29. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi
26-29 Ekim 2013 Maxx Royal ANTALYA

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ

KONGRE BÜLTENİ

www.tkd.org.tr

26 Ekim 2013

50. yıla ulaşmanın gururu

Bu yılın 21 Mayıs'ında derneğimiz 50. yaşını doldurdu. 27 kurucu üyenin hazırladığı tüzüğün eklendiği kuruluş dilekçemiz 21 Mayıs 1963'te resmi makamlara sunulmuştu.

İlk başkanımız Prof. Dr. Muzaffer Esat Güçhan'ı daha o yıl dolmadan yitirdik. Geçen yıllar kurucu üyelerimizin 21'ini bizlerden ayırdı; yalnızca altısı bizimle. Ama üye sayımızın 2700'lere ulaşmış olması en büyük sevincimiz ve gururumuzdur.

Prof. Dr. Ömer Kozan, TKD Başkanı

1966'da dergimizin ilk sayısı yayınlandı. 1988'den beri de düzenli yayınlanıyor. 2008'de PubMed indeksine alınan dergimiz aynı yılın 1 Ocak tarihinden itibaren ayrıca tüm yazıları ingilizce olarak web üzerinden tüm dünya kardiyologlarının erişimine açıldı. Bugün 17 ülkeden uzmanların yolladığı yazılar hakemlerimizin bilimsel değerlendirmelerinden geçerek yayınlanıyor.

Derneğimiz ilk bilimsel kongresini 15 yaşında, 2 - 4 Kasım 1978'de gerçekleştirdi. 50. yılımızda 29. kongremizi tüm dünyadan gelen 1300'e yakın bildiri özeti ve 600'ün üzerinde örnek olgu arasından seçilen, tüm dünyadan kardiyolojinin seçkin bilim adamlarını bir araya getiren güçlü bir bilimsel programla gerçekleştiriyoruz.

devamı sayfa 2'de

Kongrenin içinden

29. Kongre'nin bilimsel program hakkında TKD Genel Sekreteri Prof. Dr. Mustafa Kemal Erol ile görüştük.

"Bugün başlayan kongrenin bilimsel programı yaklaşık bir yıllık bir çalışmanın ürünüdür. Kongre bilim kurulumuz geçen kongrenin hemen sonrasında ilk toplantısını yaptı, tüm üyelerimizden istenen bir önceki kongrenin geri bildirimleri değerlendirildi. Her çalışma grubundan ve Girişimsel Kardiyoloji Birliği'nden alınan sempozyum, "Nasıl yapalım", karşıt görüş, kurs önerileri değerlendirildi ve titiz bir çalışma sonrası bu program oluşturuldu. Yine programımızda ESC, EHRA, ACC ile ortak oturum ve Bosna Kardiyoloji Derneği ile ortak oturumlarımıza yer verildi. Konularında deneyimli hocalarımızca düzenlenen çok sayıda kurslarımız planlandı. Her yıl olduğu gibi bu yılda kardiyolojinin birçok farklı konusu tartışılacak, bilgi alışverişinde bulunulacak, gönderilen 1326 bildiri arasından hakemlerimizce seçilen 279 sözlü, 532 poster de tebliğ edilecek.

Prof. Dr. Mustafa Kemal Erol

devamı sayfa 2'de

EUROASPIRE IV Çalışmasından neler öğrendik?

Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu

Koroner arter hastalığı tanısı almış kişilerin tekrar olay geçirme olasılığı yüksek olduğundan kılavuz önerileri çerçevesinde ikincil korunma büyük önem taşımaktadır. EUROASPIRE Çalışmaları 1995 yılında başlamış ve Avrupa ülkelerinde koroner arter hastalığı tanısı almış kişilerde koruyucu kardiyoloji uygulamalarını 1995, 2000, 2007 ve bu yıl değerlendirip birbiriyle kıyaslamıştır. EUROASPIRE I ve III çalışmaları arasında geçen on yılı aşkın sürede ilaç tüketimi çok artmış, obezite ve diyabet sıklığı belirgin artmış, sigara tüketimi ise fazla azalmamış olarak bulunmuştur. EUROASPIRE IV çalışmasında 24 Avrupa ülkesinde koroner arter hastalığı tanısı almış kişilerde tekrar değerlendirme yapıldığında endişe verici sonuçların devam ettiği görülmektedir. EUROASPIRE IV çalışmasına Türkiye 17 merkez ile katılmış ve merkezlerin olağanüstü gayreti ile çalışmayı gerçekleştirmiştir.

Bu çalışmada Avrupa genelinde sigara içenlerin % 48'inin bırakmayıp devam ettiği, Türkiye' de bu sayının % 53 olduğu görülmektedir. İşin kötüsü sigara içenlerin çoğunluğunun 50 yaş altı grupta olduğudur. Obezite prevalansı Avrupa genelinde % 37'ye çıkmış, ülkemizdeki oran ise öncekine kıyasla artıp % 41'e ulaşmıştır. Bu hastaların % 38'i kendilerine hekiminin şişman olduğunu söylemediğini ve öneride bulunmadığını ifade etmektedir. Diyabet oranı % 38 (ülkemizde % 41) bulunmuştur. Kan basıncı hedefte olmayanlar Avrupa'da ve ülkemizde % 67, LDL hedefte olmayanlar % 69 ülkemizde % 54 bulunmuştur. Özellikle ülkemizde risk faktör farkındalığı düşüktür. En çarpıcı sonuçlar ise fizik aktivite derecesinde çıkmıştır. Ülkemizde koroner arter hastalığı tanısı alanların % 85'i sedanter bir yaşamı seçmektedir ki bu Avrupa ortalamasının çok üzerindedir. Yine ülkemizde rehabilitasyon programına katılma oranı fevkalade düşüktür. Bunlara karşın statin hariç ilaç kullanımı genel Avrupa ortalaması ile benzerdir.

Gelecekte bizi bekleyen kardiyovasküler olay epidemisini azaltmak için bu hastaların daha iyi bilinçlendirilmesi, koruyucu kardiyolojiye verilen önemin artırılması, rehabilitasyon programlarının artırılması önem kazanmaktadır. Bütün bunları tek başına hekimin omuzlaması mümkün değildir. Sorumlu bir basının halkı doğru bilinçlendirmesi, hekimin yardımcı personel desteğinin artırılıp hasta yükünün azaltılıp kantite değil kaliteye önem veren bir sisteme geçilmesi, hastaların kontrollü fizik aktivitesini planlayacak rehabilitasyon merkezlerinin açılması gibi konular önem kazanmaktadır.

Beta GEN-TÜRK araştırma sonuçları

Prof. Mehdi Zoghi, Prof. M. Birhan Yılmaz, Prof. Yüksel Çavuşoğlu, Beta GEN-TÜRK araştırmacıları adına;

Günümüzde beta-bloker grubu ilaçlar başta hipertansiyon olmak üzere koroner arter hastalığı, aritmi ve kalp yetersizliği gibi pek çok kardiyovasküler hastalığın tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. β_1, β_2 ve β_3 reseptörleri hedef alan bu ilaç grubu sempatik sinir siteminin bir parçası olan endojen katekolaminlerin etkisini bloke etmektedir. β_1 adrenerjik reseptörleri ağırlıklı olarak kalp ve böbreklerde yer almakta olup 90'lı yılların sonlarına doğru kalp yetersizliğinde mortalite ve morbiditeyi azalttıkları gösterilmiştir.

Kalp yetersizliği (KY) pek çok mekanik, nörohormonal, inflamatuvar ve biyokimyasal anormallikleri barındıran kompleks bir klinik sendromdur. Başta sistolik KY olmak üzere tüm klinik formlarında beta bloker tedavi vazgeçilmez ilaç konumundadır.

devamı sayfa 3'te

50. yıla ulaşmanın gururu

sayfa 1'den devam

E-kardiyoloji kongremiz ve "Bu Hafta Sizdeyiz" başlıklı, TTB-STE Kredili online eğitim programlarımız bu yıl çok sayıda meslektaşlarımız tarafından izlendi. Önceki toplantılarımızın web-castları ve 5300'ü aşan sayıda başlığı barındıran sunu merkezimiz Türkçenin en geniş kapsamlı online uzmanlık kütüphanesini oluşturuyor. Web sitemizin aylık ortalama tekil ziyaretçi sayısı üye sayımızın 30 katını geçti.

Çalışma guruplarımız toplantılar ve eğitim sempozyumları ile meslektaşlarımıza hizmet etmekte, onların katılımıyla daha da büyüyerek hizmete devam etmektedir. Günün koşullarına uyum sağlayarak çalışma gurubu toplantılarımız ikiye indirilmiştir. Girişimsel kardiyoloji toplantısı devam edecek, diğer çalışma gurupları bir arada tek toplantı yapacaklardır. Aritmi çalışma gurubumuz ilave olarak ayrı bir eğitim toplantısı yapmaya da devam edecektir.

50 yıl önce kurulan derneğimiz bugün yılda 8500'ün üzerinde kardiyolog, kalp damar cerrahı, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, halk sağlığı uzmanı, aile hekimi ve pratisyen hekime; onların yanı sıra kardiyoloji hemşire ve teknisyenlerine titiz bir biçimde hazırlanan düzenli ve sürekli bir Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı sunmaktadır.

TKD'nin hazırladığı ulusal kılavuzların sayısı 22'ye, hazırlanmalarına katkıda bulunduğu ve Türkçeleştirip yayınladığı Avrupa Kardiyoloji Derneği kılavuzlarının sayısı 36'ya ulaşmıştır; yeni kılavuzların çevirileri ise devam etmektedir.

2000 yılında başlattığımız ve 29. kongremiz sırasında 41'incisini gerçekleştirdiğimiz "İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursları" başlı başına bir standart haline gelmiştir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından belirli uzmanlık alanlarından hekimler ve sağlık profesyonelleri için zorunlu kılınan bu çok önemli disiplin, eminim pek yakında ulusal tıp eğitim müfredatımızın ayrılmaz bir parçası haline gelecektir.

TKD'nin desteklediği, planlayıp uyguladığı ulusal araştırma projeleri sayesinde uzmanlık eğitimimizde uzunca bir süredir artık öğrencilerimize ABD ya da Avrupa verileriyle değil, kendi ulusal verilerimizle öğretim sunmaktayız. Bu çalışmalarımız uluslararası düzeyde de giderek daha çok ilgi görüp, atıf almaktadır.

Genç bilim insanlarımızın yüksek bilimsel standartta araştırma projeleri hazırlamalarını özendiren, gönderdikleri projeleri değerlendirip mali kaynaklarla destekleyen derneğimiz şimdiye dek 120'nin üzerinde projenin gerçekleşmesine de katkıda bulunmuştur.

Yoksul ama üstün başarılı tıp öğrencilerine her yıl verdiğimiz 100'ün üstünde bursla çok sayıda gencimizin hekim hatta kardiyoloji uzmanı olarak Türk sağlık sistemine katılmasına destek olmaktayız. Arzuladığımız sayların gerisinde de olsa, yalnız Türkiye için değil birçok ülke için bile imrenilecek sayıda gencin başarısına destek olmaktayız.

Uzmanlık eğitimi sürecindeki gençlerimizin yurt içi ve yurt dışı bilimsel kongrelere katılmalarını, bilimsel araştırma anlayışını benimseyip uygulamalarını sağlamak için verdiğimiz destekler yılda bir milyon lira düzeyine erişmiştir.

Dost ve akraba ülkelerin kardiyologlarına destek olmak, onlara örnek olma gayretimiz devam etmektedir. Giderek artan sayıda soydaşımız, kardeşimiz kardiyoloji alanında kendilerini geliştirmek için Türkiye'ye gelmektedir. Ülkelerimizde onlarla karşılıklı gerçekleştirdiğimiz ortak bilimsel toplantıların sayısı son beş yılda 50'yi aştı. 1998'de kurulan Türk Dünyası Kardiyoloji Birliği'nin şimdiden 3 asil üyesi ESC'nin, 2 asil üyesi ise WHF'nin tam üyesi oldular. Bu birliğin bilimsel etkinliği Türk Dünyası Kardiyoloji Kongresi de -bu kez Kazakistan'da- gelecek yıl 9. kez yapılacaktır. 2010 yılında yine TKD'nin öncülüğünde kurulan ACC İstanbul Chapter Consortium tüm bölge ülkelerinin kardiyologları için ortak bir platform oluşturmayı başarmıştır.

1998'de ön hazırlıklarına başlanan Türk Kardiyoloji Yeterlik Kurulu'muz şimdiye dek kurduğu sistemler ve uyguladığı değerlendirmelerle Avrupa'da ve dünyada takdir edilen örnek işler başamıştır. 11 yazılı bilgi değerlendirme ve 28 yapılandırılmış sözlü sertifikasyon sınavlarıyla yeterlilik belgesi verdiği uzman sayısı 700'e ulaşmıştır. 2010'da başlattığı Kardiyoloji Uzmanlık Eğitimi Kurumları ve Programları Değerlendirme Sistemi ile artık eğitim kurumlarımızın yeterliliklerini de ölçüp geliştirmeye katkı sağlamaktadır. Şimdiye dek yeterlilik belgesi almaya hak kazanan kurumlarımızın sayısı, bu yılın değerlendirme sonuçlarıyla birlikte, 15'e yükselmiştir.

50 yıl önce kurucu hocalarımızın kürsülerinde, fakültelerdeki odalarında, muayenehanelerinde toplanan derneğimiz, 1996 yılında Mecidiyeköy'de, 2001'de Okmeydanı'nda satın aldığı kendi mülkü olan merkezlerden sonra, geçen yıl İstanbul Atatürk Havaalanı karşısındaki son yerine taşınmıştır.

Özetle, 50. yılımıza erişmenin gurur ve mutluluğunu, üyelerimize karşı artan sorumluluğumuzu yerine getirmenin huzuruyla yaşıyoruz. Hedefimiz, hep beraber elele bizden sonraki kuşaklara daha da güçlü bir TKD bırakmaktır. Saygı ve sevgilerimle mutlu ve sağlıklı bir kongre geçirmenizi dilerim.

Kongrenin içinden

sayfa 1'den devam

Yerli konuşmacılar dışında alanında söz sahibi birçok yabancı konuşmacımız mevcut. Yine Kardiyoloji Yeterlilik Kurulu tarafından titizlikle yapılan ve belli standarda oturtulmuş olan yazılı ve sözlü kardiyoloji yeterlilik sınavlarımız kongremiz esnasında yapılacak."

Kongre programındaki yenilikler

"Birçok yeniliğimiz var. Her şeyden önce kongremizde sunumu kabul edilen bildiriler bu yıl JACC'da 29 Ekim 2013'te yayınlanacak. Kongre çantalarına da Bildiri Özetleri kitabımız koyuldu. Bu yıl programa çok ilgi çekeceğini düşündüğümüz "Bu komplikasyonu nasıl tedavi ettim, neler öğrendim" oturumları koyduk. Yine fazla ilgi çeken "Olgu Odaklı Oturumlarımıza" bolca yer verdik, "Nasıl yapalım" oturumlarına bu yıl panelistler de ekledik ve konunun daha çok sayıda uzman tarafından tartışılmasını amaçladık. Yine bu yıl ilk defa, "Günün Olguları" başlığı ile olgu sunumları oturumlarını başlatıyoruz. Daha önceki yıllardan farklı olarak, bu yıl olguları klinik çalışmalardan ayrı bir kategoride değerlendirmeye tabi tuttuk. Böylelikle klinik çalışmalar ile aynı kategoride değerlendirildiğinde yeterli puan alamayarak tebliğ olanağı olmayan öğretici veya nadir görülen ilginç olguların sunulmasını, katılımcılara ulaştırılmasını amaçladık. 425 olgu başvurusu arasından hakemlerce seçilen olguların bir kısmının sözlü, bir kısmının da poster olarak sunulmasını sağladık. Gerçekten çok ilginç, bir o kadar da öğretici olgular var; bu oturumların da ilgi çekeceğini düşünüyoruz."

Teknolojiyi oldukça etkin kullanıyoruz

"Bu yıl "Mobil kongre" uygulamasını daha da geliştirerek katılımcıların birbirleri ile iletişim de kurabildikleri, ortamda internet olmasa dahi "offline" çalışabilen bir uygulama haline getirdik. Yine mobil uygulama ile eskiden kullandığımız keypadler yerine mobil anket yapabilme, soru cevap alabilme olanağını sağladık. Ayrıca tweetwall# uygulamasını bu yıl kongremizde ilk defa başlatıyoruz. Bununla katılımcılar sorularını sorabilecekler, gelen sorular ekranda görülecek, yine katılımcıların kongre ile ilgili yorumlarını anında öğrenebilme olanağını bulacağız.

Bu yıl da ulusal yayın yapan CNN Türk ile anlaştık; kongremizden canlı yayınlarımız devam edecek.

Geçen yıl başlattığımız ve çok beğenilen "Videomapping" uygulamalarımız bu yıl da daha gelişmiş bir şekilde devam edecek."

Sosyal program ve sanayi desteği

"Tabi ki bilimsel program yanında katılımcılarımızın beğeneceğini umduğumuz zengin bir sosyal programımız da mevcut. Her yıl olduğu gibi bu yıl da ulusal kongremize sanayinin de desteği oldukça iyi düzeyde; kongre merkezi stant alanımızda hiç boş yer yok. Ayrıca, kuruluşumuzun 50. yılını kutladığımız bu yılki kongremize rekor sayıda "Uydu Sempozyum" başvurusu aldık. Ama bilimsel program ilkelerimiz nedeniyle, bunlardan ancak 15 uydu sempozyuma yer verebildik. İlaveten 3 adet de "Uzmanı ile Buluşma" toplantımız olacak."

ST yükselmesizAKS'de girişim zamanı artık netleşti denebilir

Prof. Dr. Adnan Abacı
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

ST yükselmesiz akut koroner sendromda girişimsel tedavi zamanlaması uzun süre tartışıldı. İlk başlarda girişim öncesi hastaların uzun süre beklemesi, lezyonun soğuması yaklaşımı öne sürülmüştü. Bu sıralarda yapılan çalışmalarda, nispeten uzun süreler birbiriyle karşılaştırılıyordu. Perkütan koroner girişimin gelişmesine ve girişim sırasında kullanılan antiplatelet/antikoagülan tedavinin daha iyi ortaya konmasına paralel olarak bekleme süreleri giderek kısaldı. Son yapılan çalışmalar ışığında ST yükselmesiz akut koroner sendromda perkütan koroner girişim zamanlaması su şekilde özetlenebilir; Tedaviye dirençli angina, kalp yetmezliği, ciddi ventriküler aritmi veya hemodinamik bozukluk olan hastalarda, başvuru sonrası ilk 2 saat içinde(acil) koroner anjiyografi ve gerekiyorsa girişim yapılmalıdır. Bu özellikleri taşımayan ancak GRACE risk skoru 140'dan büyük olan veya troponin yüksekliği ya da dinamik ST-T değişiklikleri olan hastalarda ilk 24 saat içinde girişim yapılmalıdır. İnvaziv yaklaşım gereken diğer hastalarda 72 saat içinde girişim yapılmalıdır. Buradan 72 saat beklenmeli gibi bir anlam çıkarılmamalıdır. Eğer ekip ve kateter laboratuarı uygunsa, bu hastalara da hastaneye başvurunun ilk saatlerinde girişim yapılabilir. Örneğin bizim, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine ST yükselmesiz akut koroner sendrom ile gelen bazı hastaları, acil girişim gereken gruba girmeseler dahi, direk koroner anjiyografiye alıp sonra koroner yoğun bakıma çıkardığımız oluyor. Böylelikle hastaların hastanede kalış süreleri de kısalmış oluyor. Zaten erken girişimin esas yararı, bazı özel durumlar dışında, hastanede yatış süresinin kısa olmasıdır.

Türkiye'deki beta reseptör gen polimorfizmin sıklığı ve kronik kalp yetersizliği hastalarında beta bloker tedavisi üzerine etkisi

sayfa 1'den devam

Ancak bu durum tüm beta blokerler için geçerli olmayıp Avrupa Kardiyoloji Cemiyet'nin kalp yetersizliği kılavuzunun da vurguladığı gibi KY'de kanıtı olan 4 blokeri (Bisoprolol, karvedilol, metoprolol suksinat CR, nebivolol) kapsamaktadır. Ancak beta bloker tedavisine yanıt, hastalar ve etnik grupları arasında farklılık gösterebilmektedir. İlacın etkinliğini farklı kılan etmenlerin başında genetik ve ilacın metabolizmasında rol oynayan enzimlerin polimorfizmi gelmektedir. Ülkemizde de gerek gözlemsel gerekse klinik araştırmalar beta blokerlerin Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti'nin kalp yetersizliği kılavuzunda önermiş olduğu maksimal hedef dozlarına ulaşamadığını göstermiştir. Türkiye'de özellikle hiperlipidemi alanında yapılan çalışmalar dikkate alındığında diğer ırklara göre önemli genetik farklılıkların olduğu söylenebilir. Buna benzer bir durumun beta reseptörlerin farmakogenetiği için de söz konusu olabileceği, diğer bir deyişle metabolizma ve/veya reseptör düzeyindeki defektlerin ilaca bağlı görülen farklılıklara neden olabileceğini düşündürmektedir.

Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği çalışma grubu olarak β_1 adrenerjik reseptörlerin KY'nin ilerlemesi ve tedavisindeki rolünü göz önünde bulundurarak sorumlu genlerin polimorfizminin ülkemizdeki sıklığı ve beta bloker kullanımı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla Beta GEN-TÜRK adı altında bir araştırma yapıldı. Araştırmada, 1-Kalp yetersizliği hastalarında beta-bloker ilaçların etkinliği ve ilaca bağlı yan etkilerin genetik polimorfizm ile olan ilişkisinin araştırılması, 2-Türkiye'deki beta 1-adrenoseptör (Arg389Gly ve CYP2D6*10) polimorfizminin sıklığının araştırılması hedeflendi. Türkiye'nin farklı illerinden toplam 18 merkez, 219 hastayla katıldı. Genetik incelemeye katılan hastaların yaş ortalamaları 59±11 yıl ve %74'ü erkek olan KY hasta grubu sağlıklı bireylerle karşılaştırıldı. Beta bloker seçimi, başlangıç dozu ve titrasyonu Avrupa Kardiyoloji Kılavuzu önerileri dikkate alınarak hekime bırakılmıştı. Doz titrasyonları 2-4 hafta arasında gerçekleştirildi.

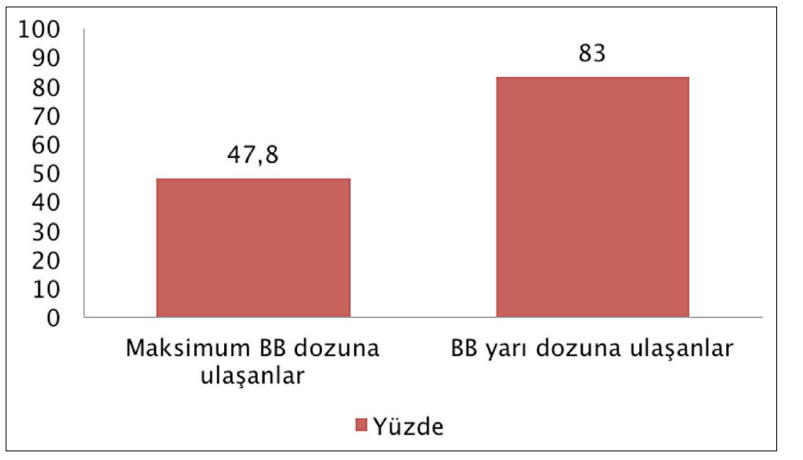
Maksimal hedef doza ulaşma oranı, COPERNICUS çalışmasında %60 SENIORS'ta %68 ve MERIT-HF'de ise %64 olarak bildirilmiş olmakla birlikte, gerçek hayatta bu oranlar çok daha düşük kalmaktadır. Beta Gen-TÜRK çalışmasında yer alan kalp yetersizliği hastalarının ise %47.8'ü maksimum hedef doza ve %83'ü hedef dozunun yarısına ulaşabildi.

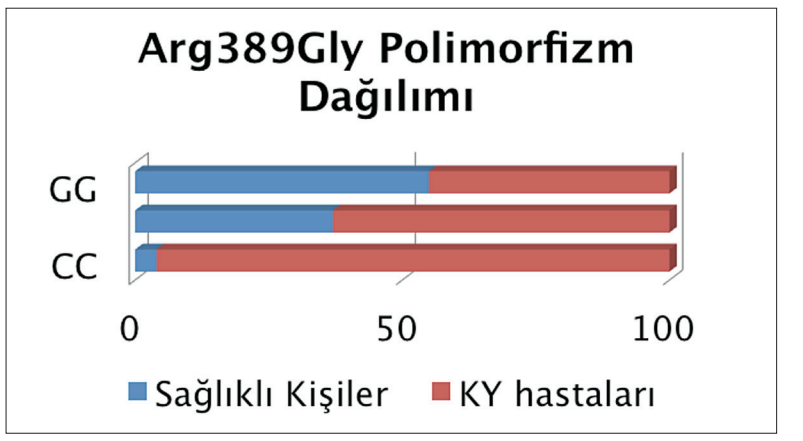
Dolayısıyla gerçek pratik hayatı yansıtan Beta GEN-TÜRK çalışmasının sonuçları, toplumumuzda beta blokerlerin hedef dozlarına ulaşma oranlarının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızın bir başka çarpıcı verisi, maksimal kalp hedef doza ulaşmada beta-blokerler arasında fark olduğudur. Kalp yetersizliği popülasyonumuzda maksimal kalp hedef doza ulaşmada yegane ön gördürücü faktör bazal kalp hızı düzeyi olmuştur.

Genetik polimorfizm oranlarına ve etkisine gelince: Çalışma popülasyonumuzda Arg389Gly polimorfizm sıklığı kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,0001). Örneğin, CC alleli hastaların %27.6'sında bulunurken, kontrol grubunda aynı allel sıklığı sadece %2.3 idi.

Öte yandan, beta blokerlerin metabolizmasında rol oynayan CYP2D6 ve CYP2D6*10'lerin polimorfizm oranları kontrol grubu ve KY hastalarında benzerdi. Genetik polimorfizm ile beta blokerin yan etkileri ve/veya maksimal hedef doza ulaşma açısından ise anlamlı fark saptanmadı.





Bu bulgular, ülkemiz kalp yetersizliği populasyonunda Arg389Gly gen polimorfizminin bulunduğunu ortaya koymakla birlikte beta bloker tedavinin yönlendirilmesini doğrudan etkilemediğini desteklemektedir. Maksimal hedef dozlara ulaşmada bazal kalp hızı etkili iken bu hedefi yakalamada beta blokerler arasında farklılık görünmektedir. Beta blokerleri hastanın tolere edebildiği en yüksek dozlara çıkartabilmek hastayı yakın takip ve doğru değerlendirmeyle sağlanabilmektedir.

Bu araştırmaya katkısı olan tüm kurum, kuruluş ve değerli araştırmacılara şükranlarımızı sunuyoruz.

Doç. Dr. Tuğrul Okay International Hospital Kardiyoloji Bölümü

Hipertrofik Obstruktif Kardiyomyopati (HOKM):

Sık rastlanan, sık atlanan, sık olarak yanlış tedavi edilen bu hastalıkla ilgili unutulmaması gereken 10 madde:

1. HOKM'nin fenotipi son derece değişkendir. Aynı ailede farklı fenotipler görülebilir.
2. Semptom ile sol ventrikül çıkış yolu basınç farkı arasında ve semptom ile septum kalınlığı arasında bir korelasyon yoktur.
3. Eğer istirahatte ölçülen anlık sol ventrikül çıkış yolu basınç farkı 50 mmHg veya daha düşük ise o takdirde egzersize bağlı sol ventrikül çıkış yolundaki dinamik obstruksiyonu araştırmak için egzersiz ekokardiogramı yapılması önerilir. (Kanıt düzeyi: B).
4. AICD takılmasından fayda görebilecek hastaların saptanması açısından, ventriküler aritmilerin yakalanması için 24 saatlik ritm holteri takılması önerilir. Holter takılması bir veya iki yılda bir tekrarlanır.
5. Asemptomatik olgulara beta bloker veya kalsiyum kanal blokeri verilmesinin faydalı olduğu kanıtlanmamıştır. (Kanıt düzeyi: C).
6. Semptomatik (Angina veya nefes darlığı) olan olgularda ilk seçenek betablokerlerdir. (Kanıt düzeyi: B). Betabloker kullanımına cevap vermeyen olgularda disopyramide'in tedaviye eklenmesi veya verapamil kullanımı faydalı olabilir. Dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri gibi vazodilatatörler ve ACE inhibitörleri sol ventrikül çıkış yolunda basınç farkı olanlarda potansiyel olarak zararlıdırlar.
7. Optimal farmakolojik tedaviye rağmen ciddi nefes darlığı veya göğüs ağrısı olan ve sol ventrikül çıkış yolunda 50 mmHg veya daha fazla basınç farkı olan hastalarda septal hipertrofi ve mitral yaprağın sistolik öne hareketi var ise myektomi düşünülmelidir. (Kanıt düzeyi: B). Cerrahi kontrendike ise, tecrübeli cerrah yoksa alkol septal ablasyonu düşünülebilir (Kanıt düzeyi:B), bununla beraber aşırı septum kalınlığı (>30 mm) olanlarda etkisi kesin değildir (Kanıt düzeyi: C). Cerrahi girişim veya alkol ablasyonu yapılmasının hastanın ani ölüm riskini azaltmaya bir etkisi yoktur.
8. Günümüzde HOKM'da çok zorunlu nedenler olmadan mitral kapak replasmanı yapılmamalıdır. HOKM cerrahisi bu konuda tecrübeli kişilerce yapılmalıdır . Aksi taktirde VSD, Tam AV blok ve obstruksiyonun devam etmesi gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır. Mitral kapak tamiri, papiller adeleye girişim cerrahi tedavide seyrek olmayarak uygulanması gereken tekniklerdir
9. Hastanın semptomunun ne olduğu dikkatli bir şekilde irdelenmelidir. Bazen semptoma neden olan sadece atriyal fibrilasyon atakları veya ventriküler taşikardi olabilir. bazen yanlış bir ilaç kullanımı bazen de kontrolsüz bir kan basıncı yüksekliği semptoma neden olmaktadır. Bu yaklaşım gereksiz girişimlere engel olur.
10. Kardiyak arrest veya venrtiküler fibrilasyon öyküsü, hemodinamik önemi olan ventriküler taşikardisi olan hastalarda AICD takılması tavsiye edilir. (Kanıt düzeyi: B). AICD tedavisi ayrıca, sol ventrikül kalınlığı >30 mm olanlara, bir veya fazla açıklanamayan senkop öyküsü veya birinci derecede yakınında ani ölüm öyküsü olanlara da önerilir. (Kanıt düzeyi: B). NSVT'li yüksek riskli hastalara ve egzersiz testinde anormal kan basıncı cevabı olanlar da AICD takılmasından faydalanırlar. Sol ventrikül çıkış yolu basınç farkının ortadan kaldırılması ani olüm riskinin azaltması ile korele değildir.

İskemik stenozun belirlenmesinde inovatif yaklaşımlar: Yeni invazif/non-invazif metodlar

İ.Ü. Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Murat Sezer iskemik stenozun belirlenmesinde yeni invazif ve non-invazif metodlar hakkında bilgi verdi.

Prof. Dr. Murat Murat Sezer, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Koroner arter lezyonlarının fonksiyonel önemini, yani iskemik potansiyelini belirlemenin tedavi stratejisinin şekillendirilmesi açısından hayati olduğunu söyleyen Prof. Dr. Murat Sezer, miyokard iskemisine yol açan ciddiyette bir koroner arter lezyonunun varlığında yıllık kardiyak mortalite ve/veya non-fatal miyokard infarktüsü oranının, iskemi olmaması durumuna kıyasla 10 kat fazla olduğuna dikkat çekti. Fonksiyonel açıdan iskemi yaratmayan lezyonların revaskülarizasyonunun da hastanın gereksiz ve önemli bir riske maruz kalması sonucunu doğuracağını belirten Dr. Murat Sezer, bu nedenle kardiyolojinin günlük pratiğinde iskemik lezyonların kesin, kolay ve hatasız olarak saptanmasının büyük önem taşıdığını bildirdi. Bu amaçla geliştirilen invazif değerlendirme ve non-invazif görüntüleme yöntemlerinde son yıllarda yaşanan gelişmelerin hızının baş döndürücü olduğunu ve olumlu sonuçlarının yüz güldürdüğünü söyleyen Prof. Dr. Murat Sezer, sözlerine şöyle devam etti:

"Kardiyak görüntüleme yöntemleri arasında kardiyak manyetik rezonans (KMR) perfüzyon görüntüleme, çok dedektörlü kardiyak tomografik görüntülemenin fonksiyonel değerlendirme ile kombinasyonu (CT FFR) ve son olarak CT-perfüzyon görüntüleme yöntemleri ön plana çıkmıştır. Bunlar arasında özellikle KMR-perfüzyon görüntülemesi, özellikle son 2 yılda değerini kanıtlamış ve giderek artan oranlarda klinik uygulamada yer bulmuştur. Öyle ki Birleşik Krallıkta toplam görüntüleme sayısında %90 artış saptanmıştır. KMR perfüzyon uygulaması iskemi tayininde artık üstünlüğünü kanıtlamıştır. Miyokard perfüzyon sintigrafisine, hem diyagnostik kabiliyeti hem hastanın MPS esnasında aldığı yüksek doz radyasyondan korunması ve hem de sağladığı maliyet faydası açısından ileri derecede üstündür. EuroCMR registry'de KMR'ın en sık (% 50 hastada) iskemi tayini için kullanıldığı ve hastaların % 62'sinde tedavi stratejisinde önemli fark yarattığı tespit edilmiştir. Önemli olarak, Birleşik Krallık verilerine bakıldığında, KMR yapılan merkezlerin % 70'inde çekim ve raporlamanın sadece kardiyologlar tarafından yapıldığı ve son 1 yıl içerisinde KMR eğitimi veren merkezlerde eğitim alanların % 90'nının kardiyolog olduğu görülebilir.

KMR-perfüzyonun iskemi tayininde, MPS ve hatta PET gibi konvansiyonel yöntemlere üstünlüğünün yanısıra, iskemik stenozun tayininde altın standart olarak değerlendirilen invazif fraksiyonel akım rezervi (FFR) ile karşılaştırmalarında da, üst üste iskeminin belirlenmesinde ileri derecede sensitif ve spesifik olduğu gösterilmiştir.

"Computational flow dynamics" modellemesinin multidedektör CT'ye başarıyla uygulaması sonucunda elde edilen CTFFR değerlerinin CTA'da saptanan koroner lezyonlarının iskemik potansiyellerinin belirlenmesinde gösterdiği performans son 2 yıldaki 2 çalışmayla ortaya konmuştur. Şu an için diyagnostik performansı invazif FFR ile kıyaslandığında çok iyi olmamakla birlikte, gelecek için ümit vermektedir. Bu durumda tek bir non-invazif görüntüleme yöntemi kullanılarak koroner anatominin görüntülenmesinin yanısıra, görüntülenen lezyonların hemodinamik önemlerinin de belirlenmesi de mümkün olmaktadır.

Ayrıca, içinde bulunduğumuz yıl, özellikle invazif koroner fizyoloji alanında çok hararetli ve verimli tartışmalara sahne olmaktadır. Gerçekten inovatif bir yaklaşımla Imperial College'de Dr. Davies ve arkadaşlarının, "Koroner lezyonların fonksiyonel önemini değerlendirmede gerçekten maksimum hiperemi oluşturmaya (FFR ölçümünün temel dayanak noktası) ihtiyaç var mı? Bazal intrakoroner ölçümlerden elde edilen değerlerden türetilen yeni bir indeks (iFR) iskemik lezyonu tespitte aynı derecede başarılı olur mu?" sorusunu sorması ile başlayan ve ardından gelen çalışma sonuçları ile renklenen invazif koroner fizyoloji alanı yeni ve önemli gelişmelere aday gözükmektedir. Kısaca, koroner mikrovaskuler rezistansın minimum ve stabil olduğu anda (ki diyastolün yaklaşık %75'i) özel bir yazılım tarafından alınan aortic (Pa) ve distal intrakoroner (Pd) basınçların oranı ile ifade edilen iFR değerinin FFR ölçümleri ile büyük oranda benzer olduğu, hiperemik stenoz rezistansı gibi koroner iskemiyi en iyi tespit ettiği düşünülen bir parametre ile karşılaştırıldığında FFR kadar efektif olduğu bildirilmiştir. Bu yöntem adenozin kullanımını gereksiz kılarak ve koroner içi ölçümlerin (özellikle çok damar hastalığı varlığında) çok kısa sürede tamamlanmasını sağlayarak, kateter salonunda önemli bir kullanım alanı bulabilir. Şu an için klinik kullanıma tam anlamıyla adapte olmamış olmakla birlikte iFR temelli revaskülarizasyon stratejisinin (FFR ile kıyaslanarak) klinik sonuçlarının da takip edileceği bir dizi klinik araştırma ilerlemektedir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre ileri derecede kullanım kolaylığı olan bu yöntemin günlük pratiğe katkısının büyük olması beklenebilir."

Organizasyon, kongredeki uygulamaların diğerleri için de standart olmasını arzu ediyor !

2012 yılına kadar İstanbul'da düzenlenen ve geçen yıl Antalya Maxx Royal'de yapılan 28'inci Kongrenin yakaladığı başarının ardından Türk Kardiyoloji Derneği tıp camiasını yeniden Antalya'da buluşturuyor.

Kongrenin tüm alt yapı destek hizmetleri GenX Kongre hizmetleri tarafından verilirken, 50'nci kuruluş yıldönümünü kutlayan Türk Kardiyoloji Derneği ile bu organizasyonu gerçekleştirmenin gururunu yaşıyoruz. 1 yıl boyunca süren çalışmalarımızda, yaklaşık 2.500 saat telefonla konuştuk, 28.500'e yakın e-mail gönderdik ve aldık. Komşu ülkeler ve ESC üyesi tüm derneklerle iletişim kurduk, kongremizi tanıttık.

ACC (American College of Cardiology) ve ESC (European Society of Cardiolgoy) kongrelerinde stant ve tanıtım faaliyetleriyle kongremizin uluslararası kimliğinin güçlenmesini sağladık.

GenX olarak "Farkımız Genlerimizde" sloganıyla 5 yıl önce kongre sektöründeki yolculuğumuza başlarken son iki yıldır düzenlediğimiz Ulusal Kardiyoloji Kongresi'nde hep uluslararası standartları aşmayı hedefledik. Türkiye'de 'kongre' standartlarını bir çıta yukarı taşıdık ve bugüne kadar yapılan kongrelerde daha önce hiç uygulanmayan farklı bakış açıları getirmeyi hedefledik.

Bu uygulamaların Türkiye'de yakın gelecekte gerçekleşecek diğer kongrelerde de standart haline gelmesi en büyük dileğimiz olur.

Türkiye'de tıp kongrelerinde ilk defa geçtiğimiz yıl GenX tarafından kullanılan video-mapping görüntüleme sistemini bu yıl da kullanmaya devam ediyoruz. Bu yıl, video-mapping'in yanısıra ilk defa tıp kongrelerinde kullanılacak olan mobil anket, mobil uygulama ve tweetwall gibi uygulamalarla karşınızda olacağız. Ayrıca kongrede yaklaşık 400 GenX Kongre görevlisi sizlere en üst seviyede hizmet verebilmek için çalışacak.

Kongremizin başarılarına başarı katabilmesi için sektörün önde gelen destek firmalarıyla iş birliktelikleri yaptık. Bu ilklerin hepsine sektörlerinin önde gelen isimleri; Magicbox, My staff, Mmt Dekorasyon, Yavuz Bilgisayar ve Kemer Vip ile imza atıyoruz.

Türk kongre turizminin büyümesi ve uluslararası arenada adından daha fazla söz ettirmesi için her gün çalışmaya devam ediyoruz. Bir desteğimizde Türkiye'nin turizm başkenti Antalya'ya. Daha fazla büyümek hedefi ile sadece GenX olarak değil sektör olarak da daha çok çalışmamız gerektiğinin de bilincindeyiz.

Tüm katılımcı hekim ve firma temsilcilerine hoşgeldin der, bilimsel ve sosyal açıdan son derece verimli bir kongre olmasını diliyoruz.

Saygılarımızla,
GenX Kongre Ekibi

MEKİK SERVİS BİLGİLERİ

TÜM OTELLER - MAXX ROYAL KONGRE MERKEZİ ARASI SERVİS SAATLERİ

26 Ekim 2013, Cumartesi		27 Ekim 2013, Pazar		28 Ekim 2013, Pazartesi		29 Ekim 2013, Salı
13.15	16.30	07.45	12.00	07.45	12.00	07.45
13.30	17.30	08.00	13.00	08.00	13.00	08.00
13.45	18.00	08.30	14.00	08.30	14.00	08.30
14.30	18.30	09.00	15.00	09.00	15.00	09.00
15.30		09.30	16.00	09.30	16.00	09.30
		10.00	17.00	10.00	17.00	
		11.00		11.00		

MAXX ROYAL KONGRE MERKEZİ - TÜM OTELLER ARASI SERVİS SAATLERİ

26 Ekim 2013, Cumartesi		27 Ekim 2013, Pazar		28 Ekim 2013, Pazartesi		29 Ekim 2013, Salı
15.00	18.30	10.00	15.30	10.00	15.30	09.45
15.30	19.30	11.00	16.00	11.00	16.00	10.30
16.00	20.30	12.00	17.00	12.00	17.00	11.30
16.30	21.00	13.00	17.30	13.00	17.30	12.00
17.00	21.15	14.00	18.00	14.00	18.00	12.30
17.30	21.30	15.00	18.30	15.00	18.30	

Kapanış aktivitesi mekik servisleri tüm otellerden 21.00 - 21.30 arasında olacaktır.

MEDICAL TRIBUNE TÜRKİYE

Medical Tribune Yayıncılık tarafından hazırlanmıştır.
Tüm yayın hakları Medical Tribune yayıncılığa aittir.
www.medical-tribune.com.tr