕
09:15-10:15	TECRÜBESİ OLMAYANLAR İÇİN LVAD KURSU ÜMİT KERVAN & SİNAN SABİT KOCABEYOĞLU
10:15-10:30	KAHVE ARASI ☕
10:30-11:45	EVRE IV HASTA Başkan: MEHDİ ZOGHI 10:30-10:45 Akut sağ ventrikül yetmezliği 📺 İBRAHİM HALİL İNANÇ 10:45-11:00 Pulmoner hipertansiyon hastasında sağ ventrikül yetmezliği DİLEK ÇİÇEK YILMAZ 11:00-11:15 Evre IV hasta karaciğer ve böbrek komplikasyonları HAKKI KAYA 11:15-11:30 Son dönem hastada IV tedaviler SERDAL BAŞTUĞ 11:30-11:45 Pulmoner hipertansiyonda akciğer nakli BEDRETTİN YILDIZELİ
11:45-12:15	BU TOPLANTI NE ÖĞRETTİ TARIK KIVRAK
	KAPANIŞ





SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01 PULMONER PULSE TRANSIT TIME VE DİYASTOLİK FONKSİYONLARLA İLİŞKİSİ

İpek Büber¹, Saadet Avunduk²

¹Pamukkale Üniversitesi, Kardiyoloji A.D., Denizli

²Denizli devlet hastanesi

Amaç: Pulmoner nabız geçiş süresi (pPTT), nabız dalgasının sağ ventrikül çıkış yolundan sol atriyuma (SA) yayılması için gereken süreyi gösteren, pulmoner hipertansiyonun yeni bir belirteçidir, ancak pPTT sol atriyuma olan uzanımı gösterdiği için SA ve diyastolik fonksiyonlardan da etkilenebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada pPTT ile SA ve diyastolik fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Prospektif olarak tasarlanmış bu çalışmaya yüz elli altı hasta dahil edildi. Kapsamlı ekokardiyografik değerlendirme yapıldı ve diyastolik SA fonksiyonları değerlendirildi. pPTT, elektrokardiyogramda R dalgasının başlangıcından pulmoner venlerdeki S dalgasının zirvesine kadar geçen süre olarak kaydedildi.

Bulgular: SA toplam atım hacmi, pasif atım hacmi değerleri, SA maks alanı, SAV maks ve sol atriyal hacim indeksi (SAVi) değerleri ile pPTT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulduk. ($r=0.263^{**}$ $p=0.003$, $r=0.240^{**}$ $p=0.007$, $r=0.339^{**}$ $p<0.001$, $r=0.307^{**}$ $p<0.001$ $r=0.199^{*}$, $p=0.024$, SA toplam atım hacmi, pasif atım hacmi, SA max alanı, SAV max, SAVi). Kalp hızı (KH) ve SAVi, pPTT'nin bağımsız öngörücüleri olarak saptandı (hazard oranı (HR): -2.290 $p<0.001$, %95 CI: -3.274 - 1.306, HR:0.461, P=0.028, %95 CI:0.050-0.873, sırasıyla KH ve SAVi)

Sonuç: SAVi ve KH, pulmoner hipertansiyon varlığından bağımsız olarak pPTT'yi etkileyen parametreler içindedir. pPTT değerlendirilirken bu parametrenin kalp hızı bağımlı olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: pulmoner nabız geçiş süresi, kalp hızı, sol atriyal volum indeksi

pPTT ile Sol atriyal ve diyastolik fonksiyonlar arasındaki korelasyon

değişkenler	r/p value
e/e' ratio	-.052/.528
MPI	-.193 [*] /.026
LA total stroke volume	.263 ^{**} /.003
LA active stroke volume	.079/.378
LA passive stroke volume	.240 ^{**} /.007
LA active emptying fraction	-.016/.857
LA passive emptying fraction	.146/.103
LA expansion index	.057/.524
LA maximum area	.339 ^{**} /.000
LA minimum area	.153/.076
LA precontraction area	.213 [*] /.013
LA maximum volume	.307 ^{**} /.000
LA minimum volume	.087/.327
LA precontraction volume	.161/.069
LAVI maximum	.199 [*] /.024
LAVI minimum	-.017/.859
LAVI precontraction	.036/.696
MPI; Myocardial performance index, LA; Left atrium, LAVI; Left atrial volume index *p value is less than 0.05 **p value is less than 0.001	

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

pPTT üzerine etkili faktörlerin multivariate linear regresyon analizi

model 1	faktörler	HR	Standardized Beta	p value	95% CI for HR lower bound	upper bound
	Heart rate, bpm	-2.290	-.467	.000*	-3.274	-1.306
	LA volume, mL	.461	.102	.028*	.050	.873
	Deceleration time, msec	-.222	-.153	.183	-.550	.106
model 2	Heart rate, bpm	-1.968	-.407	.000*	-3.011	-.925
	LAVI, mL/m ²	-.658	-.102	.552	-2.848	1.532
	Deceleration time, msec	-.248	-.142	.186	-.618	.122
	LVESV, mL	.485	.101	.307	-.452	1.422
	Stroke volume, mL	.511	.175	.087	-.076	1.098
	LA total stroke volume, mL	.427	.138	.416	-.611	1.465
	e/e' ratio	-1.295	-.049	.611	-6.339	3.748
LA; Left atrium, LAVI; Left atrial volume index, LVESV; Left ventricular end-systolic volume, HR; Hazard ratio, CI; Confidence interval, *p value is less than 0.05						

PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

SS-02 PULMONER ARTERİYEL HIPERTANSİYONDA PERİFERİK VENOARTERİYEL KARBONDİOKSİT BASINÇ FARKININ KLİNİK DURUM İLE İLİŞKİSİ

Anıl Şahin, İdris Buğra Çerik

Cumhuriyet Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

GİRİŞ VE Amaç: Günümüzde pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) olan hastaların takibinde klinik risk durumlarını belirlemek amacıyla kullanılan skorlama sistemleri mevcuttur. Ancak bu hastaların klinik durumunu belirlemenin yanında tedavi yönetimini de şekillendirebilecek altın standart bir değerlendirme yöntemi yoktur. Doku perfüzyonunda düşüşe neden olan sistemik veya pulmoner patolojilerde veno-arteriyel karbondioksit basınç farkında (ΔpCO_2) artış olduğu bilinmektedir. Pulmoner arteriyel hipertansiyon sürecinde özellikle ileri evrelerde perfüzyonda bozukluklar izlenmektedir. Bu nedenle biz de bu çalışmamızda PAH'da, hastaların kan gazı parametreleri ile prognostik faktörler ve fonksiyonel kapasiteleri arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Kasım 2021 – Ocak 2022 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kardiyoloji polikliniğinde takipli 30 PAH hastasının değerlendirilmesinde rutin parametrelere ek olarak hastalardan periferik arteriyel ve venöz kan gazı örnekleri alındı. Hastaların fonksiyonel kapasitelerine göre prognostik belirteçler ve kan gazı örnekleri kıyaslandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan New York Heart Association (NYHA) fonksiyonel kapasitelerine göre sınıflandırıldığında 2 hasta FS-I, 20 hasta FS-II, 7 hasta FS-III ve 1 hasta FS-IV idi. Fonksiyonel sınıflarına göre NYHA I-II ve NYHA III-IV olarak iki gruba kategorize edilen hastaların ortalama ΔpCO_2 değerleri sırasıyla 4.6 ± 2.5 mmHg ve 7.8 ± 3.0 mmHg olarak bulundu, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0.008$). Hastaların 2 grupta klinik ve laboratuvar verilerinin karşılaştırması Tablo 1'de detaylı olarak gösterildi. Ayrıca tüm hasta grubunda ΔpCO_2 ile NYHA sınıfı ($r:0.518$, $p:0.003$) ve NT-proBNP ($r:0.494$, $p:0.006$) arasında pozitif, 6 dakika yürüme mesafesi ($r:-0.364$, $p:0.048$) arasında negatif korelasyon izlendi.

TARTIŞMA VE Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre PAH'da prognoz ile ilişkilendirilen ve kötüleşen klinik durumu gösteren belirteçler ile ΔpCO_2 arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Bu sonuçlar klinik durumun belirlenmesinde basit kan gazı örneklemeleri ile objektif sonuçlar alınabileceğini düşündürmektedir. Ancak ΔpCO_2 'nin klinik sonuçlarla ilişkisinin nasıl olacağı ve hastanede yatış gerektirecek semptomatik hastalardaki yeri belirsizliğini korumaktadır. Bu konuda yapılacak prospektif takip çalışmaları ile prognoz üzerindeki öngördürücülüğü değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner hipertansiyon, karbonmonoksit, fonksiyonel kapasite

NYHA Sınıflarına Göre Hastaların Klinik ve Laboratuvar Verilerinin Karşılaştırılması

	NYHA I – II (n:22)	NYHA III – IV (n:8)	p Value
sPAP (mmHg)	58.5±25.9	77.7±17.3	0.063
TAPSE (mm)	19.6±3.0	15.4±2.6	0.02
RA Alanı (cm ²)	18.5±2.2	20.5±3.5	0.153
Bikarbonat (mEq/L)	25.1±4.7	31.5±8.2	0.012
pCO ₂ Ven (mmHg)	41.8±5.8	47.6±6.9	0.030
pCO ₂ Arter (mmHg)	37.2±4.3	39.7±4.8	0.187
Delta pCO ₂ (mmHg)	4.6±2.5	7.8±3.0	0.008
Laktat (mmol/L)	1.1±0.5	1.5±0.6	0.036
NTproBNP (pg/ml)	459 (21-3578)	2963 (421-6478)	0.018
6 DYM (metre)	318±105	177±75	0.002
BORG Skor	12.3±2.6	14.8±2.7	0.032
Hematokrit (%)	41.4±4.2	48.3±10.0	0.096
Senkop	0	1	0.351

SS-03 PULMONARY HYPERTENSION CLASSIFICATION BASED ON MACHINE LEARNING USING STANDART CHEST X-RAY: ATA ARTIFICIAL INTELLIGENCE STUDY-1

Tarik Kivrak

Firat Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

ATA AI INVESTIGATORS: Hasan Güngör, Cem Utku Yeşilkaya, Ufuk İyigün, Sefa Erdi Ömür

Aycan Fahri Ercan, Ahmet Öz, Çağrı Yayla, Mehmet Kış, Sena Sert Şekerci, Çiğdem İleri Doğan, Berkay Ekici, Dilek Çiçek Yılmaz, Emrah Yeşil, Ali Nail Kaya, Türker Tuncer, Sengül Doğan

Zeynep Ulutas, Burcu Yağmur, Mehtap Yeni, Mehmet Kaplan, Nurcan Kırıcı Berber, Anıl Şahin, Bedrettin Yıldızeli, Fatih Poyraz, Ahmet Çelik, Özkan Karaca, Elif İlkay Yüce, Erdem Kaya

Hakkı Şimşek, Ümit Yaşar Sinan, Gamze Yeter Aslan, Derya Kocakaya, Hidayet Ozan Arabacı, Ömer Işık, Mehmet Ali Gelen, Mehdi Zoghi, Ömer Kozan, Nihan Turhan Çağlar, Hakan Güneş, Mustafa Yenerçağ, Özge Özden, Bahar Tekin Tak, Seda Tan, Burçak Kılıçkırın Avcı, Mehmet Ali Kobat, Mehmet Akbulut, Ayça Gümüşdağ, Hatice Solmaz, Nihan Kahya Eren, Rengin Çetin Güvenç

Mehmet Mustafa Can, Ömer Kümet, Remzi Sarıkaya, Umut Kocabas, Hakkı Kaya, Tuncay Güzel, Begüm Uygur, Ertuğrul Okuyan, Erdal İn, Çağlar Emre Çağlayan, Hilal Erken, Aykun Hakgör

Taner Şeker

An accurate diagnosis of pulmonary hypertension (PH) is crucial to ensure that patients receive timely treatment. One of the used imaging models to detect pulmonary hypertension is the X-ray. Therefore, a new automated PH type classification model has been presented to depict the separation ability of deep learning for PH types. We retrospectively enrolled 6642 images of patients with PH and the control group. A new X-ray image dataset was collected from a multicenter in this work. A transfer learning-based image classification model has been presented in classifying PH types. Our proposed model was applied to the collected dataset, and this dataset contains six categories (five PH and a non-PH). The presented deep feature engineering (computer vision) model attained 86.14% accuracy on this dataset. According to the extracted ROC curve, the average area under the curve rate has been calculated at 0.945. Therefore, we believe that our proposed model can easily separate PH and non-PH X-ray images.

Anahtar Kelimeler: Machine Learning, Pulmonary Hypertension, Chest X-Ray

Figure 1

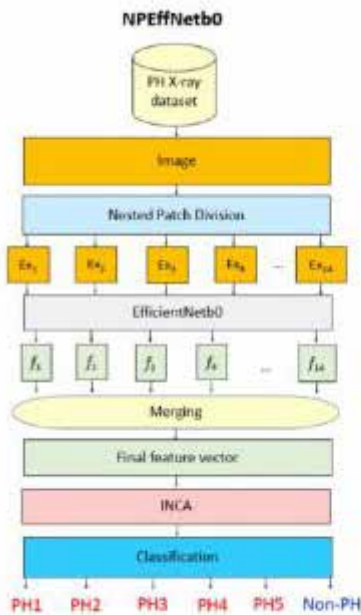


Figure 1. Graph of the presented NPEffNetb0 classification model.

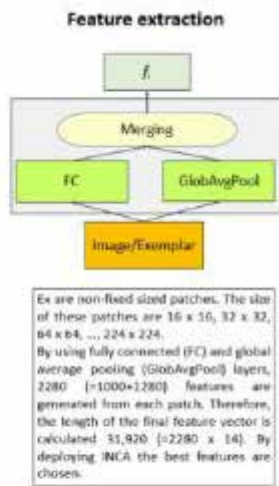


Figure 2

	1	2	3	4	5	6
1	702	22	6	20		2
2	66	187	3	8		
3	31	11	56	1		
4	82	8	1	106		
5	9	1	1	1	24	1
6						143
	1	2	3	4	5	6

Figure 2. Confusion matrix calculated of the proposed EffNetb0 on the collected X-ray dataset for PH detection.

Figure 3

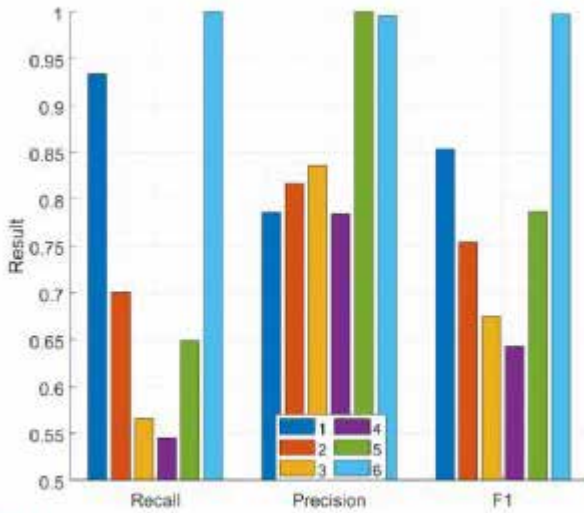


Figure 4

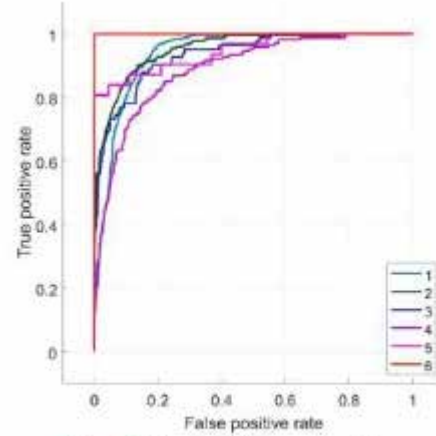


Figure 4. ROC curve of the presented model.

Figure 3. Class-wise performance metrics of the proposed EffNetB0 feature extraction-based model.

Figure 5

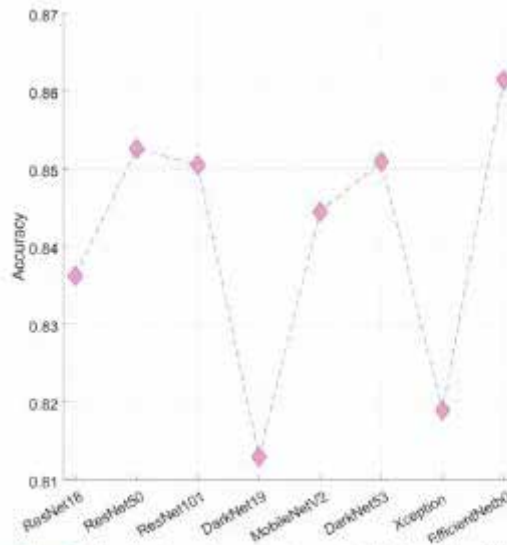


Figure 5. Classification performances (accuracy) of eight pretrained CNNs.

Table

No	Category	Number of images
1	Pulmonary arterial hypertension	2563
2	Pulmonary hypertension due to left heart disease	891
3	Pulmonary hypertension due to lung disease and/or hypoxia	330
4	Chronic thromboembolic pulmonary hypertension	670
5	Pulmonary hypertension with unclear and/or multi-factorial mechanism and	65
6	Non-PH	2145

SS-04 BAĞ DOKU HASTALIĞINA BAĞLI PULMONER HIPERTANSİYONDA KOMBİNE TEDAVİYLE GELEN DRAMATİK DÜZELME

Emin Koyun¹, Anıl Şahin¹, Ferhat Dindaş²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

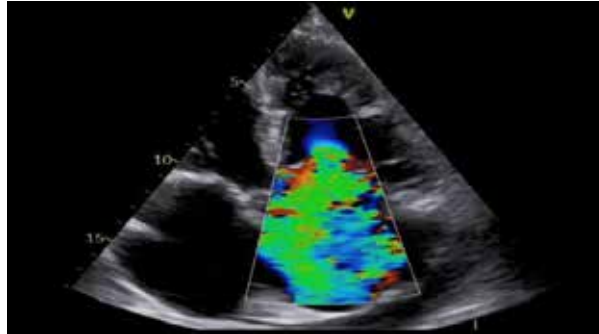
²Uşak Eğitim Araştırma Hastanesi

64 yaşında kadın hasta kardiyoloji polikliniğine dispne, çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. 7 yıldır Sistemik Skleroz nedeniyle takipli, 2 yıl önce astım tanısı konmuş ancak tedaviden fayda görmemiş. Hastanın fizik muayenesinde her iki akciğer bazalinde ral ve her iki bacakta +1 pretibial ödemi mevcuttu. Hastanın fonksiyonel sınıfı NYHA 3 olarak değerlendirildi. Alınan kan parametrelerinde Nt-proBNP değeri 7,373 ng/L saptandı, bunun dışında anlamlı bir değişiklik yoktu. Hastanın sinüs ritminde ve Ekgde sağ ventrikül yüklenme bulguları vardı. Akciğer grafisinde kardiyotorasik indeks artmıştı. Yapılan ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu:%55, sistolik fonksiyonlar normal, LA:4,4 CM, hafif MY+, sağ kalp boşlukları dilate, 4 TY+, sPAP: 4,0/64 mmHg, RA komşuluğunda minimal efüzyon izlendi. Hasta Bağ Doku Hastalığıyla ilişkili PAH ön tanısıyal ileri tetkik amacıyla hospitalize edildi. BT anjiyografi ve ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde akut veya kronik emboli lehine görüntü saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde obstrüktif ve restriktif bir durum saptanmadı. FVC/DLCO:2.1 saptandı. Hastaya yapılan kalp kateterizasyonunda ortalama PAB:45 mmHg, PCWP:10mmHg, PVR:12,07 wood olarak değerlendirildi. Hasta grup 1 Bağ Doku Hastalığına bağlı Pulmoner Hipertansiyon olarak değerlendirildi. Hastaya bosentan monoterapisi başlandı. Hasta bosentan kullanımının 3. ayında klinik kötüleşme nedeniyle yoğun bakıma yatırıldı. Karaciğer fonksiyon testleri yükselmesinden dolayı bosentan stoplandı. Klinik stabilizasyon sonrası Masintentan+Riociguat kombinasyonu ile hasta taburcu edildi. Kombinasyon tedavisinin 6. ayında kalp kateterizasyonu tekrarlandı ve oPAB:36 mmhg PVR:9 wood olarak değerlendirildi. Hastanın kombine tedaviden sonraki birinci, üçüncü ve altıncı ay kontrollerinde 6 dakika yürüme mesafesi 220 metreden 300 metreye çıktı, PVR'de %25,4 azalma sağlandı, Nt-proBNP düzeyi 3867 ng/L'den 618 ng/L'ye geriledi. Kombinasyon tedavisi ile NYHA 2 şeklinde hastanın takibine devam edilmektedir.

Sonuç: PAH spesifik ajanların monoterapi olarak kullanıldığı çalışmalarda elde edilen sonuçlar bağ doku hastalıkları ilişkili PAH hastalarında tedavi başarısının idiopatik PAH hastalarına kıyasla daha düşük olduğu yönündedir. Bağ doku hastalıkları ilişkili PAH'un kötü prognoza sahip, tedavi yanıtı düşük hastalardan oluştuğu göz önüne alındığında bu hasta grubunda başlangıç kombinasyon tedavisi kullanmak akla yatkındır.

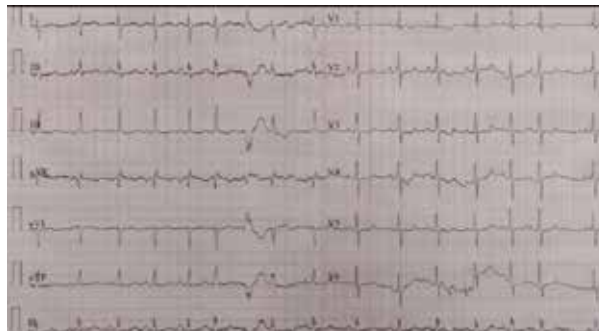
Anahtar Kelimeler: bağ doku hastalığı, kombine tedavi, riociguat

EKOKARDİYOGRAFI



Sağ Kalp Boşlukları Geniş ve İleri Derecede Triküspit Yetersizlik Mevcut.

ELEKTROKARDİYOGRAFI



Sağ Ventrikül Yüklenme Bulguları Mevcut

SS-05 PULMONER HİPERTANSİYON ARAŞTIRILAN BİR OLGUDA İZOLE PARŞİYEL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALISI

Zeynep Ulutaş, Necip Ermis

İnönü Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

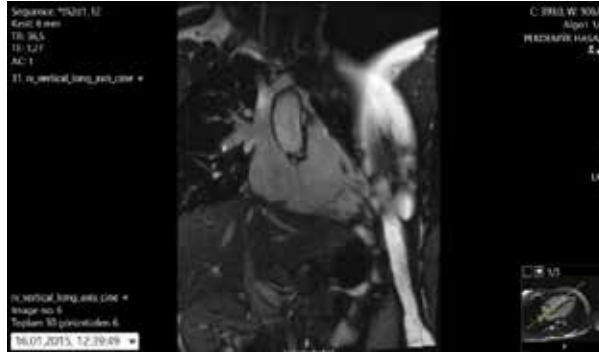
GİRİŞ: Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş anomali (PAPVD) nadir bir konjenital anomali. Bir veya daha çok pulmoner venin sol atriyum dışında sistemik dolaşıma katılmasıdır. Birden fazla pulmoner ven anormal olduğunda semptomlara, sağ ventrikül hacim yüklenmesine ve pulmoner hipertansiyona neden olabilir. Cerrahi onarım, çoğu durumda sağ ventrikül boyutunda ve pulmoner basınçta iyileşme gerçekleştirir. Bu yazıda sağ üst lobu drene eden pulmoner veni süperiyör vena kavaya açılan PAPVD olan olgunun kardiyak MR ve sağ kalp kateterizasyon bulguları sunuldu.

OLGU SUNUMU: 42 yaşında kadın hasta nefes darlığı ve çarpıntı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yaklaşık olarak son 5 yıldır olan şikayetleri için göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilmiş. SFT normal olan hasta tarafımıza yönlendirilmiş. FM de S1 ve S2 doğal ek ses ve üfürüm yoktu. TA: 125/70 mmHg, Nabız 92 atım /dk idi. Saturasyon %96 EKG: NSR. TTE: EF %65 sol kalp fonksiyonları normal, sağ kalp boşlukları hafif dilate, hafif – orta triküspit yetersizliği, tahmini sistolik PAB 40 mmHg izlendi. VCI çapı normal sınırdaki ve inspiratuvar kollaps > % 50 idi. Yapılan TEE de PFO ya da ASD ye rastlanmadı. WBC 6.5, HGB: 13.2 g/dl, biyokimyasal parametreleri normaldi. NT-proBNP, tiroid fonksiyon testleri, romatolojik tetkikleri normaldi. HIV ve hepatit markerları negatifti. Akciğer ventilasyon perfüzyon sintigrafisi normaldi. SFT de FEV1/FVC %83, FEV1: %82, FVC: %86 idi. Hastaya yapılan sağ kalp kateterizasyonunda pulmoner arter basıncı: 27/9/17 mmHg, FICK CO: 3.44, QP/QS: 2.64, PVR: 0.99 wood idi. Sağ atrium üst O2 sat %85, RV %80, PA % 82.2 idi. Sağ üst ve orta lob pulmoner venlerinin süperiyör vena kavaya drene olduğu görüldü. Kardiyak MR da interventriküler ve interatrial septum intakt görünümde, sağ kalp boşlukları dilate idi. Sağ pulmoner venin VCS a drene olduğu görüldü. Şanti yüksek olduğundan cerrahi karar verildi.

SONUÇ: Kardiyak veya solunum yolu şikayetleri olup, ekokardiyografi ile pulmoner hipertansiyondan şüphelenilen hastalarda, bazı vasküler anomalilerin de semptomlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalı. PAPVD otopsi serilerinin %0,4 – 0,7'sinde tanımlanmıştır. Çoğu durumda, bir sağ pulmoner ven SVC'ye drene olur. Birden fazla pulmoner ven anormal olduğunda sağ ventrikül genişlemesine ve pulmoner hipertansiyona yol açabilir. Kardiyak MR tanıyı koyabilir. Büyük şantları olan semptomatik hastalarda cerrahi onarım endikedir.

Anahtar Kelimeler: izole parşiyel pulmoner venöz dönüş, kardiyak manyetik rezonans, pulmoner hipertansiyon

Figür 1



Figür 2



Figür 3



SS-06 UYARICI MADDE KULLANIMI SONRASI GELİŞEN PULMONER ARTERİYEL HIPERTANSİYON OLGUSU

Emin Erdem Kaya¹, Elif İlkay Yüce Ersoy¹, Mehmet Kaplan²

¹dr.ersin arslan eğitim ve araştırma hastanesi, kardiyoloji bölümü,gaziantep

²gaziantep üniversitesi tıp fakültesi hastanesi, kardiyoloji ana bilim dalı, gaziantep

Giriş: Uyarıcılar ve pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) arasındaki bağlantı ilk olarak 1960'larda anoreksijen kullanımına bağlı ortaya çıkmıştır. O zamandan beri toplam 16 ilaç ve toksin PAH ile ilişkilendirilmiştir. Metamfetamin; kuvvetli bağımlılık yapıcı etkisi olan renksiz ve kokusuz bir maddedir. Kimyasal yapıları amfetaminlere benzese de merkezi sinir sisteminde daha güçlü etkilere sahip bir stimülandır. Metamfetaminin kısa/uzun süreli kullanımı dolaşım, solunum, nörolojik ve psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır. 1993'te ilk olarak genç bir erkekte pulmoner hipertansiyonun önceki metamfetamin kullanımına bağlı olabileceğini öne sürülmüştür. Bu tarihten sonra metamfetamin ilişkili PAH (Met-PAH) araştırılmaya başlanmıştır. Vakamızda sizlere metamfetamin kullanımı sonrası gelişen pulmoner hipertansiyon vakasını ve tedavisini sunmaya çalıştık.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta son 2 yıldır olan eforla ortaya çıkan nefes darlığı şikâyetiyle başvurduğu dış merkezde yapılan ekokardiyografisinde (EKO) sistolik pulmoner arter basıncı (PAB) 75 mmHg bulunması nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiştir. Başvuru sırasında saturasyonu %94, siyanoz yoktu. Günlük rutin işler sırasında dahi efor dispnesi tariflemekteydi. Ailesinde pulmoner HT öyküsü ve özgeçmişinde İV ilaç bağımlılığı öyküsü dışında özellik yoktu. Başvuruda ki elektrokardiyografi ektedir. Başvuru sırasındaki ekokardiyografisi tablo 1'de özetlenmiştir.

Pulmoner hipertansiyon tanısının kesinleşmesi üzerine etiyoloji açısından ileri tetkiklere başlandı. TEE'de şant izlenmedi. Romatolojik markerler negatifti. Ventilasyon Perfüzyon sintigrafisi (V/Q) normal saptandı. Primer obstruktif/restriktif akciğer patoloji saptanmadı DLCO azalmış bulundu. HIV/ Elisa testleri normal saptandı. Toksin/ilaç öyküsü detaylandırıldığında keyif verici ilaç (Metamfetamin) 2 yıldır ortalama günde 2 kez ancak son dönemde günde 4 kez kullandığı öğrenildi. Sağ ve sol kalp kateterizasyon bulguları tablo 1'de gösterilmiştir.

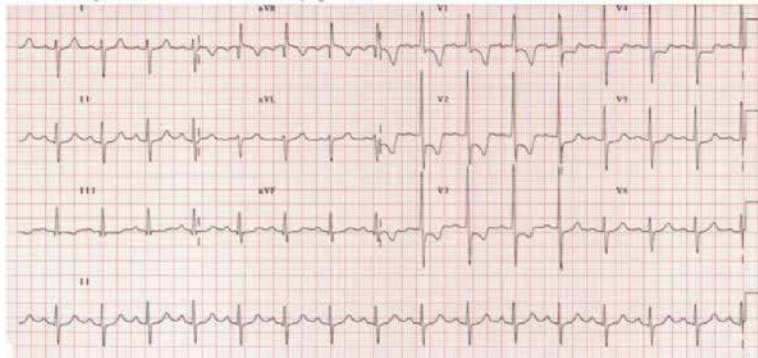
Başvuru pro-BNP değeri 4212 pg/ml, 6dk yürüme testi 345 mt, Fonksiyonel sınıf 3'tü. Hastaya konseyde ilaç ilişkili PAH tanısı konuldu.

ESC kılavuzlarına göre risk değerlendirilmesi yapıldı, Masitentan tedavisi (1*10mg) başlandı. 3 aylık masitentan tedavisi sonrası semptomlarında belirgin düzelme olmadı. Hastanın fonksiyonel kapasite benzer, pro-BNP artmış ve 6dk yürüme testi gerilemişti. Bunun üzerine kombinasyon tedavisine karar verildi. Masitenta'na Riociguat eklendi. Kombinasyon tedavisinin 3. ayında NYHA evre 2 oldu, 6dk yürüme mesafesi arttı, proBNP de ve EKO'da PAB'da gerileme gözlemlendi. Tedavinin 6. ayında fonksiyonel sınıfı 1'e kadar çıkmıştır.

TARTIŞMA: Metamfetamin; kardiyak aritmiler, dilate kardiyomiopati, PAH, koroner vazospazm ve aterosklerotik hastalığa yol açabilir. Mevcut kılavuzlar (met) amfetaminleri ilaca bağlı PAH'ın "olası" bir nedeni olarak kabul etmektedir. Met-PAH, anjiyografik ve histopatolojik prezentasyon açısından iPAH'a benzerdir. Ancak iPAH ile karşılaştırıldığında, Meth-PAH hastaları daha kötü fonksiyonel durum, sağ ventrikül disfonksiyonu ve egzersiz intoleransı ile başvururlar. Tedaviye rağmen, Meth-PAH hastalarının 5 yıllık sağkalımları iPAH ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha düşüktür.

Anahtar Kelimeler: metamfetamin, pulmoner hipertansiyon

Resim 1: Başvuru sırasında elektrokardiyografi



Tablo 1: Başvuru sırasında ki ekokardiyografisi ve sağ-sol kalp kateterizasyonu bulguları

Ekokardiyografisi	Sağ ve Sol Kalp Kateterizasyonu
<ul style="list-style-type: none">• 3. derece Triküspit Yetmezliği• Sistolik PAB 70 mmHg	<ul style="list-style-type: none">• PCWP 8 mm Hg (<15 mmHg)
<ul style="list-style-type: none">• TAPSE 17 mm• sağ atrium alanı 20 cm²	<ul style="list-style-type: none">• Pulmoner arter basıncı 68/42/24 mm Hg (ort Pab:20 mm Hg)
<ul style="list-style-type: none">• intraventriküler septum düzleşmiş	<ul style="list-style-type: none">• Vazoreaktivite testi negatif• (Inhale NO ile yapıldı)
<ul style="list-style-type: none">• inferior vena cava çapı 23 mm, solunumla değişimi <% 50	<ul style="list-style-type: none">• PVR 7.44 Wood (<3 Wood)
<ul style="list-style-type: none">• Sol ventrikül EF:60 %	<ul style="list-style-type: none">• CO:4.3 L/min (4-7 L/min)
<ul style="list-style-type: none">• Belirgin mitral / aort kapak patolojisi yok	<ul style="list-style-type: none">• Cardiac index: 2.8 L/m/m² (2.8-4.2 L/m/m²)

SS-07 CİDDİ PULMONER HİPERTANSİYON İLE KOMPLİKE OLMUŞ KRONİK KONSTRIKTİF PERİKARDİT VAKASI

Saadet Demirtas Inci

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Kronik Konstriktif Perikarditte (KKP) genellikle hafif ila orta dereceli pulmoner hipertansiyon (PH) eşlik edebilir. Burada biz nadir bir görülen olan KKP'den kaynaklanan ciddi PH'lu vaka sunacağız.

Vaka: 75 yaşında diyabet, hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon tanıları olan bir kadın hasta, giderek kötüleşen eforla artan nefes darlığı (WHO fonksiyonel sınıf II-III) şikayeti ile başvurdu. İlk değerlendirmede fizik muayene belirgin boyun venleri, her iki göğüste bazal ve orta zonlarda solunum seslerinde azalma, hepatomegali ve pretibial 2+ ödem görüldü. Göğüs radyografisinde sağda daha büyük olmak üzere her iki akciğerde plevral efüzyon ve perikardiyal kalsifikasyonlar görüldü (Figure 1). NT-pro BNP seviyesi 904 ng/L olarak geldi. Ekokardiyogram, sol kalp sistolik işlevleri normal, sağ kalp boşlukları geniş ve tahmini pulmoner arter sistolik basıncı 70 mm Hg olan şiddetli PH ile birlikte kalsifiye perikard, konstriktif fizyoloji ile uyumlu olabilecek ekokardiyografi bulguları saptandı. Çekilen toraks BT plevral efüzyonlar ve kalbi çepeçevre saran perikardiyal kalsifikasyon saptandı (Figure2). Hastaya 1200 ml torasentez yapıldı ve transüda vasfında çıktı. Sağ kalp kateterizasyonu yapıldı ve konstriktif fizyoloji doğrulandı; ancak, konstriktif perikarditten beklenenden daha yüksek pulmoner arter basıncı saptandı (Figure3). Hastaya diüretik ve plevral efüzyonu boşaltmak için tekrar drenaj uygulandı. Tekrar ekokardiyogram yapıldı ve bu tedavilerden sonrada ekokardiyografide önemli bir değişiklik göstermedi. Ardından hastaya sildenafil tedavisi başlandı. Hasta perikardiyektomi için yönlendirildi. Ancak hasta operasyonu kabul etmedi. Bu tedaviler sonucunda nefes darlığı(WHO fonksiyonel sınıf I-II) geriledi ve NT-pro BNP: 639-541 ng/L.

Sonuç: KKP gözden kaçabilen dikkatli bir ekokardiyografi ve sağ kalp kateterizasyonu ile tanı konulabilen önemli bir hastalıktır ve PH ile daha komplike daha komplike hale gelebilir. Bu oldukça nadir görülen bir durumdur. Perikardiyektomi bu şartlarda daha riskli hale gelebilmektedir. Bu şekildeki hastaların etkin bir tedavi ile operasyona vermek daha uygun bir yöntem olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Konstriktif perikardit, Pulmoner arteriyel hipertansiyon

Figure 1. Akciğer filmi



Figure 2

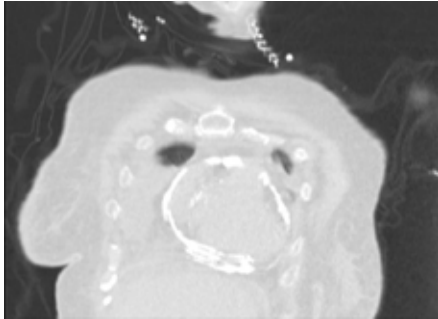
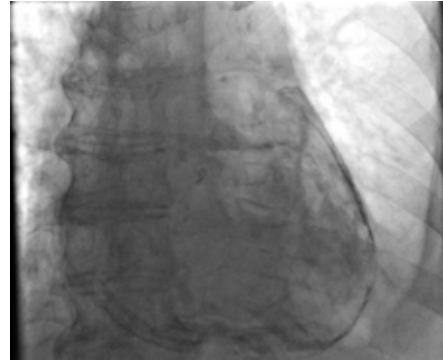


figure 3



SS-08 PULMONER HİPERTANSİYONLA PREZENTE NADİR BİR VAKA: RAGHİB DEFEKTİ

Saadet Avunduk¹, İpek Büber², İbrahim Oğuz¹, Tuncay Güzel³

¹Denizli Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Denizli

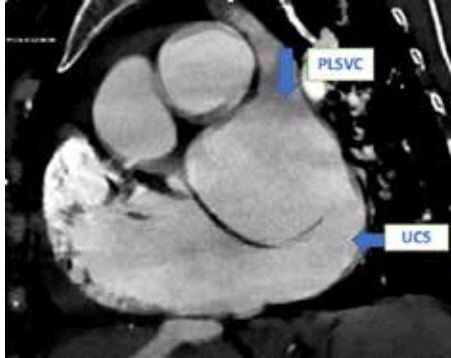
²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Diyarbakır

Koroner sinüs defektleri "gizli" tip atriyal septal defektler (ASD) olarak kabul edilir. Unroofed koroner sinüs(UCS), ASD'lerin <%1'ini oluşturmaktadır. Sol atriyum(LA)'ya açılan persistan sol süperior vena cava(PLSVC) ile birlikte olan UCS'ye Raghıb Defekti denir. Bizim vakamızda 56 yaşında kadın bir hasta, acil servise dispne, öksürük, ortopne şikayetleri ile başvurdu. New York Kalp Cemiyeti'nin fonksiyonel kapasite sınıflamasına göre sınıf 4'tü. Özgeçmişinde hasta daha önce sol kalp hastalığı olarak takip edilmiş; diüretik ve kronik atriyal fibrilasyon nedeni ile oral antikoagülan tedavi başlanmış. Fizik muayenede +3 pozitif pretibial ödem(PTÖ), juguler venöz dolgunluk, akciğer bazallerinde kreptan raller, pulse oksimetre ile bakılan SaO₂ %90, kan basıncı 90/55 mmHg, inspeksiyonda hafif-orta siyanotik görünümdeydi. Acil şartlarda yapılan transtorasik ekokardiyografide; belirgin sağ ventrikül(RV) ve sağ atriyum(RA) dilatasyonu, orta dereceli triküspit yetmezlik, RA komşuluğunda bası yapmayan perikardiyal efüzyon(17mm), mitral kapakta fibrotik görünüm, orta derece mitral yetmezlik ve eşlik eden hafif darlık lehine şüphe mevcuttu. Ek olarak interatrial septumdaki defektif görünüm ya da dev bir koroner sinüs lehine şüphe mevcuttu. Son iki yılda hastaya dispne nedeni ile başvurduğu acil serviste yirminin üzerinde BT çekilmiş ancak henüz tanı alamamıştı. Ön tanılarımız: PLSVC, ostium primum tip ASD, dev koroner sinüs, Eisenmenger Sendromu idi. Hastaya kardiyak manyetik rezonans görüntüleme, kardiyak BT ve sağ kalp kataterizasyonu prosedürleri uygulandı. Hastada UCS+PLSVC saptandı. Konjenital PAH ön tanısıyla yapılan sağ kalp kataterizasyonu sonucunda tip 1 pre-kapiller pulmoner hipertansiyon tanısı koyuldu. Hasta 6 dk yürüme testinde yürüyemedi. Yüksek riskli PAH olmasına rağmen hastaya sosyoekonomik nedenler nedeniyle IV prostonoid başlanamadı. Ambrisentan 10 mg başlandı ve iki hafta sonra kontrole çağırıldı. Ancak hasta takibe uymadı ve tekrar ilk başvurudaki şikayetlerin benzeri ile acil servise başvurdu, hospitalize edildi, diüretik tedavi başlandı. Ambrisentan tedavisine rağmen NYHA klas 4 olan hastada kombine tedaviye geçmeye karar verildi. Tadalafil 20mg 1x2 tablet oral olarak başlandı. 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı, hemogloblin 10.2g/dl den 13.4g/dl'e yükseltildi. Aldığı diğer tedaviler: Torasemid 10 mg 4x1, edoksaban 60mg 1x1, spironolakton 50mg 1x1, digoksin 0.125 mg idi. Son klinik değerlendirme: ambrisentan+tadalafil kombinasyonu ve diğer kardiyak tedavi düzenlendikten sonraki klinik seyir NYHA fonksiyonel kapasite sınıf 3'e geriledi, son bir ayda hiç dekompanse olmadı ve pulmoner ödem geriledi.

Anahtar Kelimeler: unroofed koroner sinüs, Raghıb defekti, atriyal septal defekt

kardiyak bts



PAAC



Transözefagal kokardiyografi



unroofed koroner sinüs



PAH AKADEMİ

PULMONER VASKÜLER HASTALIKLAR

KONGRESİ

ON'LIVE HOTEL, ÇEŞME

9-12
HAZİRAN
2022

SS-09 KARACİĞER TRANSPLANTASYON ADAYI HASTALARINDA PULMONER HIPERTANSİYON SIKLIĞI VE PORTOPULMONER HIPERTANSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ömer Bedir¹, Halit Ziya Dünder², Ekrem Kaya², Murat Kıyıcı³, Dilek Yeşilbursa¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bursa

Giriş: Portopulmoner hipertansiyon (PoPH), portal hipertansiyonun nadir görülen ancak mortalitesi yüksek pulmoner vasküler komplikasyonudur. Karaciğer nakli planlanan hastalarda orta-ciddi derecede PoPH olması intraoperatif ve perioperatif mortalite artışıyla ilişkilidir. Orta ve ciddi PoPH tanısı konulan hastalara PAH spesifik tedavi sonrasında oPAB<35 mmHg olduğunda karaciğer nakli yapılması önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı karaciğer nakil hazırlığı yapılan hastaların pulmoner hipertansiyon (PHT) ve PoPH açısından retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Karaciğer nakil hazırlığı kapsamında 2007 ile 2017 yılları arasında operasyon öncesinde ekokardiyografi ile değerlendirilen 432 hasta çalışmamıza dahil edildi. Yapılan ekokardiyografide PHT'den şüphelenilen veya sPAB>=40 mmHg olan hastalara SKK yapıldı.

Bulgular: SKK yapılan 53 hastadan 23'ünde oPAB>=20 mmHg idi. Konstriktif perikardit tanısı konulan 2 hasta çalışmadan çıkartıldı. Geriye kalan 21 hastanın 8'inde volüm yüklenmesine bağlı, 5 hastada ise hiperdinamik dolaşıma bağlı olarak oPAB yüksekti. oPAB>20 mmHg olan 8 hastaya ise PoPH tanısı konuldu. 5 hastaya hafif PoPH (25<=oPAB<35 mmHg), 1 hastaya orta PoPH (35<=oPAB<45 mmHg) ve 2 hastaya da ciddi PoPH (oPAB>=45 mmHg) tanısı konuldu. Hafif PoPH tanısı konulan hastalar karaciğer nakil sırasına alındı ve bu hastalardan 2'sine başarılı karaciğer nakli yapıldı. Orta veya ciddi PoPH tanısı konulan 3 hastaya ise PAH spesifik tedavi başlandı. Çalışmamızda PHT sıklığı %4,8, PoPH sıklığı ise %1,8 olarak bulundu. Çalışmamızda, SKK yapmak için ekokardiyografide sPAB için eşik değer 40 mmHg olarak alındı ve bu eşik değere göre PoPH tanısı için sensitivite %88,5, spesifite %88,6, pozitif prediktif değer %12 ve negatif prediktif değer %99,7 olarak bulundu.

Sonuç: PoPH portal hipertansiyonun önemli bir komplikasyonudur. Tanının kesinleştirilmesi ve hastaların karaciğer nakline uygunluğunun belirlenmesi açısından SKK yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer nakli, sağ kalp kateterizasyonu, portopulmoner hipertansiyon



BİLİMSEL SEKRETERYA

Dernek Genel Sekreteri

Doç. Dr. Berkay Ekici

Adres: Lokman Hekim Üniversitesi

Söğütözü Mh. 2179 Cd. No: 6 Çankaya 06510/ANKARA

Tel: 444 8 548

berkay.ekici@gmail.com

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Omaç Tüfekçioğlu

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Üniversiteler, 1604. Cd. No:9 D:No:9, 06800 Çankaya/ANKARA

omactufekcioglu@gmail.com



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

İcadiye Cad. No:3 Kuzguncuk 34674 İstanbul

T: +90 216 310 11 00 F: +90 216 310 06 00

kardiyovaskuler@genx.com.tr