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.

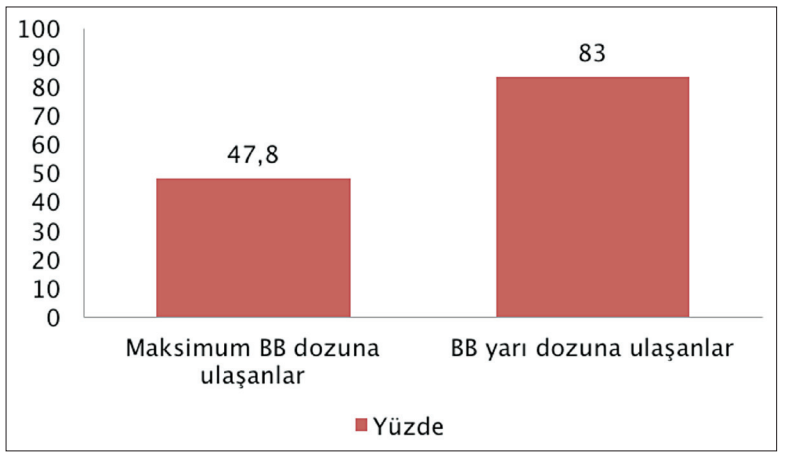
Maksimal hedef doza ulaşma oranı, COPERNICUS çalışmasında %60 SENIORS'ta %68 ve MERIT-HF'de ise %64 olarak bildirilmiş olmakla birlikte, gerçek hayatta bu oranlar çok daha düşük kalmaktadır. Beta Gen-TÜRK çalışmasında yer alan kalp yetersizliği hastalarının ise %47.8'ü maksimum hedef doza ve %83'ü hedef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

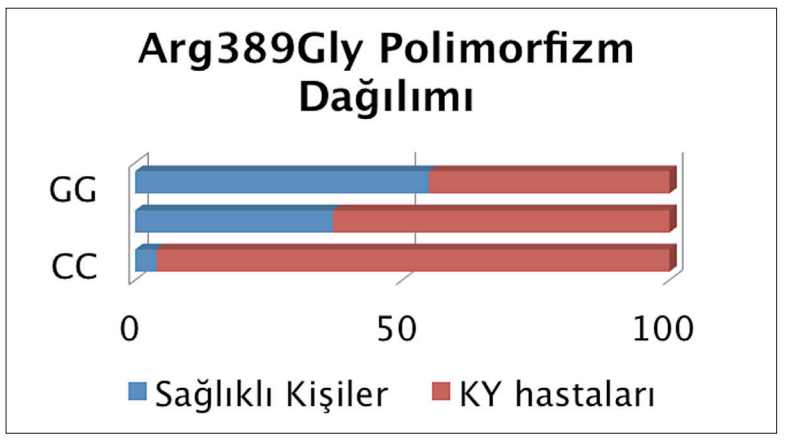
Dolayısıyla gerçek pratik hayatı yansıtan Beta GEN-TÜRK çalışmasının sonuçları, toplumumuzda beta blokerlerin hedef dozlarına ulaşma oranlarının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

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

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

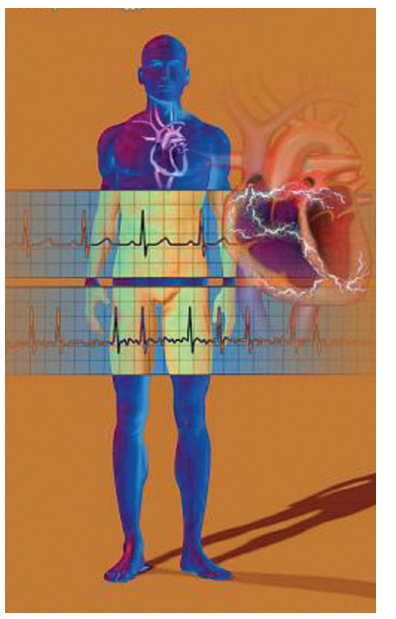
KY hastalarında diğer hasta gruplarında olduğu gibi hız kontrolü amacıyla medikal tedavi yanında AV nod ablasyonu da kullanılıyor. Biventriküler pacingi %100 sağlamak ancak AV nod ablosyonu yapılan hastalarda mümkün.

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

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

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ

KONGRE BÜLTENİ

www.tkd.org.tr

28 Ekim 2013

SEKTÖRDEN

Abbott
A Promise for Life

Türk Hekimlerinin gelişimine 50 yıldır destek olan Türk Kardiyoloji Derneği'nin bu organizasyonunda alanında son yılların en önemli buluşlarından olan Absorb , hipertansiyon tedavisinin ilk RAS+KKB kombinasyonu TARKA, ilk ve tek mikronize fenofibrat LIPANTHYL, ilk eşdeğerimiz Co-Ucand ile Abbott olarak yer almaktan büyük mutluluk duyuyoruz. Pazartesi günü Ankara salonunda 17:15 ve Taşkent salonunda 18:30'da gerçekleşecek iki sempozyumumuzda da sizleri aramızda görmek isteriz.

Hipertansiyonla ilgili sorularınıza güncel yanıtlar

Hipertansiyon tedavisinde son nokta mı sorusuna "kesinlikle hayır" yanıtını veren Prof. Dr. Hakan Karpuz, en kötüsünün halen hastalığın bilinirliğinin iyi olmadığını ifade etti ve hipertansiyonla ilgili sorulara aşağıdaki yanıtları verdi.

Hipertansiyon sınıflandırması değişti mi?

Hayır, değişmedi. Grad 1 hipertansiyon olarak sistolik 140-159 ve diastolik 90-99 mmHg kabul edilmekte. Ofis ambulatuar ev ölçümlerine göre HT sınır değerlerinde küçük değişiklikler yapılarak önceki kılavuzlardaki sınırlar daha netleştirildi ve ≥135 mmHg değeri kabul edildi. Tansiyon düzeyinin kaç olması gerektiği ile ilgili olarak ise çok zorlama yapılmıyor. Kanada kılavuzu dahil, kılavuzlarda 140/90 mmHg genel hipertansif popülasyonda hedef değer olarak belirlendi.

Tedavi: Kime, Nasıl, Ne zaman?

Normal kan basıncı grubu (120-129/80-84 mmHg) önerileri kaldırıldı. Ve daha önemlisi, 130-139/85-89 mmHg arası kan basıncı düzeylerinde, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve böbrek hastalığı için ilaç önerisi, kabaca kaldırıldı. Tedavide, yine yaşam şekli değişiklikleri önerilmekte. İlaçlar arasında ise bir sıralama olmadığı belirtilerek özetle, "ilaçlar arasında fark yok, önemli olan kan basıncını düşürmek ve bunu muhafaza etmektir" mesajı verildi. Kombinasyon tedavisinin daha hızlı yanıt, daha az yan etki, daha iyi tolerans, daha fazla fizyolojik ve farmakolojik sinerji, hedef kan basıncına daha yüksek ulaşma olasılığı, daha yüksek hasta uyumu sağladığı belirtilip, mümkünse tek bir tablette sabit doz verilmesi tavsiye edildi. Ayrıca tedaviye artık optimal, yani ful dozda başlanması önerilmekte.

Peki, ya diyabetliler?

Diyabetik hastalarda hedef kan basıncında kılavuzlar arasında birlik sağlanamadı. Kan basıncı yüksek normal düzeyde ise, metabolik sendromlu hastalarda bile antihipertansif kullanımının gerekmediği, kilo kaybı ve egzersizin herkes için gerekli ve sanki yeterli gibi olduğu açıklandı.

Prof.Dr. Hakan Karpuz,
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD

ESH/ESC hipertansiyon 2013 kılavuzu

ESH/ESC Hipertansiyon 2013 kılavuzu 14-17 Haziran 2013 tarihlerinde Milano'da yapılan Avrupa Hipertansiyon Kongresinde açıklandı ve aynı anda hem Journal of Hypertension hem de European Heart Journal'da yayımlandı.

Yeni kılavuzun getirdiği yenilikler

• Kılavuzda ilk kez tüm veriler tavsiye sınıflamasına (I, II, III) ve verilerin seviyesine göre (A,B,C) derecelendiriliyor.

• Hipertansiyon dünyada ölümlerin en başta gelen risk faktörlerinden birisi ve halen Avrupa'da ve ülkemizde toplumun erişkin nüfusunun % 30-40'ını etkilemekte.

• Yaşam tarzı, hastaların ve doktorların hipertansiyonun varlığından tam olarak haberdar olmaması, tedaviye başlamaktaki çekingenlikleri ,tedaviye uyumsuzluk ve sağlık sistemindeki aksaklıklar hipertansiyonun bu kadar fazla görülmesindeki başlıca faktörler.

• Hipertansiyonun en önemli noktası tanının konmasıdır. Bunun için kan basıncının herkes tarafından ölçümlerle bilinmesi gerekmektedir. Burada en az iki kez görülen hastada her seferinde iki ölçümle hipertansiyonun doğrulanması gerekmekte .

Prof. Dr. Çetin Erol,
Ankara Üniv. Tıp. Fak. Kardiyoloji AD.

• Hipertansiyon tanısı alan hastalarda global risk değerlendirilmesinin yapılması gerekmekte. Hastada aterosklerotik kalp hastalığının diğer risk faktörleri (hiperlipidemi,sigara,diabetes mellitus v.s) aranmalı, hedef organ tutulumunun olup olmadığına bakılmalı ve diğer hastalıklar da sorgulanmalı. (Şekil 1)

• Hipertansiyon tanısında özellikle 'Beyaz yaka hipertansiyonu' ve 'maskeli hipertansiyon'un atlanmaması için 'evde ölçüm' ve 'ambulatuvar kan basıncı' ölçümleri yapılmalı. Bu iki metot ayrıca diğer bazı endikasyonlar için de çok gereklidir.

• Tedavide yaşam tarzı değişikliklerine özel bir önem verilmekte olup tuz kısıtlaması, kilo kontrolü, devamlı uygun egzersiz yapılması, alkol kısıtla-

devamı sayfa 3'te ▶▶

Kapak hastalığında Kalp Ekibi kavramı tanımlandı

Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından yayınlanan Kalp Kapak Hastalıkları kılavuzu 2012 yılında güncellenmiştir. Kılavuzun güncellenmesini gerekli kılan hususların başlıcaları; tanı ve tedavi stratejilerinde karar verici unsur olarak Kalp Ekibi kavramının tanımlanması ve öneminin belirtilmesi, tanı ve risk belirleme konularında yeni yöntemlerin tanıtılması ve perkütan girişimsel yöntemler ile kapak hastalıkları tedavisinin uygulamaya girmesidir. Kılavuz, Avrupa Kardiyoloji Derneği ile Avrupa Kalp ve damar Cerrahisi derneklerinin ortak kılavuzu olma özelliği taşıması bakımından da ayrı bir öneme sahiptir. Kalp ekibi klinik, girişimsel ve ekokardiyografi alanlarında uzmanlaşmış kardiyologlar, kalp-damar cerrahı, anestezist, radyolog, geriatrist ve hastanın eşlik eden hastalıklarına göre diğer branşları da içerebilen geniş bir doktor ekibinden oluşmaktadır. Kılavuzda bazı endikasyonlar ile ilgili karar alırken kalp ekibinin görüşünün mutlaka alınması gerektiği ifade edilmektedir. Özellikle aort kapak darlığı ile ilgili cerrahi mi perkütan tedavi mi kararını vermede hastanın riskini belirlerken EUROSKOR ve STS skorlarının hesaplanması, ancak bu skorlarda yer almayan porselen aort, frailite, toraksa uygulanan radyoterapi gibi diğer faktörlerin de göz önünde bulundurulması tavsiye edilmektedir. Kapak darlığı ve yetmezliklerinin görüntülenmesinde ekokardiyografi kuşkusuz en önemli tanı ve izlem aracı olmayı sürdürmektedir, ancak tanı ve takipte kantitatif ölçümler mutlaka alınmalı ve hasta izleminde karşılaştırmalı olarak kullanılmalıdır. Yeni kılavuz kardiyak magnetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi anjiyografinin de kapak hastalıkları açısından kullanım alanlarını genişletmiştir. Bütün yeni öneriler kanımca bir yana kılavuzun güncelemesini gerekli kılan en önemli gelişme perkütan kapak tedavisi ile ilgilidir. Aort darlığında transkateter aortik kapak implantasyonu (TAVİ) uygulamasının endikasyon ve kontrendikasyonları ayrıntılı olarak tanımlanmış ancak karar öncesi mutlaka kalp ekibi görüşünün gerekliliği ifade edilmiştir. Kılavuz TAVİ'yi sadece yüksek cerrahi riski olan hastalar için önermekte olup, düşük ve orta riskli cerrahi hastalarında aort kapak replasmanı halen altın standart olmayı sürdürmektedir. Mitral yetersizliğinde mitraklip uygulaması da kılavuzda daha zayıf bir endikasyonla da olsa (sınıf IIb) yer bulabilmiştir. Ülkemizde de bu uygulamaların başarı ile yapıldığını sevinerek ifade etmek istiyorum. Avrupa Kardiyoloji Derneği Kapak hastalıkları kılavuzunun gerek ana dökümanı gerekse cep kılavuzu Kılavuz Kurulumuz tarafından Türkçeleştirilerek hekimlerimizin kullanımına sunulmuştur.

Prof. Dr. Aylin Yıldırır,
Başkent Üniv. Ankara Hastanesi

Dünyada ve Türkiye'de koroner revaskülarizasyon

Perkütan koroner girişim ve minimal invaziv geçtiğimiz yirmi yılda iskemik kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan en önemli tedavi yöntemleri olmuştur.

Bu amaçla; bazı önemli çalışmaların sonuçlarını, OECD ülke istatistiklerini ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerinden elde edilen sonuçları karşılaştırmalı olarak görmek değerlendirmeler için yararlı olacaktır.

1990 yılından sonra perkütan koroner girişim, koroner cerrahinin yerini artan bir şekilde almaya başladı ve 2000-2010 yılları arasında gerek Avrupa ülkelerinde gerekse diğer OECD ülkelerinde perkütan koroner girişim, toplam revaskülarizasyon içerisinde ortalama olarak % 75'i geçerek % 80'e yaklaştı. Bazı ülkelerde ise %85'i geçti. ABD, Almanya, Avusturya, Belçika, İspanya ve İsviçre gibi ülkelerdeki perkütan koroner girişim oranları dikkat çekicidir.

Yakın zamana kadar Türkiye'de revaskülarizasyon oranlarına ait sağlıklı bir sayısal veritabanı bulunmamaktaydı. Fakat SGK'nın kurulmasından sonra kuruma ait Medulla veritabanı ile veri toplamak ve elde edilen verileri analiz etmek mümkün olabildi. 2009-2011 yıllarına ait SGK verileri ile revaskülarizasyon ve bunlara ait maliyet oranlarının analizi yapılmıştır. Bu alanda yapılan bu ilk analiz, mevcut durum ile ilgili sayısal ve mali açıdan fikir vermekte. Aynı zamanda, Türkiye'de "koroner revaskülarizasyon" oranları ile ilgili daha sağlıklı bilgi edinmenin yanı sıra diğer ülkelerle karşılaştırma olanağını da sağlıyor.

Dünyada revaskülarizasyon

Perkütan Koroner Girişim (PKG) ve Koroner Arter Baypas Cerrahisi (KABC) koroner arter hastalığı tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemleri. Yeni revaskülarizasyon teknolojilerinin, çalışmalardan elde edilen yeni sonuçlar, güncelleştirilen klavuzların koroner revaskülarizasyonun seçenekleri ve hacimlerini nasıl etkilediği bilinmemekte. Geçtiğimiz on yılda koroner revaskülarizasyonda ilaç salınımlı stent (İSS), minimal invaziv koroner cerrahi ve pompa kullanılmaksızın (off-pump) yapılan cerrahi gibi yeni yöntemler geliştirilmiştir.

2011 ve 2012 yılları OECD sağlık istatistiklerine bakıldığında 2009-2010 yılı itibari ile yüzbin populasyona düşen yaklaşık perkütan işlem sayısı bakımından bakıldığında OECD ortalaması 2009'da 188 iken, 2010'da bu ortalama 191 olarak gerçekleşmiş. Almanya, Belçika, Amerika Birleşik Devletleri, Norveç, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Lüksemburg, İzlanda, İsrail ve Fransa bu ortalamanın üzerinde yer alırken, Danimarka, İngiltere, Yunanistan, İsveç, Polonya, Macaristan, Hollanda, Avusturalya, Finlandiya, İsviçre, İspanya, İtalya, Portekiz, Yeni Zellanda, Kanada, İrlanda, Şili ve Meksika bu ortalamanın altına yer alıyor.

OECD 20 ülkelerinde, 2000-2009 yılları arasında perkütan girişim oranı artarak toplam revaskülarizasyonun % 75'ine ulaştı.

ABD bu ortalamanın üzerinde % 80-85 aralığında olduğu ve Avrupa ülkelerinden İspanya ve Fransa'nın ise % 85'in üzerinde seyrettiği görülmekte.

2012 yılı OECD sağlık raporunda koroner revaskülarizasyon oranlarının (PKG ve KABG) 2000-2010 yılları arasında ülkelere göre nasıl bir değişim gösterdiği görülüyor.. AB 13 ülke ortalaması 2010 yılına gelindiğinde % 78 olarak gerçekleşmiş. İspanya % 89, Fransa % 87, İsviçre % 85 PKG oranları ile ortalamanın üzerinde olan ülkeler. Sonuç olarak OECD istatistiklerine bakıldığında 2000-2010 yılları arasında PKG oranlarının kayda değer bir artış gösterdiği söylenebilir.

Türkiye'de revaskülarizasyon

Yapılan çalışma Türkiye'de koroner revaskülarizasyon oranları ile ilgili yapılmış ilk SGK veri analizi olup, 2009-2013 yılları arasına ait verilerin analizini kapsıyor.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tanısal işlem kodları kullanılarak yapılan taramada 2009 yılı anjiografi sayıları 260.995 adet, 2010 için 335.113 adet, 2011 ilk yarı için 219.472 adet olarak gözlenmekte.

	2009	2010
revaskülarizasyon işlemi	117.562 adet	149.493 adet
toplam maliyet	282.423.956 TL	332.261.113 TL
perkütan koroner girişimler	% 66,8	% 71,17
koroner baypas cerrahisi	% 33,2	% 28,83

2011 ilk yarı verilerine göre PGK % 74, KABG % 26 olarak gerçekleşti. OECD raporlarında Avrupa ülkeleri için revaskülarizasyon işlem maliyetleri olarak perkütan koroner girişim için ortalama 5900 avro, koroner baypas cerrahisi için 15300 avro olarak verilmekte.

Türkiye'de revaskülarizasyon ödemeleri SUT paket ödemelerine göre yapılmakta olup tek damar cerrahi için 4220,70 TL, 5'den fazla damar cerrahisi için ise 8.798,90 TL ödeme yapılmakta.

Perkütan girişimler için yapılan ödemelere bakıldığında, tek damar anjioplasti+stent uygulaması için 1.029,70 TL, tek başına stent için 839 TL olarak yapılmakta.

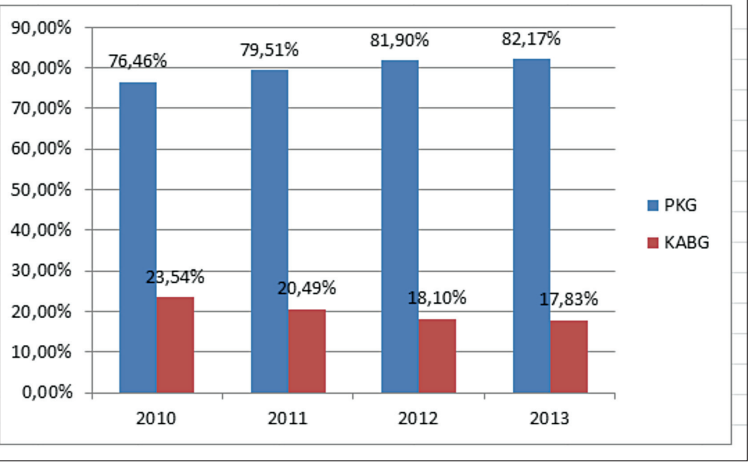
İlaç salınımlı stentler için uygunluk kriterleri sağlandığı durumlarda ödeme yapılmakta olup paket ödeme 1.474 TL. Revaskülarizasyon işlemleri avro cinsinden ifade edildiğinde (1 Avro: 2.35 TL) -SUT paket ödemeleri ile-tek damar cerrahisi için yapılan ödeme 1259 avro, 5'den fazla damar cerrahisi için yapılan ödeme ise 3.744 avro.

Doç. Dr. Yücel Balbay,
Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi

Perkütan girişim için yapılan ödemeler ise tek damar anjioplasti+stent için 438 avro, tek başına stent için 250 avro ödenme yapılmakta. İSS için yapılan ödeme ise 440 avro.

2012-2013 yıllarına ait veriler sadece kamu SGK bazında değerlendirildi. PGK'nın %76'dan % 82'ye yükseldiği görülüyor. Buna karşılık KABG 2009'da % 24, 2013'de % 18 olarak gözlendi.

	2010	2011	2012	2013
PKG	25.795	34.370	59.544	56.456
KABG	7.941	8.859	13.159	12.252
	33.735	43.229	72.703	68.708



Girişimsel kardiyolojide yeni uygulamalar

Rostock Üniversitesi'den Prof. Dr. Gökmen Turan, son on yılda invazif cerrahideki artışa dikkat çekerek şöyle konuştu: "Bu durum kardiyoloji bilim dalında bu alandaki yeni çalışmaları dünyada da üst seviyeye çıkardı. Bu yeni yöntemleri üç bölümde sıralayabiliriz: İlki, antikoagülan tedavide yüksek risk taşıyan hastalarda uygulanan bir müdahaledir. Burada kateter transseptal yolla sol atrium üzerinden yönlendirilerek yerleştirilir ve bu bölge tamamen kapatılarak tromboemboli riski neredeyse ortadan kaldırılır. Kardiyolojide son zamanlarda aktif biçimde uygulanan diğer bir yöntem de; cerrahi müdahale için yüksek risk taşıyan ileri derecede aort sistemi hastalarında yapılan perkutan aort kapağı implantasyonudur (TAVİ). Bu yöntemde kateter transfemoral yolla sol ventriküle yerleştirilir. Son olarak da; cerrahi müdahalede yüksek risk taşıyan, ileri derecede mitral kapak yetmezliği olan hastalarda mitral klip yöntemi kullanılmakta. Bu yöntemde de kateter sol atrium üzerinden yönlendirilerek, mandal şeklinde olan klibin kapakçıklara implantasyonu sağlanır. Tüm bu yöntemler artık invazif kardiyolojiye yerleşmiş ve rutin olarak uygulanan yöntemlerdir."

Prof. Dr. Turan, invazif kardiyolojiye girmeye çalışan yeni bir yöntem olan 'paraşüt tedavisi' hakkında şu bilgileri verdi: "Kalp krizi sonrasında gelişen kalp yetmezlik ve pompalama gücünün azalması ve miyokardda stres artması sonucu mortalite ve morbidite artmaktadır. Paraşüt tedavisi, daha önce akut MI geçirmiş hastalarda sol ventrikülün apeks kısmında akinetik veya anevrizmatik bölümü olan hastalarda kullandığımız bir yöntem. Klip yöntemi, transfemoral olarak kateter aracılığıyla klibin apeks bölgesine yerleştirilmesi ile bilinen bir yöntem. Burada amaç, herhangi bir aritmi riski olmadan anevrizmatik kısmı sol ventrikülün normal duvarından ayırmak ve bozulmuş olan sirkülasyonun yönünü düzeltmektir. Böylece sol ventrikülün volümü ve basıncını düşürerek miyokard fonksiyonunda düzelme sağlanır. Paraşüt, sol ventrikül apeksine yerleştirilerek, balonla şişirilip sol ventriküle kenetlenmesi sağlanır. Bu yöntem kardiyologlar tarafından kalp kateteri laboratuvarında yapılmaktadır. Bu yöntem diğerlerine göre daha basit olup hasta düşük sedasyon altında bir saatlik bir sürede yapılabilmektedir. Bu uygulamada sol ventrikül duvar kalınlığı ve doğru hastanın seçimi çok önemli."

Hipotermik tedavi

E.Ü. Tıp Fakültesi'nden Dr. Oğuz Yavuz, hipotermi konusunda şunları söyledi: "Aslında ısı ve tıp ilişkisi, soğuk uygulama sonucu hastaların hayatta kalma sürelerinin uzadığı çok eski yıllarda fark edilmiş. Beyin ile ilgili uygulamaların ardından, vücut ısısının düşürülmesinin kardiyak yararları ve mortaliteyi olumlu etkilediği fark edilmiş. Reperfüzyon çalışmalarında başta beyin ve kalp olmak üzere diğer bütün organ sistemleri üzerinde çalışmalar yapılmıştır. İskemide sonrasında reperküsyonun, enfarkt sahasında belirgin biçimde yararlı olduğu gösterilmiş. Reperküsyon yaparken, hasarın arttığını da görebiliyorsunuz, bu nedenle reperküsyonun yanında kardiyoproteksiyon tedavisi de uygulamak gerekir; bu hastanın miyokardını koruyacak en iyi yöntemdir. Soğutma yöntemleri lokal, bölgesel, sistemiktir (soğuk infüzyonu, eksternal yüzeysel, endovasküler, nazal, peritoneal). Hasta seçiminde; CPR sonrası SKB 90 mm Hg'dan yüksek olanlar, soğutma sırasında komada olan hastalar ve VT/VF'ye bağlı arrest sonrası 6 saat içinde entübe olan hastalar olmasına dikkat edilmelidir. Hipotermi komplikasyonları; titreme, kv yan etkiler (ritm, kan basıncı gibi), enfeksiyon, kanama ve ilaç metabolizması değişiklikleri sayılabilir."

ESH/ESC hipertansiyon 2013 kılavuzu

sayfa 1'den devam

Total cardiovascular risk stratification

Other risk factors (RF), asymptomatic organ damage (OD) or disease	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130-139 or DBP 85-89	Grade 1 HT SBP 140-159 or DBP 90-99	Grade 2 HT SBP 160-179 or DBP 100-109	Grade 3 HT SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
No other RF		Low risk	Moderate risk	High risk
1-2 RF	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
≥ 3 RF	Low to moderate risk	Moderate to high risk	High risk	High risk
OD, CKD stage 3 or diabetes	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Symptomatic CVD, CKD stage ≥4 or diabetes with OD/RFs	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

Şekil 1

ması, sigaranın kesilmesi ve diyet tavsiye edilmekte.

• Kılavuzda ilk kez kan basıncı sınırı tek bir rakama indiriliyor. Sistolik kan basıncının 140 mmHg'ın altına indirilmesi hemen tüm hastalar için yeterli sayılmakta. Diastolik kan basıncı için de 90 mmHg'ın altına indirilmesi yeterli olmakta. Sadece diabetik hastalar için bu sınır 85 mmHg'ın altı olarak geçmekte.

• Yüksek normal sınıfındaki hastalar (130-139 mmHg sistolik, 85-90 mmHg diastolik) için yaşam tarzı değişikliği dışında ne kadar risk faktörü olursa olsun ilaç tedavisi tavsiye edilmemekte.

• Kan basıncını düşürmekte kullanılan 5 ana sınıftaki ilaçların (diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri ve ARB ler) hepsinin aynı özellikte olup uygun hastalarda ilk tercih olarak kullanılabileceği belirtilmekte. Bu ilaçların içinden ACE inhibitörleri + ARB kombinasyonu ve betablokerler hariç diğerlerinin uygun kombinasyonları tavsiye edilmekte. Kombinasyon tedavisinin yüksek riskli hastalarda ve Grade 2 ve 3 hastalarda hemen başlanması istenmekte. (Şekil 2-3)

• 65 yaşın üstünde, 65-80 yaş arası ve 80 yaşın üstünde sistolik kan basıncının 140-150 mmHg olarak ayarlanması yeterli olmakta. Fit hastalarda ve tolere edenlerde 140 mmHg'ın altına indirilebilir.

• J-curve'ün varlığı yeniden hatırlatılmakta.

• Dirençli hipertansiyon tarif edilmekte (biri diüretik olmak üzere en az üç ilaçla kontrol edilemeyen hipertansiyon) ve bu hastalara önce düşük doz aldosterone antagonisti ilave edilmesi istenmekte, bu da başarılı netice vermezse renal denervasyon tavsiye edilmektedir. Ancak bu işlemin henüz araştırma safhasında olduğu, neticelerinin yeterli olmadığı belirtilerek işlemin tecrübeli merkezlerde yapılması istenmekte.

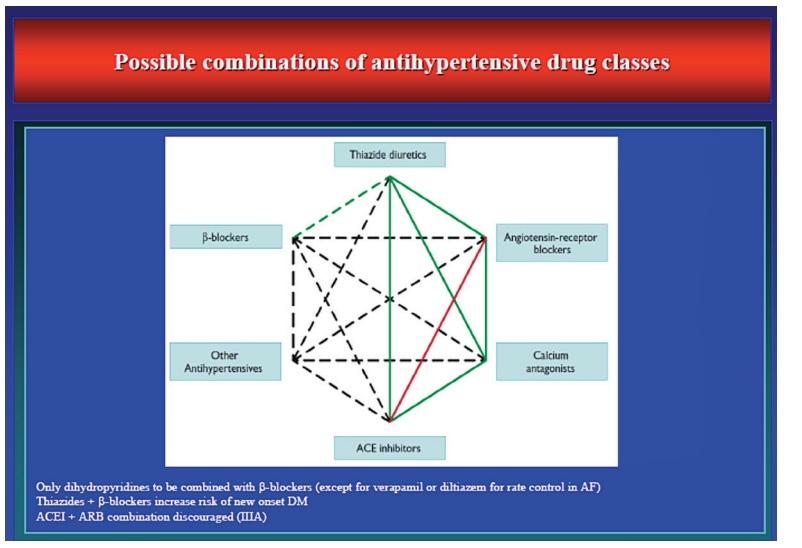
• Kılavuzda özellikli hastalarla ilgili (kadınlar, metabolik sendrom, obstrüktif sleep apne, serebrovasküler hastalıklar v.s) yeterli açıklamalar bulunuyor.

• Son olarak da hastaların devamlı ve objektif bir şekilde takiplerinin gerekli olduğu üzerinde duruluyor.

Other risk factors, asymptomatic organ damage or disease	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP ≥180 or DBP ≥110
No other RF	• No BP intervention	• Lifestyle changes for several months • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
1–2 RF	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
≥3 RF	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
OD, CKD stage 3 or diabetes	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
Symptomatic CVD, CKD stage ≥4 or diabetes with OD/RFs	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90

BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease; DBP = diastolic blood pressure; HT = hypertension; OD = organ damage; RF = risk factor; SBP = systolic blood pressure.

Şekil 2



Şekil 3

Dirençli hipertansiyon takibinde hekim ve hastanın rolü

Dirençli hipertansiyon hastalarında, gerçek direnci saptamak için öncelikle yalancı dirençten bahsetmek gerektiğini söyleyen, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Abdullah Doğan, "hekimlerin maalesef tansiyon ölçme konusunda bazı hatalar yapabildiklerini" söyledi. Prof. Dr. Doğan, "maalesef biz hekimler tansiyon ölçme konusunda önerilere tam uymayabiliyor ve maalesef hastalarımız geldiği zaman onlara yeterli zaman ayıramayabiliyoruz. Birçok faktörden dolayı, önce hastanın tansiyonunu ölçerek hızlıca muayeneyi sonlandırmak istiyoruz. Halbuki hastanın tansiyonunu doğru ölçme konusuna öncelik vermemiz gerekiyor" şeklinde konuştu. Bu konudaki önerilerini ise şöyle sıraladı:

"Bazı dirençli olgularda her iki koldan da tansiyon ölçülebilir. Ama normalde de tansiyonu her iki koldan ölçmekte fayda var. Kılavuzda da önerildiği gibi hastaların kan basınçlarını ölçerken hastalara özen gösterilmesi, hastaların dinlendirilmesi ve tek bir ölçüme güvenmeden birden fazla ölçüm yapılması gerekiyor. Hastanın tansiyonu ölçülmeden önce 5 ya da 10 dakika kadar dinlenmiş olması ve tansiyonu ölçülürken düz ve ayakları yere basmış olması da gerekiyor. Aksi takdirde hastanın kan basıncı yüksek olabilir. Ama eğer bu ölçümlere güvenmiyorsak ayrıca holter de takabiliriz. Hastanın mesanesinin dolu olmaması, tansiyon ölçümünden bir saat önce sigara ve kafeinli içecekler tüketmemesi ve hekimin manşonu her hastaya özel olarak ayarlaması da önemli. Tabii tüm bu şartlar altında tansiyon ölçülen odanın sessiz olması da tansiyonun doğru ölçülmesini sağlar."

Hastaların ilaçlarının düzenli alıp almadığının da hekimler tarafından sorgulanması gereken bir diğer önemli konu olduğunun altını çizen Prof. Dr. Doğan, bu sorgulamayı yaparken de dikkat edilmesi gerekenler hakkında şu bilgileri verdi: "Öncelikle hastanın ilaçlarını nasıl kullandığı hakkında hastadan, eşinden ya da bir yakınından bilgi almak gerekiyor. Hatta hastanın kullandığı ilaçların kutuları ve tabletleri bile kontrol edilebilir. Bu şekilde hastanın ilaçlarını doğru kullanıp kullanmadığını anlayabilir ve hastanın ilaç uyumunu da değerlendirebiliriz."

Dirençli hipertansiyonda bir diğer önemli durum, hastaların kullandıkları ilaçlar yanında bitkileri de ilaç olarak kullanma tercihleri. Konuya dikkat çeken Prof. Dr. Abdullah Doğan, "Günümüzde çok yaygın olan ilaç dışı tedavi yöntemlerinde, hastalar hem zayıflama hem de hastalıklarını giderme istekleriyle kendilerine cazip gelen bazı bitkileri ilaç niyetine kullanabiliyor. Bu durum yaygın olduğu için, hekimlerin hastalarını bu açıdan sorgulamaları da dirençli hipertansiyonu kontrol altında tutma da önemli bir yer tutuyor. Yani alternatif tıp olarak hastalara sunulan bazı hizmet ya da ürünleri kullanıp kullanmadığı her hastaya sorulmalıdır." Bu bağlamda, sarı kantaron ve meyan kökünün bitkisel ilaç olarak halk tarafından oldukça sık kullanıldığını ifade eden Prof. Dr. Abdullah Doğan sözlerine şöyle devam ediyor:

"Özellikle sarı kantaron hem vücut direncini artırmak, hem de zayıflamak için kullanılan bir bitkisel madde. Fakat sarı kantaron, kan basıncının kontrolünü zorlaştırıyor ve dirençli hipertansiyona neden oluyor. Meyan kökü de kan basıncının kontrolünü güçleştiren bir diğer bitkisel madde. Bitkisel ilaçlar dışında, hastanın kullandığı bazı antidepresan ilaçlar ve ağrı kesiciler de kan basıncının kontrolünü güçleştiriyor. Bu nedenle hipertansiyon ilaçları ile beraber alınan ilaçların doktor tarafından mutlaka sorgulanması gerekiyor."

Dirençli hipertansiyon hastalarının cinsiyet ve yaş grubuna göre ihmal ettiği noktalar ise şöyle:

"Yüksek tansiyon kişi de direkt olarak bir soruna yol açmadığı için uzun vadede bu ilaçları aldım ama bir değişiklik hissetmedim düşüncesiyle hastalar ilaçlarını bırakabiliyor ya da aksatabiliyorlar. Baş ağrısı için alınan bir ilaç, hastanın baş ağrısını hızla geçirdiği için aynı etkinin hipertansiyon ilaçlarında da olmasını bekliyor. Hasta, kısa vadede yarar görmediği için ilacı bırakabiliyor, ilaca etkisiz etiketi yedirebiliyor. Fakat hipertansiyon ilaçları uzun vadede etkisini ve yararını gösterdiği için hastalara ilacın bu yönünü de anlatmak gerekiyor. Çünkü uzun vadede hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanmak iç organ hasarını önlüyor. Ağırlıklı olarak kadın hastalarda kilo problemi olduğu için ilaca uyum gösterme durumu bu hastalar açısından en büyük problem olarak kendini gösteriyor. Yaşlı hastalarda yaşadığımız temel sorunların başında ise hastaların ilaçlarını almalarını unutuyor olmaları. Genç erkekler ise, ilaçlarını kullanmak ve düzenli kullanmak konusunda yeterince hassasiyet göstermiyorlar. Tabii tüm bu durumlar hekimin de hipertansiyon tedavisi yönetimini maalesef isteksiz yapabiliyor."

Hekime bağlı etkenler yanında hastaya bağlı etkenleri gidermek için hasta eğitimlerinin de önemli bir yeri var. Prof. Dr. Abdullah Doğan konuyla ilgili önerileri şöyle:

"İyi bir hipertansiyon kontrolü için hastanın yanında, hastanın eşi ve diğer yakınlarını da doğru ve zamanında ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmek ve eğitim vermek gerekiyor. Eğer hastalar tam olarak bilgilendirilirlerse tansiyon kontrolü daha iyi olacaktır. Unutulmamalıdır ki, düzenli ve doğru ilaç kullanımının yararını hastaların uzun vadede görebileceği mesajı hastalara verilmelidir"

Türkiye'de Stent for Life: 2013

Bezmialem Üniversitesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi ve Stent for Life "steering" komitesi üyesi Dr. Aylin Hatice Yamaç, Türkiye koordinatörlüğünü Prof. Dr. Ömer Kozan ve Prof. Dr. Ömer Göktekin'in yaptığı Stent for Life girişiminin Türkiye ayağıyla ilgili bilgili verdi. Dr. Aylin Hatice Yamaç primer PCI'nın (PPCI) STEMI'de dünyada tercih edilen tedavi olduğunu, ancak dünyanın birçok yerinde hastaların semptom başlangıcından sonraki ilk 2 saatte işleme giremediklerini ve bu bölgelerde hala büyük oranda trombolitik tedavi uygulandığını söyledi. Dr. Aylin Hatice Yamaç primer, dünyada PPCI ile tedavi edilen STEMI'li hastalarda reperfüzyon süresindeki uzamanın mortalitede artış ile ilişkili olduğuna dikkat çekti ve SFL'nin amacının PPCI uygulanan hasta sayısını artırmak kadar gecikmeleri de azaltmak olduğunu ekledi. SFL kapsamında Türkiye'de yapılanlar hakkında bilgi veren Dr. Aylin Hatice Yamaç, ülke çapında bir ağ kurulabilmesi amacıyla Türkiye'de PPCI yapılabilecek hastanelerin, doktorların ve genel program özelliklerinin belirlendiğini söyledi. SFL'nin ülkede bir lokomotif görevi üstlendiğini söyleyen Dr. Aylin Hatice Yamaç, kalp krizi geçiren hastaların tedavi ve takiplerinde rol alan birimlerin ortak çalışmasının hedeflendiğini ifade etti ve bölgelerin altyapı kriterlerine göre lokal ağlar oluşturulmasını ilk ana hedefleri olarak bildirdi. Dr. Aylin Hatice Yamaç ikinci ana hedefi sistemi aktive etmek olarak tanımladı ve STEMI geçiren hastaların bir an önce PPCI'ya ulaşabilmeleri için semptomlarına aşina olmalarının ve sahada da STEMI tanısının bir an önce konulmasının sağlanması, bu amaçla saha çalışmalarının yürütülmesi gerektiğinin altını çizdi. Dr. Aylin Hatice Yamaç üçüncü ana hedefi ise, sistem içinde yer alan bütün birimlerin eğitilmesi ve sonrasında performans takibini yapabilmek ve geribeslemeyi sağlamak için bir veribankasının oluşturulması olarak açıkladı.

Hastanın hastaneye erişiminden önceki sürede sahada neler yapılması gerektiği konusunda da bilgi veren Dr. Aylin Hatice Yamaç, "zaman kas demektir" sözünü vurgulayarak erken müdahale için fibrinolitik tedavide tenekteplaz tedavisi uygulanması gerektiğini, ek ilaç olarak da asetilsalisilik asit ve klopidogrel verildiğini söyledi. Dr. Aylin Hatice Yamaç sahada fibrinolitik tedavi uygulamak üzere yardımcı sağlık personelinin eğitilmesi gerektiğini söyledi. Ancak Türkiye'de mevzuatın buna izin verip vermeyeceği tartışmalı. Dr. Aylin Hatice Yamaç hastaneye 30 dakikadan önce erişmek mümkünse, trombolizin ertelenebileceğini, aksi taktirde ambulansta trombolizin uygulanması gerektiğini ifade etti.

Dr. Aylin Hatice Yamaç,
Bezmialem Üniversitesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi ve Stent for Life "steering" komitesi üyesi

Primer PCI yapabilecek hastanelerin tanımı

Hastane altyapı özellikleri:

- PPCI bu hastanelerde 7/24 yapılabilmeli.
- PPCI en kısa sürede yapılabilmeli. Amaç: Kapı-balon zamanını STEMI hastalarının (başka merkezlerden transfer edilen hastalar hariç) %75'inde 90 dk'nın altında tutulmalı.
- Hastane STEMI hastalarında, özellikle komplikasyon gelişmişse yaşam destek verilebilmesi için en az koroner yoğun bakım ünitesi niteliğinde yoğun bakım ünitesi olmalı.
- STEMI hastalarını karşılayan birimlerin (acil doktoru, kardiyolog, hemşire, teknisyen) belli aralıklarla eğitilmeli.
- Kardiyovasküler cerrahisi olmayan hastanelerin acil bypass imkanı sağlayan bir birimle acil transfer için yazılı bir anlaşması olmalı.

Doktorların özellikleri

- İnvazif çalışan bir kardiyoloğun senede en az 11 PPCI yapması, toplamda 75 PCI yapmış olması gerekiyor.
- Hastane içerisinde 24 saat invazif çalışabilen bir kardiyolog, bir kateter laboratuvarı hemşiresi ve teknisyeninin bulunması şart koşulmalı.

Genel program özellikleri:

- PPCI yapabilecek merkezlerde yılda en az 36 PPCI, toplamda 400 PPCI işleminin gerçekleşmesi gerekiyor.
- Her hastanenin son ESC kılavuzuna göre bir STEMI'ye yaklaşım protokolü olması gerekiyor.
- Her STEMI hastasının verileri bir veri bankasında toplanmalı, mortalite analizi yapılabilmeli.
- Yukarıdaki özelliklere sahip bir PCI merkezinin bütün STEMI hastalarını istisnasız kabul etmesi gerekir.

Türkiye'deki yaşlı nüfus ve palyatif bakım

Prof. Dr. Mehdi Zoghi,
Ege Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Kongre'de dikkat çeken konulardan biri de Ege Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehdi Zoghi'nin yaptığı "End of life" sunumu oldu. Sunuma Türkiye'deki yaşlı nüfus ve gelecekte beklenen verileri paylaşarak başlayan Prof. Dr. Zoghi, "2012 yılında yaşlı nüfus olarak tabir edilen 65 yaş ve üzerindeki nüfusun 5,7 milyon kişi (nüfusa oranı % 7,5), 2023 yılına gelindiğindeyse yaşlı nüfusun 8,6 milyon kişiye ulaşacağını ve Türkiye'de bu oranın %10,2'ye yaklaşacağını belirtirken, 2023 yılında Sinop başta olmak üzere, Çorum, Giresun, Kastamonu ve Zonguldak'ın da ortanca yaşı en yüksek iller olacağını" bildirdi.

Yaşlı nüfus Türkiye'de bu şekilde artarken yaşlıların son dönem bakımının da önemini arttığını ifade eden Prof. Dr. Zoghi HOSPİS kavramı, önemi ve işlevi hakkında bilgi verdi. Konuyla ilgili bilgilendirme yapan Prof. Dr. Mehdi Zoghi, "yaşamın sonlarına doğru, hastalığın her döneminde hasta ve yakınlarına verilen desteğin yanında, kürü mümkün olmayacak hasta ve hasta yakınlarına, onların konforu için verilen palyatif destek olarak tanımlanan HOSPİS'in, aktif ötenazi ve ölüme yardım etmenin her türlüsüne uzak duran bir yapılanma" olduğunun altını çizerek sözlerini şöyle sürdürdü:

"Son dönem bakımı, palyatif bakım anlayışı eşliğinde hastadaki rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak bireylere yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için kurumsal bünye içinde sunulan bir sağlık hizmetidir."

"End of life" döneminde hekimlerin yaklaşımında da bahseden Prof. Dr. Zoghi, "hekimlerin genellikle hastayla ölümü konuşmaktan çekinmekte olduklarını belirtirken, bu durumun klinisyenlerin başarısızlığı olarak görünmesinden endişe duyduklarını vurgulayarak" şöyle devam etti:

"Hekimler bu durumlarda hastanın yaşam ile bağını koparmak ve onu ümitsizliğe sürüklemek gibi bir endişeleri olduğunu belirtiyorlar. Ancak hekim hastayla bu konuyu açık olarak paylaşılmadığında bakıma ihtiyacı olan hastaların ayırım ve planlanması olanak dışı olacaktır."

Son dönem hasta bakımının sadece doktorun sorumluluğunda olmadığını da vurgu yapan, Prof. Dr. Mehdi Zoghi, "bu sorumluluğu, hekim, hemşire, sosyal hizmet, uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, din adamları ve gönüllülerden oluşan bir interdisipliner bir takımın paylaşması gerekliliğinden bahsederken, hastanın ailesinin de tüm bakım ve tedavi aşamalarında yer alması ve bilgi sahibi olması önemli" açıklamasını yaparak şu mesajı verdi:

"Asıl amaç ne ölümü hızlandırmak ve ne de geliştirmektir. Bireyin yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir."

Tüm bu gerekliliklerin sonucu olarak "terminal döneme giren hastaların yaşam kalitesinin olası en yüksek düzeyde tutulmasının ve semptomatik tedavinin de önemli olduğuna" dikkat çeken Prof. Dr. Zoghi bu kapsamda hekimin tedavi sürecinde dikkat etmesi gereken temel şeyler ise şöyle sıraladı:

"Ağrı/semptom tedavisi, gereksiz tetkik ve ızdırap verici işlemlerden kaçınmak, ızdırapların kontrol altına alınması, sıkıntıları hafifletmek, sevenlere destek olmak."

Peki ölüm gerçekleştikten sonraki yas sürecinde ölen hastanın hekimine düşen başka görevler var mı? Bu konudaki olması gereken ideal yaklaşımdan da bahseden Prof. Dr. Mehdi Zohgi sözlerini şöyle sonlandırdı:

"Aslında arzu edilen hekimin yaşamın sonlanmasından sonraki yas sürecinde de hasta yakınlarını desteklemesidir. Zaten modern palyatif bakım anlayışına göre yalnızca hastaya odaklanılmaz."

Sözlü Bildiriler

Yeni epidemiyolojik çalışmalardan neler öğrendik?

İ.Ü. Deneysel Tıp Araştırma Ens. Arş. Gör. Neslihan Çoban'ın sunduğu sözlü bildiri: Türkiye genelinde 1990 yılından bu yana yürütülen Türk erişkinlerinde kalp hastalıkları ve risk faktörleri (TEKHARF) adlı çalışmanın 2004-2010 yılı arasındaki taramalarına katılan yaklaşık 2500 kişinin DNA bankası oluşturuldu. Bu DNA bankası kullanılarak Lipoprotein (a) düzeyini belirleyen genetik bir varyant TEKHARF Kohort'unda tarandı. Bu genetik varyantın özellikle Lipoprotein (a) düzeylerini artırarak kardiyovasküler hastalık açısından risk faktörü olarak öngörüldüğü bildirildi. Dünyadaki çalışmalarla da benzerlik gösteren bu çalışmaya göre; kardiyovasküler hastalık için önemli bir lokus olan "LPA" geninin Türk toplumu için önemi de ilk defa gösterilmiş oldu.

MEDICAL TRIBUNE TÜRKİYE

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