

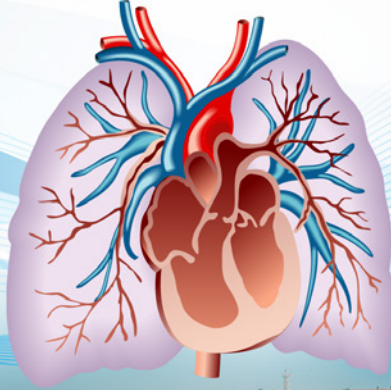


Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği



ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ
GAZİANTEP



18-21
MAYIS
2022

GENH
KONGRE



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği

ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ **GAZİANTEP**



YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Dr. Serdar KÜÇÜKOĞLU

BAŞKAN YARDIMCILARI

Dr. Bedrettin YILDIZELİ

Dr. Gülen HATEMİ

GENEL SEKRETER

Dr. Gülfer OKUMUŞ

MALİ İŞLER SORUMLUSU

Dr. Burçak KILIÇKIRAN AVCI

WEB SORUMLUSU

Dr. Serdar KULA

BİLİMSEL KOMİTE SORUMLUSU

Dr. Zeynep Pınar ÖNEN

ÜYELER

Dr. Meral KAYIKÇIOĞLU

Dr. Ali AKDOĞAN



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği

ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ GAZİANTEP



18 Mayıs 2022

16:00-17:15 KURS 1: Pulmoner Vasküler Hastalıklarda Laboratuvar Kursu

Oturum Başkanı: *Dr. Hakan Kültürsay, Dr. Serdar Kula*

Tromboembolide protrombotik risk faktörleri

Dr. Cem Ar

PAH hastasında otoantikolarlar

Dr. Melike Melikoğlu

Solunum fonksiyon testi

Dr. Aslı Görek Dilektaşlı

Pulmoner embolide ekokardiyografi

Dr. Omac Tüfekçioğlu

17:15-17:30 KAHVE ARASI

17:30-19:00 Olgular Yarışıyor

Pulmoner Hipertansiyon, Pulmoner Emboli, Pulmoner Vaskilit Olguları Yarışıyor

Juri: *Dr. Ayşe Yıldırım, Dr. Gül Öngen, Dr. Bülent Mutlu, Dr. Gülen Hatemi*



19 Mayıs 2022

09:00-09:15 **AÇILIŞ**

Dr. Serdar Küçükkoğlu

09:15-10:00 **Grup 1? Grup 4? Vaskülit**

Oturum Başkanları: *Dr. Omaç Tüfekçioğlu, Dr. Ergün Barış Kaya*

Panelistler: *Dr. Gülen Hatemi, Dr. Uğur Nadir Karakulak*

Olgu Sunumu: *Dr. Alper Sarı*

10:00-10:15 KAHVE ARASI

10:15-11:15 **Konjenital Olgularda PH Zor Vakalar**

Oturum Başkanları: *Dr. Mehmet Akbulut, Dr. Fırat Kardelen*

Panelistler: *Dr. Zülal Ülger, Dr. Erkan İriz, Dr. Gülten Taçoy, Dr. Sezen Ugan Atik*

Kardiyoloji

Dr. Mehmet Kaplan

Çocuk kardiyoloji

Dr. Serdar Epçaçan

Kardiyoloji

Dr. Kardelen Ohtaroglu

11:15-11:30 KAHVE ARASI

11:30-12:15 **UYDU SEMPOZYUMU**

PAH Tedavisi'nde Ambrisentan'ın Yeri ve Önemi

Moderatör: *Dr. Gül Öngen*

Ambition Çalışması

Dr. İsmail Hanta

Olgu Sunumu

Dr. Dilek Çiçek Yılmaz

Ambrisentan Hangi İhtiyacımızı Karşılıyor?

Dr. Ergün Barış Kaya



sanofi

12:15-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-14:15 **Grup 3 Pulmoner HT, Nasıl yaklaşıyoruz?**

Oturum Başkanı: *İsmail Hanta*

Panelistler: *Çağlar Emre Çağlıyan, Pelin Pınar Deniz*

Kardiyolog Gözüyle Tip 3 Pulmoner Hipertansiyon

Dr. Çağlar Emre Çağlıyan

Olgu Sunumu

Dr. Pelin Pınar Deniz

14:15- 14:30 KAHVE ARASI



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği

ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ GAZİANTEP



14:30-15:15 UYDU SEMPOZYUM

PAH Tedavisinde Başlangıç Seçenekleri ve
Kombinasyon Zamanlaması

Moderatör: Dr. Ergün Barış Kaya

Konuşmacılar: Dr. Burçak Kılıçkiran Avcı, Dr. Mehmet Kaplan



15:15-15:30 KAHVE ARASI

15:30-17:00 Zor Vakalar Pulmoner Emboli

Oturum Başkanı: Dr. Dilek Çiçek Yılmaz, Dr. Merih Birlik,

Dr. Mehmet Akif Düzenli

Panelistler: Dr. Bedrettin Yıldızeli, Dr. Emire Seyahi, Dr. Nazan Bayram,

Dr. Tarık Kıvrak

Vaka 1. Göğüs Hastalıkları

Dr. Serhat Erol

Vaka 2. Kardiyoloji

Dr. Begüm Uygur

Vaka 3. Kalp Damar Cerrahisi

Dr. Serpil Taş

Vaka 4. Çocuk Kardiyolojisi

Dr. Erman Çılsal



20 Mayıs 2022

08:30-09:00 Sözel Bildiri Oturumu

SS-01 Pulmonary Hypertension Classification Based on Machine Learning Using Standart Chest X-Ray: ATA Artificial Intelligence Study-1
Dr. Tarık Kıvrak

SS-02 Sistemik Skleroz Hastasında Pulmoner Hipertansiyon: Yönetimi Zor Bir Vaka
Dr. Duygu Temiz Karadağ

SS-03 Prone Pozisyonu: Ecmo Öncesi Son Şans mı?
Dr. Gamze Gül Tiryaki

09:00-10:00 GRUP-2 Pulmoner Hipertansiyon

Oturum Başkanı: *Dr. Bahri Akdeniz*

Panelistler: *Dr. M. Birhan Yılmaz, Dr. Ebru Özpelit, Dr. Can Sevinç*

Olgu Sunumu 1
Dr. Ayşe Çolak

Olgu Sunumu 2
Dr. Mehmet Kış

10:00-10:15 KAHVE ARASI

10:15-11:00 UYDU SEMPOZYUMU

PAH'ta Yeni Bir Nefes
"Masitentan İnteraktif Vaka Tartışmaları"

Moderatörler: *Dr. Serdar Küçükkoçlu, Dr. Gülfer Okumuş*

Olgu Sunumu 1
Dr. Ebru Özpelit

Olgu Sunumu 2
Dr. Hilal Erken Pamukçu

Olgu Sunumu 3
Dr. Ersan Atahan

 **ABDiBRAHiM**

11:00-11:15 KAHVE ARASI

11:15-12:00 Pulmoner Venoklüzif Hastalığının Farklı Yüzeleri ?

Oturum Başkanları: *Dr. Gül Öngen, Dr. İbrahim Başarıcı*

Panelistler: *Dr. Ömer Özbudak, Dr. Veli Yazısız, Dr. Gökhan Arslan, Dr. Aslı Toylu*

Olgu Sunumu 1: *Dr. İbrahim Başarıcı*

Olgu Sunumu 2: *Dr. Müge Tezer*

12:00-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği

ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ GAZİANTEP



13:30-14:15 UYDU SEMPOZYUM

PAH Tedavisinde Olgularla Abrisentan'ın Yeri

Moderatörler: Dr.Serdar Küçükoğlu

Konuşmacılar: Dr. Ergün Barış Kaya, Dr. Halil Ataş



14:15-14:30 KAHVE ARASI

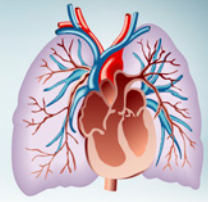
14:30-15:15 KTEPH Konsey

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Küçükoğlu , Dr. Zeki Öngen

Panelistler: Dr. Bedrettin Yıldızeli, Dr. Burçak Kılıçkırın Avcı,

Dr. Ümit Yaşar Sinan, Dr. Şebnem Durmaz, Dr. Halil Ataş, Dr. Ersan Atahan

Olgu Sunumu: Dr. Aybüke Geylan



21 Mayıs 2022

09:15-10:45 Zor Olgular (PAH)

Oturum Başkanı: Dr. Ahmet Kaya Bilge, Dr. Zeynep Pınar Önen

Panelistler: Dr. Murat Meriç, Dr. Eylem Sercan, Dr. İbrahim Cansaran Tanırdır,
Dr. Yasemin Yalçınkaya, Dr. Süleyman Serdar Koca

1. Vaka Sunumu Göğüs Hastalıkları

Dr. Aylin Pıhtılı

2. Vaka Sunumu Kardiyoloji

Dr. Zeynep Ulutaş

3. Vaka Sunumu Pediatrik Kardiyoloji

Dr. Alparslan Fatih Genç

4. Vaka Sunumu Romatoloji

Dr. Berna Yurttaş

10:45-11:00 KAHVE ARASI

11:00-12:00 KURS 2: Akuttan Kroniğe Pulmoner Vasküler Hastalılarda BT

Oturum Başkanları : Dr. Gülfer Okumuş, Dr. Meral Kayıkçıoğlu

Konuşmacılar: Dr. Ali Aslan Demir, Dr. Çagatay Cimşit



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği



ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ
GAZİANTEP

SÖZLÜ
BİLDİRİLER



SS-01 PULMONARY HYPERTENSION CLASSIFICATION BASED ON MACHINE LEARNING USING STANDART CHEST X-RAY:ATA ARTIFICIAL INTELLIGENCE STUDY-1

Tarık Kıvrak¹, Burcu Yağmur², Dilek Çiçek Yılmaz⁴, Emrah Yeşil⁴, Ahmet Çelik⁴, Çağrı Yayla³, Bahar Tekin Tak³, Ufuk İyigün⁵, Hidayet Ozan Arabacı⁶, Ümit Yaşar Sınan⁶, Sena Sert Şekerci⁷, Mehmet Kış⁸, Elif İlkay Yüce⁹, Özkan Karaca⁹, Fatih Poyraz⁹, Erdem Kaya⁹, Derya Kocakaya¹¹, Ahmet Öz¹⁰, Sefa Erdi Ömür¹², Anıl Şahin¹³, Mehmet Kaplan¹⁴, Zeynep Ulutaş¹⁵, Hatice Solmaz¹⁹, Remzi Sarıkaya¹⁶, Ömer Kümet¹⁶, Cem Utku Yeşilkaya¹⁷, Hasan Güngör¹⁷, Hakkı Şimşek¹⁸, Erdal İn²⁰, Nurcan Kırıcı Berber²⁰, Hakkı Kaya²¹, Nihan Turhan Çağlar²², Nihan Kariya Eren²³, Seda Tan²⁴, Hilal Erken²⁵, Reyhan Rengin Güvenç²⁶, Aykun Hakgör²⁷, Tuncay Güze²⁸, Aycan Fahri Ercan³⁰, Berkay Ekici³⁸, Ayça Gümüşdağ³¹, Mehmet Mustafa Can³¹, Gamze Yeter Arslan³⁴, Begüm Uygur³³, Ayşe Beril Türkyılmaz³³, Taner Şeker³⁶, Özge Özden³², Burçak Kılıçkiran Avcı³⁵, Çiğdem İleri Doğan³⁷, Çağlar Emre Çağlayan³⁹, Umud Kocabaş⁴⁰, Mustafa Yenerçay⁴¹, Hakan Güneş⁴², Türker Tuncer¹, Şengül Doğan¹, Mehmet Ali Gelen¹, Ömer Işık¹, Mehtap Yeni⁴³, Ertuğrul Okuyan³¹, Bedrettin Yıldızeli¹¹, Mehmet Akbulut¹, Mehdi Zoghi², Ömer Kozan²⁹

¹Firat Üniversitesi

²Ege Üniversitesi

³Ankara Şehir Hastanesi

⁴Mersin Üniversitesi

⁵Hatay Devlet Hastanesi

⁶Kardiyoloji Enstitüsü

⁷Siyami Ersek Hastanesi

⁸Dokuz Eylül Üniversitesi

⁹Gaziantep Ersin Aslan Hastanesi

¹⁰Istanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

¹¹Marmara Üniversitesi

¹²Tokat Üniversitesi

¹³Cumhuriyet Üniversitesi

¹⁴Gaziantep Üniversitesi

¹⁵İnönü Üniversitesi

¹⁶Van Eğitim Araştırma Hastanesi

¹⁷Adnan Menderes Üniversitesi

¹⁸Dicle Üniversitesi

¹⁹Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

²⁰Turgut Özal Üniversitesi

²¹Onsekiz Mart Üniversitesi

²²Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi

²³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

²⁴Ankara Üniversitesi

²⁵Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²⁶Okan Üniversitesi

²⁷Medipol Üniversitesi

²⁸Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²⁹Istanbul Başkent Üniversitesi

³⁰Ufuk Üniversitesi

³¹Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi

³²Bahçelievler Memorial Hastanesi

³³Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³⁴Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

³⁵Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

³⁶Adana Eğitim Araştırma Hastanesi

³⁷Koşuyolu Eğitim Araştırma Hastanesi

³⁸Lokman Hekim Üniversitesi

³⁹Çukurova Üniversitesi

⁴⁰İzmir Başkent Üniversitesi



⁴¹Ordu Üniversitesi

⁴²Sütçü İmam Üniversitesi

⁴³Isparta Devlet Hastanesi

Amaç: 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

Yöntem: 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.

Bulgular: 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.

ROC curve analyses

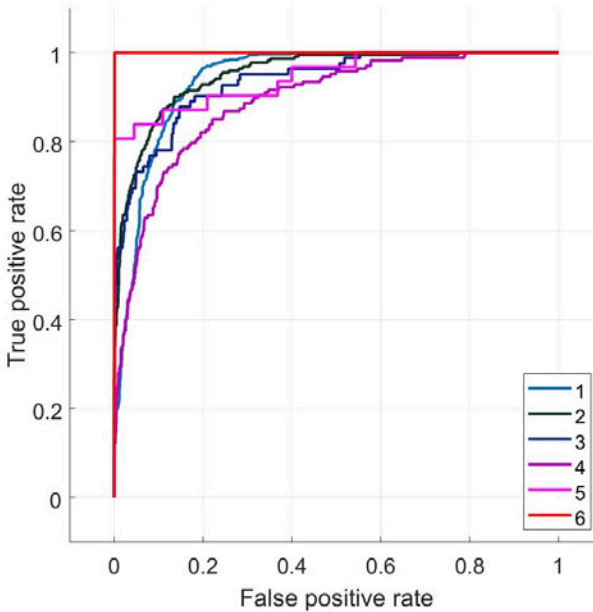


Figure 4. ROC curve of the presented model.



Attributes of the X-Ray image dataset collected

No	Category	Number of Images
1	Pulmonary arterial hyper- tension	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 mul- ti-factorial mechanism	65
6	Non-PH	2145

Overall classification performances.

Performance Metric	Results
AP	86.97
UAR	73.22
F1	78.5
Accuracy	86.14

Sonuç: Therefore, we believe that our proposed model can easily separate PH and non-PH X-ray images.

Anahtar Kelimeler : Artificial Intelligence , Chest X-Ray , Deep Learning , Pulmonary Hypertension



SS-02 SİSTEMİK SKLEROZ HASTASINDA PULMONER HİPERTANSİYON: YÖNETİMİ ZOR BİR VAKA

Duygu Temiz Karadağ¹ , Ayten Yazıcı¹ , Ayşe Çeçel¹

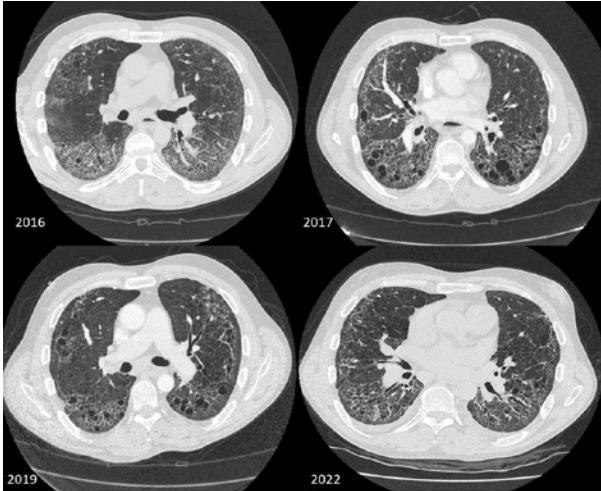
¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Giriş: Sistemik sklerozda (SSk) pulmoner hipertansiyon başlıca pulmoner arteriyel hipertansiyon olarak görülebileceği gibi interstisyel akciğer hastalığı, sol kalp yetmezliği ve kronik tromboemboliye zemininde gelişebilir. Sistemik tutulumları nedeniyle pulmoner hipertansiyon açısından zorlayıcı bir SSk hastası sunulacaktır.

Yöntem: Olgu: 49 yaşında erkek hasta 10 aydır ellerinde şişlik, son 2 aydır Raynaud fenomeni ve eforla olan dispne şikayetleri ile Ekim 2016'da kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde el parmaklarında puffy ödem, solunum seslerinde kabalaşma ve akciğer bazalarında raller saptandı. Tetkiklerinde ANA granüler 3+, ENA negatif, tırmak yatağı kapillaroskopisinde aktif skleroderma paterni saptandı. Toraks BT'de non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) görüldü. EKO normal sınırlardaydı. SFT'de FVC %69, FEV1/FVC %114, DLCO %40 saptandı. Hastaya Sistemik Skleroz ve interstisyel akciğer hastalığı tanıları ile siklofosamid 1g/ay ve prednizolon 20 mg/gün tedavileri başlandı. Toplam 6 kür siklofosamid sonrasında toraks BT'de subplevral kistlerde progresyon saptandı. Siklofosamid 9 kür (9 g) tamamlandıktan sonra mikofenolat mofetil tedavisine geçildi. Kontrol BT'de buzlu cam dansitelerinde azalma ve yaygın kistler görüldü. EKO'da EF%65, solventrikül diyastolik disfonksiyonu; SFT'de FVC %89, FEV1/FVC%98, DLCO%15 saptandı. Mayıs 2019'da atriyal fibrilasyon saptandı. Kontrol EKO'da orta triküspit yetersizliği ve PAB 85 mmHg saptandı. Sağ kalp kateterizasyonu bağ doku hastalığına bağlı prekapiller pulmoner hipertansiyon olarak değerlendirildi. Macitentan başlandı ve 3 ay sonra sildenafil eklendi. Ancak sildenafili hasta tolere edemedi, bunun üzerine seleksipaga geçildi. 4 ay sonra NTproBNP 767, fonksiyonel sınıf IV, EKO'da PAB 90 ve sağ kalp boşluklarında genişleme görüldü. 6 ay sonraki NTproBNP 2400, fonksiyonel kapasitesi IV, EKO'da PAB 90 geldi. Ocak 2022'de dispnesi benzer, fonksiyonel kapasitesi IV, NTproBNP 4550 ve PAB 110 olması üzerine tedavisine sildenafil tekrar düşük dozlarda eklendi ve kateterizasyonun tekrar yapılması planlandı.

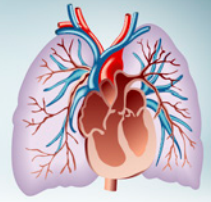
Bulgular: Tartışma: İnterstisyel akciğer hastalığı ile birlikte gelişen pulmoner hipertansiyon olgularında pulmoner arteriyel hipertansiyon eklenmesi hastanın yönetimi açısından güçlükler yol açmaktadır.

Şekil-1. İnterstisyel akciğer hastalığının zaman içerisinde ilerlemesini gösteren bilgisayarlı tomografi görüntüleri



Sonuç: SSK hastalarında pulmoner hipertansiyonun birden fazla etyolojiye bağlı gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: interstisyel akciğer hastalığı , pulmoner hipertansiyon , systemic skleroz



SS-03 PRONE POZİSYONU: ECMO ÖNCESİ SON ŞANS MI?

Gamze Gül Tiryaki¹, marmara üniversitesi pendik eğitim araştırma hastanesi PEA ekibi*¹, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi PEA ekibi*²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi

²Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Pulmoner Endarterektomi (PEA), kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH) hastalarında küratif tek tedavidir. PEA ameliyatının mortaliteye yol açan iki önemli komplikasyonu vardır: Akut sağ kalp yetmezliği ve akciğer reperfüzyon hasarı. Konservatif medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda ECMO-ekstrakorporal membran yaşam desteği, hayat kurtarıcı olmaktadır. Prone pozisyon akut respiratuar distress sendrom hastalarında hipoksinin düzeltilmesi için sıklıkla kullanılan bir tedavi stratejisidir. Çalışmanın amacı, PEA sonrası erken dönemde gelişen akciğer reperfüzyon hasarında, ECMO öncesi konservatif tedaviler ile düzelmeyen hastalarda prone pozisyon stratejisinin etkinliğini araştırmaktır.

Yöntem: Merkezimizde 2009-2021 yılları arasında yapılmış 866 PEA sonrası erken dönemde gelişen akciğer reperfüzyon hasarı tanısı ile prone pozisyon verilen hastaların prospektif olarak toplanan demografik bilgileri, perioperatif verileri ve tedavi takipleri retrospektif olarak incelendi. Akciğer reperfüzyon hasarı tanısı; konservatif tedavi ve ventilatörde %100 oksijen desteğine rağmen artan oksijen ihtiyacı olanlarda, kan gazında parsiyel oksijen basıncının ventilatördeki oksijen yüzdesine oranı (PaO₂/FiO₂) 100 mmHg altında olan hastalarda konuldu. Prone pozisyonu günde 16 saat uygulandı. Prone pozisyonundan fayda görmeyen, tedavi başarısız olan hastalarda ECMO uygulandı.

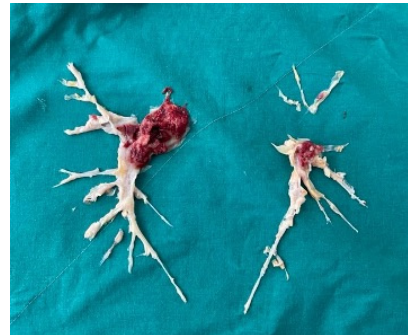
Bulgular: 12 hasta (%1,2) tespit edildi. 6 kadın, 6 erkek, ortalama yaş 55,66 yıl (min 43-max 72) idi. Preoperatif dönemde 10 hasta NYHA class III, 2 hasta NYHA class IV idi. Ortalama pulmoner arter basınç (mPAB) 52,6 mmHg (min 38-max 67), ortalama pulmoner vasküler rezistans (PVR) 895,5 dynexsn/cm-5 (min 560 max 1229), ortalama 6 dakika yürüme mesafesi 192,66 metre (min 0-max 450) idi. Bir hastada Pulmoner Arterial Hipertansiyon (PAH) spesifik ilaç kullanımı öyküsü mevcuttu. 3 hastaya aynı seansta koroner arter bypass grefti, bir hastaya patent foramen ovale kapatılması yapıldı. Erken postoperatif ortalama mPAB 30,8 mmHg (min 18-max 66), ortalama PVR 299,96 dynexsn/cm-5 (min 150-max 541) idi. Prone pozisyon 5 hastada postoperatif 1.günde, 6 hastada 2.günde, 1 hastada 3. günde kullanıldı. Toplam 5 hasta ortalama 8 gün (min 1- max 14 gün) sonra ekstübe edilerek taburcu edildi. Bu vakalardan birinde periferik VV-ECMO kullanıldı. 7 hastada strateji başarısız oldu ve üçünde VA-ECMO kullanıldı. Mortalite sebebi; iki hastada supine pozisyonda gelişen kardiyak arrest, sepsis (n=4) ve COVID-19 (n=1) idi.

PEA materyali



PEA operasyon materyali

PEA materyali



PEA operasyon materyali

Sonuç: Pulmoner endarterektomi sonrası görülen akciğer reperfüzyon hasarının tedavisinde ECMO kullanılmadan prone pozisyonun kullanılması ümit verici bir stratejidir. Prone pozisyon stratejisi, zaman ve yaşam kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer reperfüzyon hasarı, ECMO-ekstrakorporal membran yaşam desteği, kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon, prone pozisyon, pulmoner endarterektomi



Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği



ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ
GAZİANTEP

POSTER
BİLDİRİLER



PP-01 ASD KAPATILMASI SONRASI GELİŞEN PULMONER HİPERTANSİYON /SAĞ KALP YETMEZLİĞİ OLGUSUNA YAKLAŞIM

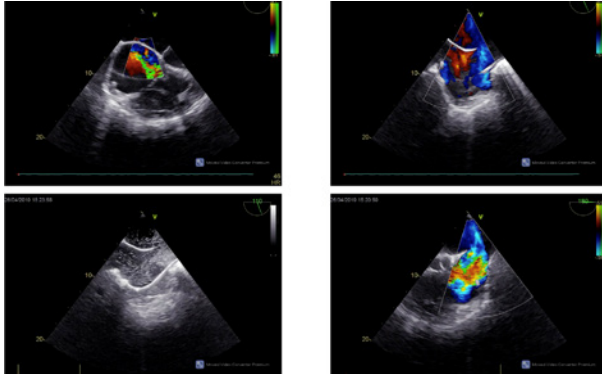
Rabia Eker Akıllı¹ , Çağlar Emre Çağlıyan¹ , Anıl Akray¹

¹Çukurova Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: 57 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvuruyor. Özgeçmişinden 1983 yılında atriyal septal defekt(ASD) kapatma operasyonu olduğu öğrenildi.Hasta medikal tedavi olarak rivaroksaban 20mg (atriya flutter nedeniyle) ve furosemid 40mg/gün kullanmaktadır. TÖE'de sinüs venosus tip ASD ve ileri TY , sağ-sol kalp kataterizasyonunda Qp/Qs: 2.19 pulmoner vasküler resistans(PVR): 2.65 woods olarak tespit edildi. Hastanın mevcut tedavisine endotelin reseptör antagonisti(bosentan) eklendi.Hastaya Triküspit kapak ve ASD onarımı önerildi. Cerrahi düzeltme ve medikal tedavi ile ASD'ye bağlı PHT'da semptom ve hemodinamik parametreler belirgin düzelmekte ve prognozu genel olarak kötü seyreden bu hastalıkta hastane yatışları belirgin azalmaktadır

Yöntem: 57 yaşında kadın hasta eforla nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvuruyor. Özgeçmişinden 1983 yılında atriyal septal defekt(ASD) kapatma operasyonu olduğu, 2014 yılında çarpıntı şikayeti ile hastaneye başvuran hastaya atriyal flutter ablasyonu yapıldığı, 2018 yılında pacemaker implantasyonu ve ardından AV nod ablasyonu yapıldığı öğrenildi. Hasta medikal tedavi olarak rivaroksaban 20mg ve furosemid 40mg/gün kullanmaktadır. Fizik muayenesinde kan basıncı 110/65 mmHg, nabız: 70/dk , pulmoner odakta 3/6 sistolik ejeksiyon üfürümü, P2 de sertleşme ve pretibial ödem (+2) tespit edildi. EKG: pacemaker ritminde olarak yorumlandı. BNP değeri 2136 pg/ml olarak ölçüldü. Yapılan EKO'sundan EF: %55 ,orta mitral yetmezlik(2/4) , orta-ileri triküspit yetmezlik(3-4/4) , sistolik pulmoner arter basıncı(PABs) 60 mmHg, sol atriyum ve sağ kalp boşlukları dilate olarak ölçüldü. Hastaya transözafageal EKO(TÖE;figure 1) ile sağ-sol kalp kateterizasyonu(figure 2) yapıldı. TÖE'de sinüs venosus tip ASD ve ileri TY , sağ-sol kalp kataterizasyonunda Qp/Qs: 2.19 pulmoner vasküler resistans(PVR): 2.65 woods olarak tespit edildi. Hastanın mevcut tedavisine endotelin reseptör antagonisti(bosentan) eklendi.Hastaya Triküspit kapak ve ASD onarımı önerildi. Operasyon sonrası kontrollerde hastanın medikal tedavisine ACE inhibitörü mineralokortikoid reseptör antagonisti eklendi ve hastada belirgin semptomatik iyileşme gözlemlendi, BNP değerinin geriledi (1247 pg/ml). Kontrol kalp kateterizasyonunda(figüre 3) Qp/Qs : 1 ve PVR: 1.93 e gerilediği izlendi

Figure 1 (Transözafageal EKO)



Transözafageal EKO



Figure 2 (Operasyon öncesi sağ-sol kalp kateterizasyonu)

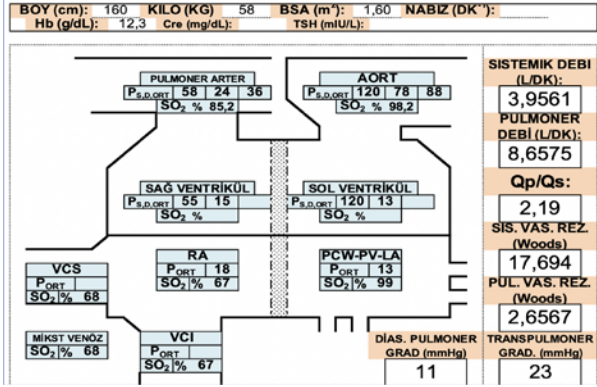


Figure 3 (Operasyon sonrası sağ-sol kalp kateterizasyonu)

ÇÜTF KARDİYOLOJİ AD HEMODİNAMİK KATETERİZASYON FORMU						
İSİM:	İLHAM AYDIN	TARİH:	24.12.21			
YAŞ:	56 CİNS:	K	TC NO:			
BOY:	164 KİLO:	76	BSA:	1,83	Hb:	10,8
TAM:	OPERE ASD VE PHT					
	SO ₂	P _{DIRS}	P _{DİAS}	P _{ORT}		
AORT	96	134	63	91		Qp/Qs
SOL VENTRİKÜL		142	10			1,00
PCW/LA	96			11		
PULMONER ARTER	68,7	37	11	22		TrPul Gradient
SAĞ VENTRİKÜL		40	4			11
SAĞ ATRİYUM	68,2			5		
VENA CAVA SUPERIOR						DiaPul Gradient
VENA CAVA INFERIOR						0
MİKST VENÖZ	68,7					
DİĞER						
SOL KALP İNDEKSİ (L/dk/m ²)	3,12	SAĞ KALP İNDEKSİ (L/dk/m ²)	3,12	VO ₂ (mL/dk/m ²)		125
SİSTEMİK DEBİ (L/dk)	5,69	PULMONER DEBİ (L/dk)	5,69			
SİS VASK REZİSTANS (Woods)	15,11	PULM VASK REZİSTANS (Woods)	1,93	PVR/SVR		0,13

Bulgular: Fizik muayenesinde kan basıncı 110/65 mmHg, nabız: 70/dk , pulmoner odakta 3/6 sistolik ejeksiyon üfürümü, P2 de sertleşme ve pretibial ödem (+2) tespit edildi.

Sonuç: Sonuç olarak ; cerrahi düzeltme ve medikal tedavi ile ASD'ye bağlı PHT'da semptom ve hemodinamik parametreler belirgin düzelmekte ve prognozu genel olarak kötü seyreden bu hastalıkta hastane yatışları belirgin azalmaktadır

Anahtar Kelimeler: atriyal septal defekt , endotelin reseptör antagonisti , pulmoner hipertansiyon , pulmoner vasküler resistans



PP-02 DALAK İNFARKTI VE İNCE BAĞIRSAK KANAMASI İLE SEYREDEN WEGENER GRANÜLOMATOZİS OLGUSU

Sevil Yiğit¹

¹Istanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Wegener granülomatozu (WG), küçük ve orta büyüklükteki damarları etkileyen ve granülom oluşumu ile ilişkili sistemik nekrotizan vaskülitir. Tipik olarak, üst ve alt solunum yolları ve böbrekler tutulur. Daha az sıklıkla deri, eklemler, kalp, merkezi sinir sistemi ve gözler gibi diğer organlar da etkilenebilir. Bu olguda, semptomatik dalak enfarktüsü ve ince bağırsak tutulumu olan pozitif c-ANCA olan bir WG vakasını sunuyoruz.

Yöntem: 48 yaşında erkek hasta, 3 ay önce başlayan kanlı burun akıntısı nedeniyle kulak burun boğaz polikliniğine başvurmuş olup, paranazal sinüs bt de: konkada hipertrofi, maksiller sinüste mucoza kalınlaşmalar saptanan hastanın bu yakınmasına pretibial peteşial döküntü, kilo kaybı, yaygın artralji ve karın ağrısı eklenmesi ve tetkiklerinde c-ANCA >200 saptanması üzerine romatoloji polikliniğine sevk edilmiş. Özgeçmişinde özellik yoktu. Ailede özellik yoktu. Fizik muayenede, krutlu rinit, paranazal sinüs ostiumlarının neredeyse tamamen tıkanması ile birlikte mukozal hiperemi ortaya çıkarırken, yoğun kurutlanma nedeniyle biopsi yapılamadı. Batında yaygın hassasiyet vardı. Her iki diz, ayak bilekleri artritli. Göz konsültasyonu normaldi. Ekokardiyografi normaldi.

Bulgular: Laboratuvar testleri, eritrosit sedimentasyon hızı: 53 mm/saat; C-reaktif protein: 13 mg/dL, WBC: 28000 (granülositler – %87,5, lenfositler – %12,5), hemoglobin, 11,9 g/dL, HTC: 37 MCV: 86, Trombosit sayısı – 553000 idi. Serum kreatinin düzeyi başlangıçta 1,35 mg/dL idi, takiplerinde 1,95 mg/dL e kadar yükseldi. Tam idrar tetkiki: mikroskobik hematüri, lökositüri saptandı, 24 saatlik idrar protein: 3,9 g/gün idi. ANA ve Antikardiyolipin antikorları (ACA) negatifti. Rf: 53, p-ANCA < 2, C3 ve C4 seviyeleri normaldi. Giata gizli kan pozitifti. Hepatit B ve C ve HIV serolojisi negatifti. Radyoloji ile yapılan konsültasyonda bilgisayarlı tomografi (BT) akciğer taramasında birkaç milimetrik değişen nodüler görünümün WG Akciğer tutulumu için lehine net değerlendirilemedi. Yatışında, sistemik tedaviye başlamadan önce melanası gelişen hastanın Hemoglobini 7.5 g/dL'ye düştü. Endoskopi ve kolonoskopide aktif kanama odağı bulunamadı. İnce bağırsak veya vasküler tutulumu sekonder olabileceği düşünüldüğü için çekilen dinamik batin bt' de dalak enfarktüsü ile uyumlu görünüm, MR enteroklizis ile doğrulandı. Hastaya klinik, radyolojik, patolojik ve laboratuvar bulguları ile WG tanısı kondu. Kortikosteroid ve siklofosfamid tedavisi başlandı ve tedaviyle dramatik yanıt alındı.

Sonuç: WG'ye ikincil dalak tutulumu ve şiddetli bağırsak tutulumu nadirdir. 40 yaşın altındaki hastalarda dalak enfarktüsü sıklıkla hematolojik bozukluklarla ilişkilidir. Bizim olgumuzda hematolojik bozukluk gözlemlenmedi. Özellikle, karın ağrısı ile başvuran Wegener granülomatozu bir hastada dalak enfarktüsü ve gis tutulumu bir neden olarak düşünülmeli ve bu fatal seyirli olabilecek gastrointestinal hastalık kliniğinin erken tanısı ve tedavisi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Dalak infarkt , Vaskülit , Wegener

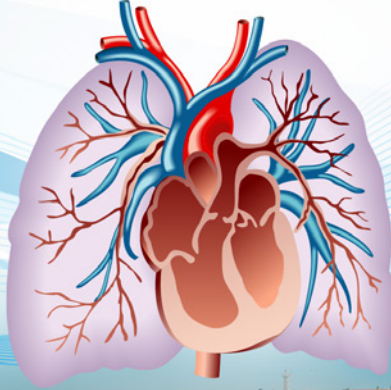


Akciğer
Damar Hastalıkları
Araştırma Derneği



ADHAD BAHAR OKULU

OLGULARLA PH VE PULMONER EMBOLİ
GAZİANTEP



18-21
MAYIS
2022

GENH
KONGRE