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

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ

KONGRE BÜLTENİ

www.tkd.org.tr

27 Ekim 2013

SEKTÖRDEN

Boehringer Ingelheim

Türkiye Cumhuriyeti'nin 90. yılında 29. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi, tüm uzmanlık hekimlerinin merakla bekledikleri bir kongre olup, yeni gelişmelerin eş zamanlı paylaşılarak kişisel ve mesleki gelişimin sağlandığı Türkiye' de bu alandaki öncü misyonunu devam ettirmektedir.

TKD'nin 50. yılında böyle önemli bir platforma etik ve bilimsel duruşumuzla en yeni gelişmeleri ve değişiklikleri tüm katılımcı hekimlerimizle paylaşmak ve onların görüşlerini almaktan mutluluk duyuyoruz.

SANOFI

Cumhuriyetimizin 90'ıncı, TKD'nin de 50'inci yılını kutladığımız bu yıl Uluslararası Katılımlı Türk Kongresi daha da anlamlı biz Sanofi Kardiyoloji için.

Tüm yıl boyunca özveri ve büyük bir enerjiyle hazırlandığımız bu kongrede PAH tedavisine derin bir nefes getirecek yeni ürünümüz "Zepahex" lansmanı ve Sanofi'nin klasikleşen markaları Plavix ve Delix sempozyumlarıyla yer alıyor olacağız. Hepiniz davetlisiniz...

EastPharma | **DEVA**

Kardiyologların ve diğer ilgili hekim kesimlerinin toplantılar ve yayınlar yoluyla sürekli tıbbi eğitimini misyon edinmiş Türk Kardiyoloji Derneği'nin, bu hedef adına düzenlemiş olduğu en önemli kongresi olan 29. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi'nde bizler de DEVA Holding olarak yer almaktan ve bu misyonun bir destekçisi olmaktan büyük mutluluk duyuyoruz. Kongrede 27 Ekim Pazar günü saat 17:15 – 18:15 saatleri arasında Antalya Salonu'nda bu amaçla gerçekleşecek bir uydu sempozyumumuza tüm katılımcıları bekliyoruz.

29. Kongre gururla açıldı

50. yılını kutlayan Türk Kardiyoloji Derneği, 29. Kongresi'nin açılışını büyük bir gururla gerçekleştirdi. Derneği bugüne taşıyan yöneticiler, katılımcılar, bilimsel katkı sağlayanlar ve ilaç sektörü hep birlikte kardiyoloji alanındaki kazanımları, gelişmeleri açılış sunumuyla hatırladılar.

Açılışa Amerikan Kardiyoloji Derneği Eski Başkanı Prof. Dr. William Zoghbi, Avrupa Kardiyoloji Derneği Gelecek Başkanı Prof. Dr. Fausto Punta da katıldı.

Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Ömer Kozan 50. yıl için özel bestelenmiş 50. yıl marşı eşliğin de geçen yıldan bugüne yapılan çalışmaları aktardı.

Prof. Dr. Kazan 2700 üyeye ulaşan derneğin kongresinde 3254 katılımcı, 423 olgu, 152 adet stant, 1053 bildiri ile özellikle bilimsel anlamda rekora ulaşıldığını belirterek, tüm katılımcılara ve destekleyenlere teşekkür etti.

Açılışta ayrıca TKD ödül ve plaketleri sahiplerine verildi;

TKD Genç Araştırmacı Ödülü; Prof.Dr Muzaffer Esat Uçan anısına 1. Dr. Mahmut Akpek, Prof.Dr. Remzi Özcan anısına 2. Dr.Faruk Ertaş,

En İyi Sözlü Bildiri Ödülü; 1. Dr. Bassim Muhammed, 2. Dr. Yüksel Çavuşoğlu, 3. Dr. Ender Emre,

En İyi Girişimsel Kardiyoloji Bildiri Ödülleri; 1. Dr.Mehmet Bilge, 2. Dr. Abdurrahman Tasal,

Kardiyoloji uzmanlık eğitim kurum ve programları yeterlilik belgeleri;

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hast. Kardiyoloji Kliniği - Prof.Dr.Engin Bozkurt, İstanbul Üniv. Çapa Tıp. Fak. Kardiyoloji AD- Dr. Aytaç Öncül,

Dicle Üniv. Tıp Fak. Kardiyoloji AD- Habib Çil,

Marmara Üniv. Kardiyoloji AD - Osman Yeşildağ

Ayrıca katkılarıyla 29. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi'nin gelişimine ve en iyi şekilde uygulanmasına ve hekimlerin katılımına destek olan sponsorlara da teşekkür plaketleri verildi. Bronz sponsor Sanofi adına Nazlıcan Akartuna, gümüş sponsor Bayer adına Mehmet Gürlek, altın sponsor Boehringer Ingelheim adına Dr. Nergiz Yılmaz, platin sponsor Astra Zeneca adına Serkan Barış.

TKD ve ACC ortak oturum

Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu'nun moderatörlüğünde gerçekleştirilen ortak oturumda Amerikan Kalp Derneği toplantısından aktarılan yenilikler konuşuldu.

Ekokardiyografide yeni gelişmeler

Amerikan Kardiyoloji Derneği Eski Başkanı Prof. Dr. William Zoghbi, EKG uygulamalarında zaman içinde çok ciddi gelişmeler olduğunu belirterek şunları söyledi: "Günümüzde üç boyutlu, yüksek hacimli ve hızlı görüntüye ulaştık ve EF (ejeksiyon fraksiyonu) sorunları halledildi. Artık ventrikülleri çok daha iyi görüyoruz. Strain görüntülemesi ile deformasyonları gayet iyi görüntülüyoruz, prognoz açısından da bilgileniyoruz. Kontrastlı EKO ile ventrikülün hacmi çok iyi değerlendiriliyor. Kontrast madde eklendiğinde önemli tanıları da koyabiliyoruz. Kapak hastalıklarında tüm bölgeye bakabiliyoruz. Gelecekte defekti çok daha iyi görebileceğiz. Ayrıca kateter laboratuarlarında büyük gelişmeler oluyor. Artık elde taşınabilen eko sistemlerine doğru bir gidiş var, bu durum tanı koyma gücünün yükselmesi açısından çok önemli."

Girişimsel kardiyolojide yenilikler

Prof. Dr. Murat Tuzcu, "2013 yılında meslektaşlarımla girişimsel kardiyoloji üzerine neler konuştuğumuzdan söz etmek istiyorum" diyerek konuşmasını şöyle sürdürdü: "Koroner girişimlere baktığımız zaman eskinin birçok şeylerini konuşuyoruz, hala ST yükselmeli miyokard enfarktüsü nasıl tedavi edelim tartışması içindeyiz. Revaskülerizasyonda uygun ve uygunsuz revaskülerizasyon kavramı var.

devamı sayfa 4'te

Atriyal fibrilasyonda kardiyak resenkronizasyon tedavisi

Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT), kalp yetmezliğine bağlı gelişen senkronizasyon bozukluğunu düzelterek, hastalarda önemli mortalite ve morbidite azalması sağlayarak son dönemde kullanımı artan bir tedavi seçeneği olarak ön plana çıkıyor.

Kongrenin ilk konuşmalarından birini Doç. Dr. Fethi Kılıçaslan atrial fibrilasyonlu (AF) hastalarda, Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi (KRT) başlıklı konuşmasıyla yaptı.

Bilindiği gibi AF klinik pratikte en sık görülen aritmi ve kalp yetmezliği bu grupta sık görülüyor. Kalp yetmezliğinin ciddiyeti artıkça özellikle ileri kalp yetmezliğinde insidansı %50'lere varıyor. Kalp yetmezliği ve AF birlikteliği sık görülen iki grup. AF hastaların yaklaşık %25'inde kalp yetmezliği var. Çünkü bu iki hastalık birbirini tetikler. Kalp yetmezliğinde AF riski daha yüksek olduğu gibi, AF'nin kendisi de kalp yetmezliğini artıran bir eğilim yaratmakta.

KRT, kalp yetmezliğine bağlı gelişen senkronizasyon bozukluğunu düzelterek hastalarda önemli mortalite ve

devamı sayfa 3'te

Perkütan koroner girişimde dört senaryo

Prof. Dr. Deniz Kumbasar

Çok damar hastalığında perkütan koroner girişim

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Deniz Kumbasar, daha çok üçlü damar hastalığında neler yapılması gerektiğine değineceğini belirterek şunları söyledi: "Perkütan koroner girişim maalesef kılavuzlarda hala koroner arter by pass grefte alternatif olarak gösteriliyor. 2013 yılında ise Heart Team adı verilen Kardiyovasküler Konsey, 3 damar hastalığı varsa, sintaks skoru 22'nin altındaysa perkütan koroner girişimi tavsiye etti. Her çok damar hastalığı 3 damar hastalığı mıdır diye baktığımızda ve gözle karar verildiğinde 3 damarın aslında gerçek 2 damar hastalığı olduğunu görüyoruz. İskemi arttıkça risk artıyor, eğer miyokard alanın %60'ı iskemi altındaysa olaysız yaşam oranı giderek azalıyor. Tam bir revaskülerizasyon yapılırsa majör olumsuz olaylar oranı ciddi biçimde azalıyor. KABG (koroner arter by pass greft) ve PKG'lı (perkütan koroner girişim) hastalar arasında beş yıllık sağkalım, mortalite oranları çok farklı değil, anginasız yaşam ve tekrar revaskülarizasyonda PKG daha başarılı. Serebrovasküler olaylara baktığımızda anjiyoplasti daha başarılı. Hastaneye tekrar yatışlara bakıldığında KABG daha başarılı görünüyor. İlaçlı stentte kılavuz kateter çok önemli. Metaanaliz sonuçlarına görelaçlı stent ile olaylar daha düşük ancak tekrar revaskülarizasyona bakıldığında KABG daha başarılı olarak görülüyor. Sonuç olarak hastalarda sintaks skoru 22 ve altındaysa perkütan koroner girişim, skor yüksekse KABG öneriliyor."

Prof. Dr. Kumbasar hasat için şöyle bir planlama tavsiye etti: "FFR yapılıp yapılmayacağı belirlenmeli, hangi lezyonlara müdahale edileceği mutlaka saptanmalı ve hangi damara daha önce girileceğine karar verilmelidir. Doğru eğimli kateteri kullanmak, ilaçlı stentleri tercih etmek önemlidir. Takipte de gerekli durumlarda KAG (kontrol koroner anjiyografi) kullanılabilir. Stent seçiminde hastanın tercihi de tabii ki önemlidir."

Doç. Dr. Mehmet Eren

Sol ana koronerde perkütan koroner girişim

Doç. Dr. Mehmet Eren, kardiyologların korkulu rüyası olduğunu söylediği, sol ana koroner lezyonlarında yapılacak girişimleri ve kullanılan teknikleri anlattı: "Sol ventrikülün kanlanmasında eğer sağ baskınsa ana koronerden sol baskınsa tamamen sol ventrikülün beslenmesi sol ana koronerden kaynaklanır. Dolayısıyla böyle bir damara girişim yapmak cesaret ve iyi bir deneyim gerektirir. Hasta seçimi ve doğru teknikleri kullanmak önem kazanıyor. Perkütan girişimin başarılı olmasında; hastanın riskinin düşük olması (sintaks skorunun düşük olması), sol ventrikülün iyi olması, lezyonun kalsifikasyon içeriğinin az olması ve diğer damarlarda hastalık olmaması çok önemlidir. Sol ana koroner lezyonları ve gövde lezyonları başarılı olduğumuz lezyonlardır, diğerlerinde komplikasyon çıkma riski yüksektir. En fazla kullandığımız FFR ve IVUS değeridir. Kullanılan kateterin deliksiz olması gerekiyor. Ancak diffüz hastalıkta FFR kullanılamayabilir. Ostial ve orta bölüm lezyonları en kolay lezyonlardır. Distal lezyonlar ise bizi en çok uğraştıran lezyonlardır. Yan delikli kateter kullanılmalıdır. TAP, SKS (simultane kissing stent) ve V stent kullanılmaktadır."

Doç. Dr. Eren sonuç olarak şunları söyledi: "IVUS ve FFR kullanımı, hasta seçimi ve stent sonuçlarını düzenlemede yardımcıdır. Bir stent stratejisi her zaman 2 stende tercih edilmelidir, gerektiğinde de provizyonel 2 stentlemeden kaçmamalıdır. BMS, antiagregan tedavi alamayacak hastalarda tercih edilmelidir."

Prof. Dr. Erdoğan İlkay

Bifürkasyonda perkütan koroner girişim

Prof. Dr. Erdoğan İlkay, koroner bifürkasyonlarda hangi perkütan koroner girişim tekniklerinin kullanıldığını şöyle anlattı: "Bifürkasyon lezyonunu, ana koroner ve ana koroner olmayan bifürkasyon olarak ikiye ayırmak gerekir. Tedavi stratejisini belirlerken bu durumu gözden kaçırmamak lazımdır. Ben ana koroner olmayan bifürkasyon lezyonlarından söz edeceğim. Medina kalsifikasyonuna göre saptanan bifürkasyon hakkında 2011-2012 yıllarında çift stent kullanımında önemli gelişmeler oldu. Kompleks vakaların %92'sinde iki stent takıldı ve final kissing balonu kullanıldı. Aslında kullanılacak olan teknik hastanın bifürkasyon özelliğine göre değişiklik gösterir. Yan dalın beslediği alan büyükse, ülsere ise, sıkı bir lezyon varsa, yan dalda akut tıkanma riski varsa çok iyi değerlendirmek gerekir. Stentleme sırasında ana dalın distal çapı çok önemlidir. Baştan yöntemi belirlemek, TAP tercihi uygun değilse culot veya mini crush çift aşamalı balon kullanılır.

Prof. Dr. Ömer Göktekin

Kronik total oklüzyonda perkütan koroner girişim

Prof. Dr. Ömer Göktekin, burada uygulanan yaklaşımları şöyle anlattı: "Retrograd yaklaşım; proksimal güdüğün nereden çıktığı belli değilse, proksimal başlık çok klasifik ise, oklüzyon uzunluğu 40 mm'den fazla ise, flush oklüzyonlu RCA varsa, LAD ve CX osteal oklüzyonlar gerektiğinde, damarın distali hastalıklı ve ince görünümlü ise, KTO bifurkasyonla sonlanıyorsa, işlem için yeterli antegrad destek yoksa astegrad ve retrograd yaklaşım birbirinin rakibi değil tamamlayıcısıdır. Retrograd işlemin bileşenleri; simültane bilateral anjiyografi enjeksiyonla kollaterallern görüntülenmesi, en uygun kollateralden mikrokateter ve hidrofilik tel ile KTO distaline ulaşılması, hidrofilik tel ya da KTO telleri ile oklüzyonun geçilip diğer damarın proksimaline ve oradan tel ve mikrokateterle rehber katetere girilmesi, koroner telin 330 cm'lik retrograd tel ile değiştirilip vücut dışına çıkarılıp üzerinden balon ve stent gönderilerek damarın açılmasıdır."

Stent for life (SFL) girişimi hedefleri

Mottosu "Birlikte çalışalım. Yaşam kurtaralım" olan yaşam için stent (Stent for Life [SFL]) girişiminde STEMI'li hastalarda semptom başlangıcından ilk tıbbi temasa, o andan tanı ve reperfüzyona kadarki sürenin kısaltılması amaçlanmakta. STEMI hastalarının primer perkütan koroner girişim (PPCI) birimlerine erişimleri bakımından ülkeler ve bölgeler arasında büyük farklılıklar bulunduğunu söyleyen ve bu farklılıkların milli gelir düzeyiyle her zaman bağlantılı olmadığını belirten Stent for Life Girişimi Avrupa Bölgesi Proje Yöneticisi Dr. Zuzana Kaifoszova, SFL'nin hedefinin MI geçiren hastaların PCI merkezlerine vaktinde erişmelerini sağlamak ve bu yolla morbidite ve mortalitelerini azaltmak olduğunu söyledi. Dr. Zuzana Kaifoszova bu hedeflerin ayrıntıları üzerine bilgi verirken, ilk adımın optimal akut koroner sendrom tedavisi bakımından karşılanmamış tıbbi gereksinimleri olan ülke/bölgelerin belirlenmesi olduğunu, bunun ardından endikasyonu olan hastaların PPCI'ya erişimlerini artırmak amacıyla bir eylem planı oluşturulup yürürlüğe konması geldiğini ekledi. Bu eylem planında, PPCI uygulama oranının tüm ST elevasyonlu MI hastalarının %70'inden fazlasına ulaşması, ayrıca ülkenin STEMI popülasyonunun tümünü kapsayacak şekilde dağılımı sağlanmış tüm invazif girişim uygulanan merkezlerde PPCI'nın 7/24 uygulanması hedefi yer almakta. SFL girişimine Türkiye dahil Avrupa'dan 17 ülke katılıyor.

Dr. Zuzana Kaifoszova SFL girişiminde ülke/bölge düzeyinde kilit adımları; yerel durumun haritalanması ve analizi, PPCI kullanımı önündeki engellerin belirlenmesi, bu engelleri aşabilmek için 3 yıllık stratejik bir planın hazırlanması, 1 yıl süreli eylem planının hazırlanması ve yürürlüğe konması, düzenli olarak gelişimin ölçümü ve eylem planında gerekli düzeltmelerin yapılması olarak saydı. Başarı için hekimler, yöneticiler, endüstri ve hasta örgütleri dahil tüm paydaşların katılımlarının önemine dikkat çeken Dr. Zuzana Kaifoszova SFL'nin hükümetin desteklediği programlara entegre edilmesi gerektiğini, ayrıca AMI semptomlarının bilinirliğini artırma amaçlı halkı bilinçlendirme kampanyalarının önemli olduğunu söyledi. Dr. Zuzana Kaifoszova'nın verdiği bilgilere göre Türkiye'de 2011 yılında PPCI uygulanan STEMI hastalarının oranı sadece %8; hastaların % 29'una tromboliz uygulanabilmiş, hastaların % 63'üne ise reperfüzyon tedavisi verilememiş.

Dr. Zuzana Kaifoszova,
SFL Projesi Avrupa Bölgesi Proje Yöneticisi

Atriyal fibrilasyonda kardiyak resenkronizasyon tedavisi

sayfa 1'den devam

morbitide azalması sağlayarak son dönemde kullanımı artan bir tedavi seçeneği olarak ön plana çıkıyor. KRT yapılacak hastaların önemli bir bölümünde, ki başlangıçta hastaların %20'ye yakın bölümünde permenant AF var.

Bu buluşmada AF dediğimiz zaman devamlı olan, uzun süreli persistanı anlamamız lazım. AF'li hastalar daha yaşlı, daha fazla komorbiditesi olan ve prognozu daha kötü olan bir hasta grubudur. Bu önemli klinik sonuca ve yaygın bir duruma neden olmasına rağmen klinik çalışmalarda özellikle KRT çalışmalarında bu grup iyi temsil edilmiyor. Bu nedenle de kılavuzlarda güçlü kanıtlar mevcut değil. Öyle ki bazı çalışmalarda AF'li hastalar çalışma dışı tutulmuş, bu nedenle veriler çok randomize olmayan vaka sayısı az çalışmalardan derlenmiştir.

AF'de hızlı ventrikül yanıtı nedeniyle biventriküler pacingin kaybolması önemli bir sorundur. Yapılan çalışmada biventriküler pacingin %90'ın altında bulunması ve klinik aritmi bulunması KRT'ye yanıtın kötü olmasıyla birlikte değerlendirilmiştir.

Çalışmaların çoğunda KRT başarısı için %100'e yakın biventriküler pacing gerekliliği vurgulanmakta. KRT'li hastalarda biventriküler pacing kaybında en çok yeni gelişen AF atağı sorumlu bulunuyor.

Ayrıca mevcut AF dışında KRT grubu hastalarda yeni gelişen AF de sık görülen bir tablodur. Bazı çalışmalarda %40'a kadar takipte yeni AF geliştiği bildirilmiş. AF'nin bu grupta önemli olmasının nedeni, atrial katkı da bulunmaması. Yine hızlı ventrikül cevabı ile biventriküler pacing oranının düşük kalması da cevabın kötü olmasının bir diğer nedeni.

KRT'li grupta AF'si olan hastalarda önemli kilometre taşı olarak Mustic AF çalışması kabul edilir. (EF ≤ %35, QRS ≥ 200msn, olan 59 hasta, biventriküler pacing ile KRT karşılaştırılmış) Bu permenant AF'si olan hastalarda KRT'nin faydalı olduğunu gösteren ilk ve şu ana kadar tek randomize çalışmadır. Bu grupta sağ ventrikül pacing ile biventriküler pacing karşılaştırılmıştır. Ve eğer uygun biventriküler pacing oranı sağlanırsa bu hastalarda fonksiyonel durumda, 6 dk. yürüme testinde ve pik oksijen alımında bir düzelme tespit edilmiştir. Yani AF'li hastalar KRT tedavisinden fayda görmekte ve hastaneye yatışta %70'e yakın bir azalma söz konusudur.

AF'li hastalarda KRT'nin faydası gösterilmesine rağmen, tüm sebeplere bağlı mortalite ve klinik yanıt sinüs ritmine göre biraz daha az olmaktadır. Yüzde yüze yakın biventriküler pacing mutlaka sağlanmalıdır

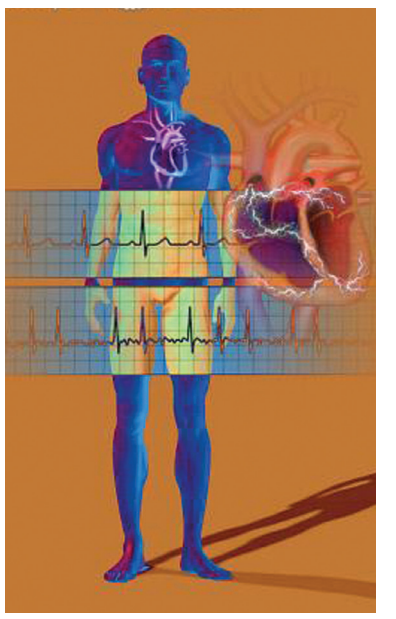
KY hastalarında diğer hasta gruplarında olduğu gibi hız kontrolü amacıyla medikal tedavi yanında AV nod ablasyonu da kullanılıyor. Biventriküler pacingi %100 sağlamak ancak AV nod ablosyonu yapılan hastalarda mümkün.

Birçok çalışmada AV nod ablasyonu yapıldığı zaman KRT etkinliğinin daha fazla olduğu teyit edilmiş. Ancak rutin ablasyonun yapılması konusunda yeterli veri mevcut değil. Medikal tedavi ile AV nod ablosyonu karşılaştırmasında, (Gasparini, 2006) KRT'nin hem AF hem de sinüs ritm, grubundaki etkinliği karşılaştırılmış ve iki grupta da tüm parametrelerde uzun dönemde faydalı iyileşmeler sağlandığı bildirilmiştir. Ancak alt grup analizi yapıldığı zaman AF grubunda bu elde edilen faydanın etkin biventriküler pacing sağlanan grubunda olduğu görülmüştür. Özetle sol ventrikül fonksiyonlarında bir artış, eğer AV nod ablasyonu yapılırsa vitral yetmezlikte azalma, ekzersiz kapasitesinde, kap yetmezliğinde iyileşme ve mortalitede azalma sağlanabilir. Halen AV nod ablasyonu ile tıbbi tedaviyi karşılaştıran randomize, tamamlanmış prospektif, kontrollü bir çalışma bulunmamakta.

Diğer önemli bir veri olarak RAFT çalışması alınabilir. (NYHA II/III, EFC≤ %30, QRS≥120 msn, ICD 115 hasta vs KRT-ICD 114 hasta) Çalışmada permanent AF'si olan ciddi KY olan ve ICD tedavisi ile biventriküler ICD karşılaştırılmış.

Aslında AF de biventrikuler ICD'nin etkinliğini inceleyen birebir çalışma olmamasına rağmen çok ciddi sayıda AF'li hasta olduğu için önem taşımakta. Bu çalışmanın sonuçları maalesef pozitif çıkmamış. Sadece biventriküler ICD grubunda hastaneye yatışlarda bir miktar azalma eğilimi gözlenmiş.

Diğer çalışmalara nazaran negatif sonuçlar olması, çalışmanın tedavi etkinliğini dışlayacak kadar güçlü bir çalışma olmaması ve hastaların önemli bir bölümünde yeterli biventriküler pacing sağlanamamasına bağlanmıştır. Bu çalışmanın eleştirileri göz önüne alınarak yapılacak yeni bir çalışma ile sorulara cevap bulunabilir.



ESC'nin öncelikli hedefi eğitim

Her yıl olduğu gibi bu yıl da kongreye katılan Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) değerlendirmelerini Ulusal Kardiyoloji Dernekleri İlişkiler Departmanı Başkanı İsabelle Collin'den aldık.

Collin, Türk Kardiyoloji Derneği'ni ilk 10 içinde değerlendirdiklerini söyleyerek sözlerine başladı ve önümüzdeki yıl Barcelona'da yapılacak olan ESC kongresinin öncesinde, Avrupa Ekokardiyoloji Kongresi için tüm Avrupa olarak 11-14 Aralık 2013'te İstanbul Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde buluşulacaklarını hatırlattı.

Şu an ve yakın gelecek için Türkiye'nin de dahil olduğu yeni projelere başladıklarını söyleyen Collin, önceliklerinin eğitim olduğunu ve bunun için bir eğitim platformu ve paket kılavuzlar için mobil uygulamalar üzerinde çalıştıklarını aktardı. Collin sözlerini "Her yıl klinik uygulama kılavuzları yayınlıyoruz. Yeni çalışma modelleri için çalışıyoruz, çünkü mevcut ekonomik ortama adapte olmalıyız. Sınırlarımızı genişleterek, yeni bilimsel hedeflerimizin çok daha fazla kardiyoloğa ulaşabilmesi için çalışıyoruz. Her yıl olduğu gibi bu yıl da TKD kongresine katıldık, buradaki katılım gerçekten çok etkileyici" diyerek tamamladı.

PURE Çalışması'ndan rakamsal veriler

Uluslararası, ileriye dönük kentsel ve kırsal epidemiyolojik bir araştırma olan PURE (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study) çalışması, toplumsal ve çevresel etkilerin; kalp damar hastalıklarına yol açan risk faktörleri ve bulaşıcı olmayan hastalıkların toplumda görülme sıklığına etkisini araştırıyor. Bunun yanında toplumsal belirteçlerle, bulaşıcı olmayan hastalıklar sonucu meydana gelen tıbbi olaylar ve seçilen kardiyovasküler risk faktörlerinde zaman içindeki değişimlerini de inceliyor.

PURE çalışması Türkiye ile birlikte Kanada, Polonya, İsveç, Arjantin, Brezilya, Şili, Kolombiya, Çin, Hindistan, Pakistan, Bangladeş, İran, Birleşik Arap Emirlikleri, Malezya, Zimbabve ve Güney Afrika'nın da dahil edildiği toplam 17 ülkede 156 bin kişi ile yürütülüyor.

Ülkemizde 2008 yılında Aydın, Antalya, Gaziantep, İstanbul, Kocaeli, Malatya, Nevşehir ve Samsun olmak üzere 8 ilde kentsel ve kırsal bölgelerde yaşayan 35–70 yaş aralığındaki 4 bin kişinin katılımı ile başlatılan PURE Türkiye çalışması Metabolik Sendrom Derneği tarafından yürütülüyor.

Dünya çapında 12 yıl sürecek olan projenin 2009–2012 yılları arasındaki karşılaştırmalı Türkiye verileri çarpıcı sonuçlar ortaya koymuştur.

Obezite;

Obezite Tük toplumunda giderek daha ciddi bir sorun haline geliyor. Obezite oranı % 54.4'e ulaşmıştır. 38-73 yaş aralığında BMİ (Beden Kütle İndeksi) 30 kg/m2 ve üzerinde olanlarla, yüksek kilolu olarak tanımlanan (BMİ: 25-30 kg/m^2) olan % 33'lük kişiler de eklendiğinde, toplumda bu yaşlarda sadece %12.5'luk bir kesimin normal kilo sınırlarında olduğu görülmektedir.

Metabolik Sendrom;

Toplumumuzda (38-73 yaş aralığında) her iki kişiden birinde metabolik sendrom var.

Metobolik sendrom sorunu olanların oranı 2009'dan bu yana % 6.3'lük bir artışla % 49.9 olmuştur.

Artık önemli bir kardiyometabolik risk faktörü olduğu bilinen bel çevresi genişliği metabolik risk faktörü olduğu bilinen bel çevresi genişliği ortalaması, Türk toplumunda 38-73 yaş arası kadınlarda 93 cm, erkeklerde ise 97 cm'dir. Oysa sağlıklı oranlar, Avrupa için kadınlarda 80 cm ve erkeklerde 94 cm'nin aşağısı olarak kabul edilmektedir.

Son üç yılda yeni diyabet geliştiren kişilerin % 70'inin sağlık geçmişlerine bakıldığında diyabet öncesinde de metabolik sendrom sorunu olduğu görülmüştür.

Metabolik sendrom kalp krizi riskini 2,5 kat, inme riskini 5 kat artıyor. Diyabeti olanlarda ise kalp krizi geçirme riski 3,5 kat, inme riski 2,5 kat artıyor.

Diyabet;

Türkiye'de 38-73 yaş arasındaki her 5 kişiden biri diyabet gelişmiş durumda. Altmış yaş üzerinde bu oran 3'te 1'e çıkıyor. Diyabet hastalarının % 80'inde kan şekeri kontrolü yetersiz.

Türkiye'de diyabet görülme sıklığı 2009'da % 13 iken 2012'de % 17.9'a yükselmiştir. Açlık kan şekerine göre ölçülen bu verilere HbA1c ölçümleri de eklendiğinde bu oran % 22.3'e yükselmektedir. Ülkemizde diyabet görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla ortalama % 3 daha yüksektir.

Türkiye'de diyabet oranı üç yılda % 20 artmıştır.

Diyabet ortaya çıkanların % 70'i obez, % 26'sı fazla kilolu. Normal kilolular için bu oran sadece % 4.

Yeni diyabet gelişen hastaların 3 yıl önceki özelliklerine bakıldığında % 70'inin metabolik sendromu, % 50'sinin hipertansiyonu olduğu gözlemlenmiştir.

Kolesterol;

Sonuçlar kolesterol değerlerinde son 3 yılda önemli bir artış olmadığını ama HDL kolesterolü) düşük olanların sayısında % 20 artış olduğunu göstermiştir.

Prof. Dr. Aytekin Oğuz,
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Sigara- Alkol:

- Son 3 yılda sigara kullananların oranında % 15, alkol kullananların oranında ise % 20 azalma olmuştur.

Halen 5. yıl takibi tamamlanmış olan PURE Türkiye çalışmasında 6. yıl takipleri için 2014 ilkbaharında sahaya çıkılacaktır.

Akut STEMI tedavisinde kılavuzlarda cevapsız kalan sorular

Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi Prof.Dr. Kurtuluş Özdemir Akut STEMI tedavisinde kılavuzlarda cevapsız kalan sorulara yanıt aradığı konuşmasında şu açıklamalarda bulundu:

"Akut koroner sendromlar arasında STEMI sıklığının zaman içinde azaldığını görmekteyiz, ama mortalitesi hala yüksek kalmaya devam etmekte. Tedavide ilk tercih perkütan koroner girişimdir (PCI). İlk karşılama balon süresi 120 dk'nın altındaysa yine PCI önerilmekte, eğer süre 120 dk'nın üzerindeyse, trombolitik tedavi uygulanması ve hastanın en kısa sürede ileri merkezlere sevki gerekmekte. Öte yandan, kardiyojenik şok ve şiddetli kalp yetmezlikli hastaların, MI başlangıç zamanı ne olursa olsun hemen transferi önerilmekte. PCI yapılamayan hastanelere ulaşan hastalar için hızlı değerlendirme son derece önemlidir, çünkü bilindiği üzere MI'da zaman eşit kastır. Hastaneler arası transfer süresi kısa olsa bile, semptomların başlangıcından itibaren 1-2 saat içinde gelen uygun hastalar söz konusu olduğunda trombolitik tedavinin avantajlı olabileceği bildirilmektedir. Kılavuzlarda net ifade edilmeyen konular arasında ise, yeni geliştirilmiş güçlü antitrombotik tedavinin zamanlaması ve metodu, antikoagülan ilaç tipi ve uygulama metodu, optimal primer PCI tekniği, görüntüleme metodlarının rolü yer almaktadır. Bu nedenle günlük uygulamalarda, kılavuzlar dikkate alınarak kanama, trombotik ve iskemik olayların riskine göre bireysel yaklaşım esas olmalıdır. Birçok farmakolojik ve girişimsel tedaviler olmasına rağmen bu tedavilerin birlikte kullanılmasının potansiyel etkinliği konusundaki veriler yetersizdir. Zaman konusunda kılavuzlar iki noktada net değildir. Bunlardan biri transport zamanı nasıl ve ne şekilde tedavi edilmesi gerektiği, diğeri ise, daha sonra, acil servise gelen hastada kateter laboratuvarına girerken geçen zaman süresinde nelere dikkat edilmesi gerektiği. Net olmamakla birlikte, ilk 3 saat içinde gelen hastalarda trombolitik tedavi verilmesi ve hastanın hemen gönderilmesi, ardından PCI yapılmasının yararı yönünde bilgiler vardır. İkincisi, acil servise hastanın uğraması en çok vakit kaybına neden olan husustur. Acil servisin bypass edilerek doğrudan girişim laboratuvarında tedavi verilen hastalarda 30 dakikalık bir kazanç olduğu belirlenmiştir. Bu durum Avrupa kılavuzunda tedavide yerini bulmuştur (kanıt düzeyi: sınıf IIa). Kapı-balon zamanının 90 dk'nın altında olması gerektiği bilinmektedir. Fakat "90 dk'nın ne kadar altında?" sorusu cevapsızdı. Yeni bir çalışma, 90 dk'nın altına ne kadar düşülürse düşülsün mortalitenin değişmediğini göstermiştir. Ama 90 dk'nın üzerindeki her dakika mortalite artmaktadır. Esas hedef toplam iskemi süresini azaltmak olmalıdır.

Aort diseksiyonunun tanınamaması

Aort diseksiyonunun tanınamayıp trombolitik tedavi uygulanması korkulu bir rüyadır. Böylesi bir durumda mortalite %100'e kadar çıkabilmektedir. Miyokardiyal iskemi veya infarktüs aort diseksiyonunun sık olmayan, fakat ciddi bir komplikasyonudur. Bunun önüne geçmek için hasta iyi analiz edilmeli, yüksek riskli gruptan hastalarda mutlaka aort diseksiyonu ekarte edilmeli, bundan sonra STEMI düşünülüp tedavi edilmelidir. Diseksiyonlu hastada ağrı yırtılırcasına şiddetlidir ve karından gelir. Yine hasta geldiği sırada çok yüksek bir kan basıncı varsa, diseksiyondan şüphelenilmelidir. Tanıda öyküden sonra yardımcı olabilecek araç, ekokardiyografidir. Tüm akut koroner sendromlu hastalarda eko yapılması gereklidir. Şüphe durumunda tüm antikoagülan, antiagregan ilaçlar kesilmelidir. Tanı kesinleşince de acil cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Gebelikte MI

STEMI, gebeliklerde 1/10.000 sıklıkla görülebilen kompleks bir durumdur. En uygun tedavinin ne olduğu kesin değildir. Koroner akımın bozulmasının ana nedenleri ateroskleroz (plak rüptürü, erozyon) (antepartum), koroner arter diseksiyonu (peripartum), vazospazm, trombüs-embolidir. Diğer nedenler arasında vaskülit, konektif doku hastalıkları, Ehler-Danlos sendromu, feokromasitoma ve orak hücreli anemi yer almaktadır. Çoğu vakada tutulan damar LAD'dir. Gebelerde koroner anjiyonun rolü, fetüsün radyasyona maruziyetini azaltma stratejileri, optimal antitrombotik ve antikoagülan tedavinin ne olması gerektiği, revaskülarizasyon stratejisi, gebelik ve laktasyonda ilaçların güvenliliğine dair sorular mevcuttur. Gerçekten, koroner anjiyografi radyasyon güvenliğine dair endişeler nedeniyle daha az kullanılmaktadır, ama fetüsün maruz kaldığı radyasyon düzeyi sanıldığı kadar yüksek değildir. Bununla birlikte kurşun koruma ve mümkünse radyal girişim olası riski daha da azaltmaktadır. Kesin kontrendike değilse de, trombolitik tedaviden kaçınılması tavsiye edilmektedir. PCI uygulanması halinde çıplak stent uygulanmalıdır.

Perioperatif MI

Perioperatif dönemde MI, tedavide oldukça zorlayan bir konudur. Ölüm riski normal MI geçiren bir hastanın 2 katıdır (%36). Tip II denilen, talebin artmasına bağlı MI'ları da mutlaka düşünmek gerekmektedir. Tanıda en çok zorlayan unsur anamnezdir. Hastaların çoğunda, anestezi veya analjeziye bağlı olarak göğüs ağrısı olmadığından tanı ve tedavi gecikmesi sıktır. Bu nedenle göğüs ağrısının dışındaki semptomların (çarpıntı, göğüste sıkışma, nefes darlığı, kan basıncında düşme) irdelenmesi gerekmektedir. Yüksek troponin düzeylerinin cerrahi sonrası 1 yıla kadar mortalitenin bağımsız belirleyicisi olduğu gösterilmiştir. EKG monitörizasyonu ve enzim takibi özellikle yüksek riskli hastalarda önemlidir. Periop tedavi standardize olmasına rağmen, ne yazık ki klinik pratikle uyuşmamaktadır. Ve daha önemlisi preop KAH tanınmaması periop önleyici tedbirlerin yetersizliğine yol açmakta ve prognozu kötüleştirmektedir. Tedavinin esası, MI'yı tetikleyen risk faktörlerinin erkenden düzeltilmesi ve erken tanıdır. MI vakaların %80'inde ilk 3 günde görülmektedir. İnsidans yaşla artmaktadır. Ölümün bağımsız risk faktörleri arasında antitrombositer ve antikoagülan tedavinin kullanılmaması ve şok tablosu yer almaktadır. Tedavinin tüm amacının miyokardiyal hasarı ve komplikasyonları azaltmak olması gerekmektedir. Bu amaçla öncelikle iskemiyi artıran sekonder nedenlerin (hipoksi, hipovolemi, taşikardi, enfeksiyon, hipo-, hipertansiyon) düzeltilmesi gereklidir. Antitrombotik ve antikoagülan tedavi cerrahi tedavinin oluşturacağı ve hastanın kanama riskine göre düzenlenmelidir. Preop statin ve ASA kullanımı perop MI riskini belirgin şekilde azaltır; aspirin kesilmemelidir. Koroner girişim nadiren ilk tercih edilen tedavi şeklidir. Yine, farklı MI durumu ve klinik olayların kompleks olmasından dolayı tedavi bireyselleştirilmelidir.

Prof.Dr. Kurtuluş Özdemir, Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi

TKD ve ACC ortak oturum

sayfa 1'den devam

Bu konuda radyal mi femoral mi, trombus aspirasyonu gerekli mi tartışmaları var. Çok yeni bir araştırma sonucuna göre; trombus aspirasyonuna gerek olmadığı ortaya kondu. Girişimsel kardiyolojide antikoagülanlar, antitrombotikler önemlidir, bu yıl bizim önderlik ederek başlattığımız ve gelecek yıllarda adını duyacağınız yeni bir antikoagülan olan 9A inhibitöründen söz edebilirim. Bu inhibitör ile müthiş bir antikoagülasyon sağlıyorsunuz, antidotunu verdiğinizde de antikoagülasyonu istediğiniz gibi aşağı çekebiliyorsunuz. Perifer girişimde, renal denervasyon bu yıl en çok heyecan uyandıran konu oldu. Heyecan uyandıran diğer bir şey de daha çok yeni olan ancak gelecek vaat eden, ilaç salımlı balonlar oldu. Yeni jenerasyon kapaklar ve stentler de çok önemli. Mitral konusunda da önemli düşünce değişiklikleri oldu, önümüzdeki 3-4 yıl içinde mitral kapak replasmanından söz edeceğiz."

Antitrombotik tedavide yenilikler

Prof. Dr. Zeki Öngen, kılavuzlar yayınlandıktan sonra çıkan yenilikleri anlatarak şöyle konuştu: "Antitrombosit tedaviyi bireyselleştirebilir miyiz diye bakıldığında, genetik yapıya göre elimizde kişiselleştireceğimiz bir tedavi yok. Günümüzde standart antitrombosit tedavi ikili antitrombosit tedavi, süresi üzerinde bazı çalışmalar ve tartışmalar mevcut. Antikoagülan tedavi kalp damar sisteminde üç bölgeye etki ediyor: venler, arterler ve sol atrium. Edoksaban yeni bir molekül ancak bir alternatif gibi görünmüyor, 15 gün sonra bu molekülle ilgili araştırma sonuçları açıklanacak. Bu konudaki önerim, yeni oral antikoagülan kullanacaksak endikasyona göre seçilmelidir."

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