



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



18 - 21 Nisan 2012
Kaya Otel ve Kongre Merkezi, İzmir

KONUŞMACI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

Değerli Meslektaşlarım,

On Birinci Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi'nin 18-21 Nisan 2012 tarihleri arasında **Kaya Otel ve Kongre Merkezi'nde** düzenleneceğini duyurmak ve siz değerli meslektaşlarımızı davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

Yıl içinde sayıları giderek artan kongreler, sempozyumlar, toplantılar yanında internet ortamı bilgiye ulaşmayı giderek kolaylaştırmaktadır. Bilgiye ulaşmanın kolaylığı, doğru ve kanıta dayalı bilgiyi seçmeyi zorlaştırmakta, bu noktada ulusal kongreler ayrı bir önem kazanmaktadır.

Konusunda uzman yerlivelive yabancı bilim insanlarının deneyimlerinin süzgecinden geçmiş güncel bilgileri sundukları, karşılıklı tartışma ortamının sağlandığı ulusal kongreler doğru bilgiye ulaşmak için en uygun arenayı sağlamaktadır.

Bu yıl İzmir'de bizi bir araya getirecek olan kongremiz olgu odaklı oturumlar, interaktif toplantılar, son yıllarda gündemden düşen hastalıklarla ilgili güncelleme toplantıları şeklinde organize edilmektedir.

Bu yıl kurs konusu **“Temel Ekokardiyografi Kursu”** olarak planlanmıştır.

Pediatrik kardiyoloji-cerrahi oturumları önceki yıl olduğu gibi ortak oturumlar olarak düzenlenmiştir.

Kongremizin zenginliği siz katılımcılarımızın aktif katılımı ile artacaktır. Sevgi ve dostlukların pekişeceği, en gencinden en kıdemlisine kadar tüm üyelerimizin yararlanabileceği bir bilimsel ortamı paylaşmak üzere hepinizi kongremize katılmaya davet ediyoruz. Her yıl bir öncekinden daha fazla katılımıla büyüyerek gelişen bu toplantıların bilimsel içeriğini giderek güçlendirecek, sosyal içeriğini ise zevkli kılacak öneri ve katılımlarınızı bekliyoruz.

Saygılarımızla...

Düzenleme Kurulu adına

Başkan Prof. Dr. F. Rana Olguntürk

TÜRK PEDIATRİK KARDİYOLOJİ VE KALP CERRAHİSİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Dr. F. Rana OLGUNTÜRK

Genel Sekreter

Dr. A. Deniz OĞUZ

Bilimsel Sekreter

Dr. Ahmet ÇELEBİ

Sayman

Dr. M. Adnan UYSALEL

Yönetim Kurulu Üyeleri

Dr. Zübeyir KILIÇ

Dr. Nazmi NARİN

Dr. A. Ruhi ÖZYÜREK

Dr. Tevfik KARAGÖZ

Dr. Hakan CEYRAN

ÇALIŞMA GRUBU BAŞKANLARI

Dr. Dursun ALEHAN

Dr. Selmin KARADEMİR

Dr. Osman KÜÇÜKOSMANOĞLU

Dr. Funda ÖZTUNÇ

YEREL DÜZENLEME GRUBU

Dr. Yüksel ATAY

Dr. R. Ertürk LEVENT

Dr. Zülal ÜLGER

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL PROGRAM	5
KONUŞMACI ÖZETLERİ	29
BİLDİRİ ÖZETLERİ / SÖZEL BİLDİRİLER	72
EKOKARDİYOĞRAFI VE ROMATİZMAL ATEŞ	
SÖZEL BİLDİRİLERİ	75
CERRAHİ SÖZEL BİLDİRİLERİ	89
GİRİŞİMSEL – İNVAZİV SÖZEL BİLDİRİLER	101
DİSRİTMİ SÖZEL BİLDİRİLER	117
CERRAHİ VE GENEL SÖZEL BİLDİRİLER	127
GENEL SÖZEL BİLDİRİLER	139
 TARTIŞMALI POSTER BİLDİRİLER	155
CERRAHİ	157
İNVAZİV	163
EKOKARDİYOĞRAFI	167
DİSRİTMİ	173
GENEL	177
 POSTER BİLDİRİLER	183
CERRAHİ	185
DİSRİTMİ	232
EKOKARDİYOĞRAFI	265
GENEL	321
İNVAZİV	485
ROMATİZMA	519
 ÖDÜLLÜ İLGİNÇ EKOKARDİYOĞRAFİK GÖRÜNTÜLER OTURUMU	539
ANJİO, MR, BT, CERRAHİ	549
OLGU ODAKLI OTURUM (AKUT ROMATİZMAL ATEŞ)	557
OLGU ODAKLI OTURUM	
KATATER ODASINDA SİZ OLSAYDINIZ NE YAPARDINIZ?	563
İLGİNÇ GÖRÜNTÜLER OTURUMU	575
OLGU ODAKLI OTURUM (OOO)	
KATATER ODASINDA SİZ OLSAYDINIZ NE YAPARDINIZ?	583
OLGU ODAKLI OTURUM (OOO)	
AKUT ROMATİZMAL ATEŞ	593
 YAZAR DİZİNİ	599

BİLİMSEL PROGRAM

18 NİSAN 2012, ÇARŞAMBA

SALON A

13:00-18:00 TEMEL EKOKARDİYOGRAFİ KURSU

Açılış

13:00-14:40 OTURUM - I

Başkanlar: Süheyla Özkutlu - Kemal Baysal

13:00-13:25 Ekokardiyografinin Teknik Özellikleri ve Modaliteleri
Deniz Oğuz

13:25-13:50 Sol Ventrikül Sistolik ve Diyastolik Fonksiyonları
Funda Öztunç

13:50-14:15 Atriyoventriküler Kapakların Değerlendirilmesi
Kemal Nişli

14:15-14:40 Semilunar Kapakların Değerlendirilmesi
Figen Akalın

14:40-15:10 Kahve Arası

15:10-17:15 OTURUM - II

Başkanlar: Ahmet Çelebi - Ali Rahmi Bakiler

15:10-15:35 Ekokardiyografik Segmental Analiz
Ayşe Sarıoğlu

15:35-16:00 Soldan Sağa Şanlı Konjenital Kalp Hastalıklarının Değerlendirilmesi
Gül Sağın Saylam

16:00-16:25 Siyanotik Kalp Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme I
(Fallot tetralojisi-ÇÇRV)
Ayşenur Paç

- 16:25-16:50 Siyanotik Kalp Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme II
(BAT, Trunkus arteriozus)
Ruhi Özyürek
- 16:50-17:15 Siyanotik Kalp Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme III
(Sistemik ve pulmoner venöz dönüş anomalileri)
Zübeyir Kılıç
- 17:15-18:00 Ödüllü İlginç Ekokardiyografik Görüntüler Oturumu
Başkanlar: Süheyla Özkutlu - Funda Öztunç
- 17:15-17:20 Aortik Valve Endokarditine Sekonder Mitral Valve Anevrizması
**Abdullah Erdem¹, Reyhan Dedeoğlu¹, İlker Kemal Yücel¹,
Ali Rıza Karacı¹, Naci Ceviz², Ahmet Çelebi¹**
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN
- 17:20-17:25 Uhl Anomalisinin Eşlik Ettiği Kompleks Kardiyak Malformasyon-Yeni Bir Anomali?
**Özge Pamukçu, Nazmi Narin, Ali Baykan, Mustafa Argun,
Abdulah Özyurt, Ertuğrul Mavili, Kazım Üzüm**
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ
- 17:25-17:30 Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonun Nadir Bir Nedeni: Pulmoner Ven Stenozu
**Gökmen Özdemir, Ali Yıldırım, Pelin Köşger, Tefik Demir,
Birsan Uçar, Zübeyir Kılıç**
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR
- 17:30-17:35 “Topsy-Turvy Heart”
**Alper Güzeltaş, Ender Ödemiş, Erkut Öztürk, Meki Bilici,
İbrahim Cansaran Tanıdır, Neslihan Kırlapınar, İsa Özyılmaz**
*MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL*
- 17:35-17:40 Paravalvüler Kaçağın Üç Boyutlu Transözefageal Ekokardiyografi Eşliğinde Kapatılması
**Alper Güzeltaş, İbrahim Cansaran Tanıdır, Erkut Öztürk,
Hale Ünal Aksu, Nevzat Uslu, Ender Ödemiş**
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANKARA

- 17:40-17:45 Büyük Arterlerin Bilateral Konuslu Tam Transpozisyonu
İlker Kemal Yücel, Reyhan Dedeoğlu, Abdullah Erdem, Ahmet Çelebi
DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP, DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:45-17:50 Balon Aortik Valvüloplasti İşleminin Nadir Bir Komplikasyonu: İntimal Flap Gelişimi
Özben Ceylan, Senem Özgür, Utku Arman Örün, Mahmut Keskin, Filiz Şenocak, Selmin Karademir
DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 18:00-18:30 *Kurs Sonu Değerlendirmesi (Keypad Eşliğinde)*
- 19:00-19:30 **Açılış Seremonisi**
- 19:30-20:00 **KONFERANS**
- Tıp ve Sanat
Ali Kutsal
- 20:00-21:30 **Açılış Kokteyli**

19 NİSAN 2012, PERŞEMBE

SALON A

08:30-09:15 KONFERANS

Başkan: Rana Olguntürk

Çocuk Kalp Sağlığı Konusunda Ulusal Bir Politika Neden Gereklidir?

Tayyar Sarıoğlu

09:15-10:15 PANEL

Sağ Ventrikül

Başkanlar: Semra Atalay - Funda Öztunç

09:15-09:30 Anatomi

Ayşe Güler Eroğlu

09:30-09:45 Ekokardiyografi ile Değerlendirme

Dursun Alehan

09:45-10:00 MRI ile Değerlendirme

Suat Fitöz

10:00-10:15 Tartışma

10:15-10:45 Kahve Arası

10:45-12:45 PANEL

Sağ Ventrikül Çıkım Yolu ve Pulmoner Arterlerde Girişimsel Tedavi

Başkanlar: Ümrah Aydoğan - Gayaz Akçürin

10:45-11:00 Valvuler Pulmoner Stenozda Balon Valvuloplasti

Metin Sungur

11:00-11:15 IVS-Pulmoner Atrezide Perkütan Kapak Perforasyonu

Ahmet Çelebi

11:15-11:30 Pulmoner Arter ve Dallarına Girişim

Nazan Özbarlas

11:30-11:45 Perkütan Pulmoner Kapak Replasmanı Endikasyonları - Sınırlamaları

Nazmi Narin

- 11:45-12:00 Adım Adım Pulmoner Kapak Replasmanı; Teknik Prosedür
Lee Benson
- 12:00-12:45 Tartışma
- 12:45-13:15 Öğle Yemeği (Lunch Box)**
- 12:45-13:15 UYDU SEMPOZYUM**
- RSV Enfeksiyonları
Constancio Medrano
- 14:15-15:30 PANEL**
- Sağ Ventrikül Çıkım Yolu Rekonstrüksiyonunda Geleceği Korumak
Başkanlar: Öztekin Oto - Adnan Uysalel
- 14:15-14:30 Pulmoner kapağın Önemi
Kürşad Tokel
- 14:30-14:45 Pulmoner kapak koruma teknikleri
Atıf Akçevin
- 14:45-15:00 Kapaklı konduit seçenekleri
Yüksel Atay
- 15:00-15:30 Tartışma
- 15:30-16:00 Tartışmalı Poster Seansı**
- Başkanlar: Filiz Şenocak - Erkan İriz**
- 15:30-16:00 Kahve Arası**
- 16:00-16:45 KONFERANS**
- Başkanlar: Levent Saltık - Velid Halit**
Girişimsel Kardiyolojide Beklentiler
Lee Benson

- 17:00-18:00** **OLGU ODAKLI OTURUM (OOO)**
Akut Romatizmal Ateş
Başkanlar: Süheyla Özkutlu - Gül Sağın Saylam
- 17.00-17.12 Myokardit ve Sol Ventrikül Sistolik Disfonksiyonuyla Giden Küçük Yaşta Ortaya Çıkan Atipik Ara Olgusu
İlker Kemal Yücel, Reyhan Dedeoğlu, Abdullah Erdem, Ahmet Çelebi
DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17.12-17.24 Atriyoventriküler Tam Blok ile Başvuran Akut Romatizmal Ateş Olgusu
Gökmen Özdemir, Ali Yıldırım, Pelin Köşger, Birsan Uçar, Tevfik Demir, Zübeyir Kılıç
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR
- 17.24-17.36 Akut Romatizmal Ateşli Bir Olguda İkinci Derece Mobitz TİP2 AV Blok ve Supraventriküler Taşikardi Birlikteliği
Keskin Mahmut, Örün Utku Arman, Özgür Senem, Ceylan Özben, Doğan Vehbi, Karademir Selmin, Şenocak Filiz
DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 17.36-17.48 Henoch-Schönlein Purpurası ve Akut Romatizmal Ateş Birlikteliği
Keskin Mahmut, Örün Utku Arman, Özgür Senem, Ceylan Özben, Karademir Selmin, Şenocak Filiz
DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 17.48-18.00 Ağır Ara Karditli Olguda Sphingomonas Paucimobilis Bakteriyemisi
Yılmaz Yozgat, Timur Meşe, Taliha Öner, Önder Doksöz, Ayhan Kılıç, Vedide Tavlı
DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR
- 17.00-17.12 Myokardit ve Sol Ventrikül Sistolik Disfonksiyonuyla Giden Küçük Yaşta Ortaya Çıkan Atipik Ara Olgusu
İlker Kemal Yücel
- 17.12-17.24 Atriyoventriküler Tam Blok ile Başvuran Akut Romatizmal Ateş Olgusu
Gökmen Özdemir

- 17.24-17.36 Akut Romatizmal Ateşli Bir Olguda İkinci Derece Mobitz TİP2 AV Blok ve Supraventriküler Taşikardi Birlikteliği
Mahmut Keskin
- 17.36-17.48 Henoch-Schönlein Purpurası ve Akut Romatizmal Ateş Birlikteliği
Mahmut Keskin
- 17.48-18.00 Ağır Ara Karditli Olguda Sphingomonas Paucimobilis Bakteriyemisi
Yılmaz Yozgat

17:00-18:30 SERBEST BİLDİRİLER

SALON B / EKOKARDİYOĞRAFI - ROMATİZMAL ATEŞ
Başkanlar: Mehmet Kervancıoğlu - Kadir Babaoğlu

- 17:00-17:10 Biküspit Aort Kapağı Olan Çocuklarda Arkus Aorta Boyutlarının ve Distensibilitesinin Prospektif Değerlendirilmesi
Sinem Altunyuva Usta, Figen Akalın
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL
- 17:10-17:20 İntrauterin Malnütrisyondan Kardiyak Fonksiyonlara Etkisinin Değerlendirilmesi
Dolunay Gürses, Burçin Seyhan
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DENİZLİ
- 17:20-17:30 Kronik Böbrek Hastalığı Olan Çocuklarda Sol Ventrikül Fonksiyonları ve Sol Ventrikül Fonksiyonlarının Natriüterik Peptid Düzeyleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi
Emine Azak, M.Kemal Baysal, Metin Sungur, H.Candaş Kafalı
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN
- 17:30-17:40 Obez Çocuk ve Adelösanlarda Alkolik Olmayan Karaciğer Yağlanması ve Kardiyovasküler Risk Arasındaki İlişkinin Araştırılması
Hayrullah Alp, Sevim Karaarslan, Beray Selver Eklioğlu, Mehmet Emre Atabek, Hakan Altın, Zehra Karataş, Tamer Baysal
KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA
- 17:40-17:50 Tüm Düzeltme Ameliyatı Yapılan Fallot Tetralojili Hastalarda Sağ Ventrikül Disfonksiyonunun Pulsed Dalga Doku Doppler Yöntemi ve Kardiyak Manyetik Rezonans İle Değerlendirilmesi
Bülent Koca¹, Funda Öztunc¹, Ayşe Güler Eroğlu¹, Selman Gökalp¹, Memduh Dursun², Ravza Yılmaz²
¹ *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL*
² *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL*

- 17:50 - 18:00 Akut Romatizmal Ateş ve Kronik Romatizmal Kapak Hastalıklarında Tenascin-C Düzeylerinin Değerlendirilmesi
Zehra Karataş, Tamer Baysal, Hayrullah Alp, Aysun Toker
KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA
- 18:00 - 18:10 Akut Romatizmal Ateş Olgularında Tanısal Bulgular ve Antiinflamatuvar Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması
Filiz Ekici, Oben Gözde Şenkon, İbrahim İlker Çetin, Abdullah Kocabaş, Mehmet Emre Arı, Alev Güven, Tülin Vedide Şaylı
ANKARA DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 18:10 - 18:20 Akut Romatizmal Ateşli Olgularımızın Klinik ve Ekokardiyografik Bulgularının Değerlendirilmesi
Erdal Yılmaz, Osman Akdeniz, Serkan Kırık
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ELAZIĞ

SALON C / CERRAHİ

Başkanlar: Murat Başaran - Özlem Bostan

- 17:00 - 17:09 Büyük Arter Transpozisyonu Ventriküler Septal Defekt ve Sol Ventrikül Çıkış yolu Darlığı Olgularında Cerrahi Yaklaşım
Rıza Türköz, Bülent Sarıtaş, Emre Özker, Can Vuran, Uygur Yörüker, Şule Balcı, Özlem Sarısoy, Canan Ayabakan, Kürşad Tokel
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:09 - 17:18 Çocukluk Dönemi Kalp Nakli
Sinan Erkul, M.Fatih Ayık, Emrah Oğuz, Pelin Öztürk, Yaprak Engin, Zülal Ülger, Çağatay Engin, Yüksel Atay, Tahir Yağdı, Mustafa Özbaran
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR
- 17:18 - 17:27 Çocuk Hastalarda Kalp Nakli Sonuçları
Mehmet Emin Özdoğan, Dilek Erer, Erkan İriz, Levent Oktar, Tolga Tatar, Hakan Zor, Rana Olguntürk, Sedef Tunaoglu, Serdar Kula
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

- 17:27 - 17:36 Hipoplastik Arkus ve Aort Koartasyonu Tamirinde Aort Kanülasyonu İle Selektif Serebral Perfüzyon ve Kısa Hipotermik Sirkülatuar Arrest Uygulanması
Can Vuran, Rıza Türköz, Bülent Sarıtaş, Emre Özker, Uygur Yörüker, Şule Balcı, Özlem Sarısoy, Canan Ayabakan, Kürşad Tokel
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:36 - 17:45 Nadir Görülen Total Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Mikst Tip: 4 Olgu Sunumu
Kürşad Öz, Selen Onan, Onur Şen, Banu Binbaş, Ender Ödemiş, Ersin Ereğ
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:45 - 17:54 Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Yenidoğanlarda Patent Ductus Arteriosus Ligasyonu
Özgür Ersoy¹, Ramazan Özdemir², Zeki Temiztürk¹, Ömer Ulular¹, Ömer Erdeve², Nahide Altuğ², Uğursay Kızıltepe¹
¹ *DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*
² *DR. ZEKAİ TAHİR BURAK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*
- 17:54 - 18:03 Arteriyel Switch Operasyonunda Mortalite ve Morbiditeye Etki Eden Faktörler: Kliniğimizde Uygulanan İlk 40 Olgunun Analizi
Özgen İlğaz Koçyiğit, Ersin Ereğ, İsmihan Selen Onan, Sertaç Haydin, Kürşad Öz, Burak Onan, Onur Şen, İsmihan Selen Onan, Erku Özürk, Ender Ödemiş, Fatma Banu Binbaş, Müzeyyen İyigün, Mehmet Yeniterzi, İhsan Bakır
MEHMET AKİF ERSOY ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:03 - 18:12 Yeni Kuşak Hücreden Arındırılmış Biyolojik Kapağın Sağ Ventrikül Çıkış Yolunda Kullanımı-Deneyimimiz
Süleyman Özkan, Ece Salihoğlu, Salih Özçobanoğlu, Alpay Çeliker
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL
- 18:12 - 18:21 Cor Triatriatum: 12 Hastanın Operasyon Sonuçları
Özgür Yıldırım, Can Yerebakan, Arda Özyüksel, İbrahim Önsel, Cenap Zeybek, Yalın Yalçın, Mehmet Salih Bilal
MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

18:21 - 18:30 Cor Triatriatum: Tek Merkez Deneyimi
Alper Gürsu, Birgül Varan, Kürşat Tokel, İlkay Erdoğan, Ayla Oktay, Murat Özkan, Sait Aşlamacı
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANKARA

SALON D / GİRİŞİMSEL - İNVAZİV

Başkanlar: Cemşit Karakurt - İlkay Erdoğan

- 17:00-17:09 Perkutan Pulmoner Kapak İmplantasyonu: Erken ve Orta Dönem Sonuçlarımız
Ender Ödemiş, Alper Güzeltaş, Meki Bilici, İhsan Bakır
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:09-17: 18 Semptomatik 6' Kg Altındaki Bebeklerde Transkateter Yöntemle PDA Kapatılması Sonuçları
Ahmet Çelebi, Reyhan Dedeoğlu, Halil Demir, Abdullah Erdem, İlker Kemal Yücel, Fadli Demir, Türkay Sarıtaş
DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:18 - 17:27 İntakt Ventriküler Septumlu Pulmoner Atrezilerde Transkateter Tedavilerin Erken ve Orta Dönem Sonuçları
Ender Ödemiş, Alper Güzeltaş, İsa Özyılmaz, Meki Bilici, Cansaran Tanıdır, İhsan Bakır
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:27 - 17:36 Çocuklarda ve Erişkinlerde Transkateter Atriyal Septal Defekt Kapatma İşleminin Özelliklerinin Karşılaştırılması: Orta-Uzun Dönem Sonuçlar
Ahmet Çelebi ¹, Türkay Sarıtaş ², Abdullah Erdem ¹, İlker Kemal Yücel ¹, Reyhan Dedeoğlu ¹, Nurdan Erol ¹, Halil Demir ¹, Fadli Demir ¹
¹ DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
² BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL
- 17:36 - 17:45 Amplatzer Oklüder ve Vasküler Tıpanın Çocuklarda Rutin Dışı Kullanımı
Osman Başpınar, Ahmet İrdem, Metin Kılınç
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

- 17:45 - 17:54 İzole veya Konjenital Patolojilere Eşlik Eden Koroner Fistüllerin Farklı Cihazlarla Transkateter Yolla Kapatılması
Ahmet Celebi, İlker Kemal Yücel, Abdullah Erdem, Reyhan Dedeoğlu, Halil Demir, Fadli Demir, Celal Akdeniz, Türkay Sarıtaş
DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:54 - 18:03 Transkateter Yöntemle Farklı Cihazlar Kullanılarak Kapatılan Perimembranoz Ventriküler Septal Defektlerin Orta Dönem Takip Sonuçları
Ahmet Celebi, Abdullah Erdem, Türkay Sarıtaş, Halil Demir, Reyhan Dedeoğlu, İlker Kemal Yücel, Fadli Demir
DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:03 - 18:12 Ventriküler Septal Defektin Farklı Cihazlar Kullanılarak Transkateter Kapatılmasının Kısa ve Orta Dönem Sonuçları: Tek Merkez
Nazmi Narin, Ali Baykan, Mustafa Argun, Abdullah Özyurt, Özge Pamukcu, Sadettin Sezer, Sertaç Hanedan Onan, Kazım Üzümlü
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ
- 18:12 - 18:21 Transkateter Yolla VSD Kapatıldığımız Hastalarda Ritm ve İletim Değişiklikleri: Erken ve Orta Dönem EKG ve Holter İzlemleri
Sevcan Erdem, Nazan Özbarlas, Abdi Bozkurt, Alev Kızıldaş, Osman Küçükosmanoğlu
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA
- 18:21 - 18:30 Nrg-Rf Transseptal Needle ile Atriyal Septal Defekt ve Fontan Fenestrasyonu Oluşturulması
Alper Akın, Tevfik Karagöz, İlker Ertuğrul, Dursun Alehan, Sema Özer, Süheyla Özkutlu
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

20 NİSAN 2012, CUMA

08:00-09:00 ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTILARI

SALON A

Ekokardiyografi Çalışma Grubu

SALON B

Erişkin Yaş Konjenital Kalp Hastalıkları Çalışma Grubu

SALON C

Disritmi Çalışma Grubu

SALON A

09:00-10:45 PANEL

Ameliyat Edilmiş Siyanotik Konjenital Kalp Hastalıklarında Uzun
Dönemde Karşılaşılan Sorunlar ve Yaklaşımlar

Başkanlar: Metin Demircin - Ergün Çil

09:00-09:15 Fallot Tetralojisi

Vedide Tavlı

09:15-09:30 Fontan Sirkülasyonu

Ercan Tutar

09:30-09:45 Büyük Arterlerin Transpozisyonu

Birgül Varan

09:45-10:00 Reoperasyonlar

Halil Türkoğlu

10:00-10:45 Tartışma

10:45-11:15 Kahve Arası

11:15 -12:15 KONFERANS

Başkanlar: Mehmet Salih Bilal - Sertaç Çiçek

Konjenital Kalp Cerrahisini İzleyen Süreçte Gelişimsel ve Bilişsel
Fonksiyonların Korunması

Richard A. Jonas

- 12:15 - 13:30** **ÖDÜLLÜ İLGİNÇ GÖRÜNTÜLER OTURUMU**
(Anjio, MR, BT, Cerrahi Video)
Moderatörler: Mustafa Paç - Ahmet Çelebi - Suat Fitöz
- 12:15 - 12:25** RPA-LA Bağlantısı ve Dev LA Anevrizmasının Transkateter Amplatzer
Müsküler VSD Okluder ile Kapatılması (Anjio)
Osman Başpınar, Ahmet İrdem, Yılmaz Toprak
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP
- 12:25 - 12:35** Alagille Sendromlu Olguda Sol Pulmoner Arter Darlığına Cutting
Balon Anjioplasti ve Stent Yerleştirilmesi (Anjio)
Ali Baykan, Mustafa Argun, Abdullah Özyurt, Özge Pamukcu,
Sadettin Sezer, Kazım Üzüm, Nazmi Narin
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ
- 12:35 - 12:40** Belirgin Sağ Pulmoner Arter Bifurkasyon Darlığı ve PDA'nın Aynı
Seansta Kaplı Stent ve Dukt Okluder Kullanılarak Transkateter
Tedavisi (Anjio)
Ahmet Çelebi, Abdullah Erdem, Reyhan Dedeoğlu,
İlker Kemal Yücel
*DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP, DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL*
- 12:45 - 12:55** Multislice BT İle Görüntülen Dessendan Aorta ve Sol Alt Pulmoner
Ven Arasındaki Arteriovenöz Fistül (MR, BT)
Mustafa Kösecik, Nurullah Doğan
ÖZEL BAHAR HASTANESİ, BURSA
- 12:55 - 13:05** Modifiye Nikaidoh Prosedürü Cerrahi Teknik (Cerrahi)
Mehmet Dedemoğlu, Akın Arslan, Tanıl Özer, Murat Başaran,
Nihat Çine, Eylem Tunçer, Füsün Güzelmeriç, Hakan Ceyran
*KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, İSTANBUL*
- 13:05 - 13:15** Aort Kapağı Korunarak Aort Kökü, Assendan Aorta ve Arkus Aorta
Replasmanı Yapılan Loeys-Dietz Sendromlu 2 Yaşında Olgusu (Cerrahi)
Rıza Türköz, Emre Özker, Can Vuran, Bülent Sarıtaş, Uygur Yörüker,
Şule Balcı, Özlem Sarısoy, Canan Ayabakan, Kürsad Tokel
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

13:15 - 13:25 Trunkus Arteriozus ve Interrupted Aortik Ark Birlikteliğinin Cerrahi Düzeltilmesi (Cerrahi)
Ali Kutsal, Murat Koç, Hakan Aydın, Onur Işık, Tolga Baş
DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

12:15-13:30 Öğle Yemeği (Lunch Box)

13:30-14:45 PANEL

Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisinde Yenilikler
Başkanlar: Zübeyir Kılıç - Mehmet Emin Özdoğan

13:30-13:45 Tıbbi Tedavi
Ertürk Levent

13:45-14:00 Kardiyak resenkronizasyon
Alpay Çeliker

14:00-14:15 Mekanik destek
Hakan Akıntürk

14:15-14:45 Tartışma

14:45-16:15 PANEL

Çocuklarda Pil ve İntrakardiyak Defibrilatör Uygulaması
Başkanlar: Sema Özer - Aygün Dindar

14:45-15:00 Endikasyonlar ve Sınır Olgularda Karar
Osman Küçükosmanoğlu

15:00-15:15 İmplantasyon Tekniği
Tevfik Karagöz

15:15-15:30 Pacemaker / ICD Kontrolü
Ayhan Kılıç

15:30-15:45 Uzun ve Kısa Süreli İzlem ve Problemler
Naci Ceviz

15:45-16:15 **Tartışma**

16:15- 16:45 Tartışmalı Poster Seansı
Başkanlar: Nazlıhan Günal - Dilek Erer

16:15- 16:45 Kahve Arası

16:45-18:30 PANEL

Hipoplastik Sol Kalp: Artan Umutlar Mı?

Başkanlar: Tufan Paker - Alp Alayunt - Hakan Akıntürk

16:45-17:00 Ameliyat Öncesi Değerlendirme ve Norwood'a Hazırlık
Ender Ödemiş

17:00-17:15 Hibrid Girişim
Lee Benson

17:15-17:30 Cerrahi Girişim
Hakan Ceyran

17:30-17:45 Uzman Görüşü
Richard A. Jonas

17:45-18:30 Tartışma

16:45-18:15 SERBEST BİLDİRİLER

SALON B / DİSRİTMİ

Başkanlar: Burhan Öcal - Tevfik Demir

17:00 - 17:10 Çocuklarda Minimal İnvazif Yöntem İle Epikardiyal İmplant Edilebilir
Kardiyovertör Defibrilatör (Icd) Yerleştirilmesi
**Sertaç Haydin, Murat Saygı, Yakup Ergül, İsa Özyılmaz, Erkut Öztürk,
Celal Akdeniz,Volkan Tuzcu**
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

17:10 - 17: 20 Supraventriküler Taşikardili Çocuklarda 8-Mm Uçlu Kriyoablasyon
Kateteri ile Tedavi
**İbrahim C. Tanıdır, Celal Akdeniz, Yakup Ergül, Hasan Tahsin Tola,
Neslihan Kıplapınar, Volkan Tuzcu**
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

- 17:20 - 17:30 İlaca Dirençli Supraventriküler Taşikardi Tanılı Yenidoğan ve Sütçocuklarının Ablasyon ile Tedavisi
Yakup Ergül, Neslihan Kıplapınar, Celal Akdeniz, Volkan Tuzcu
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:30 - 17:40 Çocuk ve Genç Erişkinlerde Mekanik Dilatör Kılıf Yardımıyla Perkütan Kardiyak Elektrot Çıkarılması
Tevfik Karagöz, H.Hakan Aykan, Alper Akın, İlker Ertuğrul, E. Sema Özer, Dursun Alehan, Süheyla Özkutlu
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA
- 17:40 - 17:50 Parahissian Aksesuar Yollarda Cryoablasyon
İlker Ertugrul, Tevfik Karagöz, Sema Özer, Hakan Aykan, Dursun Alehan, Alper Akın
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA
- 17:50 - 18:00 Çocuklarda Mahaim Yollarının Kriyoablasyon ile Tedavisi
Erkut Öztürk, Yakup Ergül, Celal Akdeniz, İbrahim C. Tanıdır, Hasan Tahsin Tola, Volkan Tuzcu
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:00 - 18:10 Çocuklarda Elektroanatomik Ensite Sisteminin Kullanımı ile Ventriküler Taşikardilerin Kateter Ablasyonu
İsa Özyılmaz, Celal Akdeniz, Yakup Ergül, Erkut Öztürk, İbrahim C. Tanıdır, Volkan Tuzcu
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:10 - 18:20 Çocuklarda Atriyovenriküler Nodal Reentran Taşikardinin Kriyoablasyon ile Tedavisi Sonrası Av İletinin Değerlendirilmesi
Neslihan Kıplapınar, Yakup Ergül, Celal Akdeniz, Murat Saygı, İsa Özyılmaz, Volkan Tuzcu
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

SALON C / CERRAHİ VE GENEL

Başkanlar: Zeynep Eyileten - Zülal Ülger

- 17:00 - 17:09 Atriyoventriküler Septal Defekt Tamirinde Primer Kapatma Yönteminin Erken Dönem Sonuçları
Ece Salihoglu, Süleyman Özkan, Salih Özçobanoğlu, Alpay Çeliker
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL
- 17:09 - 17:18 Asendan Aort Anevrizması ve Kombine Aort Kapak Hastalığında Ross-Konno Prosedürü ve Asendan Aort Replasmanı
Mehmet Salih Bilal, Can Yerebakan, Arda Özyüksel, Özgür Yıldırım, İbrahim Önsel, Cenap Zeybek, Yalım Yalçın
MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:18 - 17:27 Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Bebeklerde Kompleks Kalp Cerrahisi Sonuçları
Mehmet Salih Bilal, Arda Özyüksel, Can Yerebakan, Özgür Yıldırım, İbrahim Önsel, Cenap Zeybek, Yalım Yalçın
MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:27 - 17:36 İntra Operatif Flow Study: Veriler Işığında Cerrahi Endikasyon Değişikliği
Sertaç Haydin, Burak Onan, Selen Onan, Alper Güzeltaş, Ender Ödemiş, İhsan Bakır
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 17:36 - 17:45 Yeni Bir Senning Modifikasyonu İle Erken Dönem Sonuçlarımız
Ece Salihoglu¹, Süleyman Özkan¹, Salih Özçobanoğlu², Alpay Çeliker¹
¹ *ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL*
² *ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL*
- 17:45 - 17:54 Cerrahi Supra-/Intramitral Ring Rezeksiyonu - Dokuz Hastada Orta Dönem Sonuçları
Mehmet Salih Bilal, Özgür Yıldırım, Arda Özyüksel, Can Yerebakan, İbrahim Önsel, Cenap Zeybek, Yalım Yalçın
MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

- 17:54 - 18:03 Fallot Tetralojili Hastalarda Ptfe Pulmoner Kapak İle Total Korreksiyon
Muhammet Bozgüney ¹, İlker Çetin ², Filiz Ekici ¹, Kanat Özışık ¹, Uğursay Kızıltepe ¹
¹ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
² DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 18:03 - 18:12 Çocuk Kalp Ameliyatı Sonrasında Ekstrakorporeal Yaşam Desteği (Ecls/Ecmo) Deneyimleri
Ersin Erek, Sertaç Haydın, Burak Onan, Selen Onan, Pınar Yazıcı, Özgen Koçyiğit, Cansaran Tanidir, Perihan Yivli, Ender Ödemiş, İhsan Bakır
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:12 - 18:21 Yeni Başlayan Bir Çocuk Kalp Cerrahisi Programının Analizi: İki Yıllık Sonuçlarımız
İsmihan Selen Onan, Ersin Erek, Sertaç Haydın, Burak Onan, Onur Şen, Kürşad Öz, Burak Ersoy, Alper Güzeltaş, Özgen Ilgaz Koçyiğit, Müzeyyen İyigün, Ender Ödemiş, Mehmet Yeniterzi, İhsan Bakır
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:21 - 18:30 İnoperabilite Sınırındaki Pulmoner Hipertansiyonlu Ventriküler Septal Defektli Olguda Flap Valve Yama İle Cerrahi Onarım
Özgür Ersoy ¹, Filiz Ekici ², Alper Özgür ¹, Ali Bulut ¹, İlker Çetin ², Uğursay Kızıltepe ¹
¹ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
² DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- SALON D / GENEL**
Başkanlar: Nurettin Ünal - Bülent Oran
- 17:00 - 17:07 Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonlu Çocuklarda Endotelin Reseptör Antagonisti ve Prostatiklin Analogu İle Tedavinin Sonuçları
Emine Azak, M. Kemal Baysal, Metin Sungur, H. Candaş Kafalı
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN

- 17:07 - 17:14 Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (Çddab)'Lerde Doğum Sonrası Duktal Anatomik Özelliklerle Takipte Saptanan Anlamlı Duktal Şant Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Tuğçin Bora Polat, İstemihan Çelik, Ömer Erdeve, Uğur Dilmen
ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 17:14 - 17:28 Ünitimizde, Ekim 2011-Aralık 2011 Tarihleri Arası, Myoperikardit Tanısı Alan 16 Olgunun Klinik Bulguları Ve Demografik Özellikleri
Abdullah Özyurt, Ali Baykan, Özge Pamukçu, Özgür Ceylan, Mustafa Argun, Kazım Üzüm, Nazmi Narin
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ
- 17:28 - 17:35 Çocuklarda Trombüs Tedavisinde Rekombinan Doku Plazminojen Aktivatörü İle Klinik Deneyimlerimiz
Haşim Olgun, Mustafa Büyükcavcı, Naci Ceviz, Zuhal Kesin Yıldırım, İrfan Oğuz Şahin, İbrahim Caner, Canan Yolcu, Kadir Şerafettin Tekgündüz
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM
- 17:35 - 17:42 Aortopulmoner Pencere Tanısıyla İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi
Ayla Oktay, Kürşat Tokel, Birgül Varan, İlkay Erdoğan, Alper Gürsu, Murat Özkan, Sait Aşlamacı
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANKARA
- 17:42 - 17:49 Son Bir Yıl İçinde 400 Hastada Yaptığımız Tilt Testi Sonuçlarımız
Yılmaz Yozgat¹, Timur Meşe¹, Önder Doksöz¹, Taliha Öner¹, Rahmi Özdemir¹, Savaş Demirpence¹, Seçil Kurtulmuş², Vedide Tavlı¹
¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR
² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR
- 17:49 - 17:56 İki Yönlü Kavopulmoner Anastamoz Yapılan Hastalarımızda Klinik Sonuçları Etkileyen Faktörler
Canan Ayabakan, Muhammed Karabulut, Özlem Sarısoy, Kürşad Tokel, Bülent Sarıtaş, Can Vuran, Emre Özker, Rıza Turkoz
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

- 17:56 - 18:03 Scimitar Sendromlu Olguların Tanı ve Tedavi Sonuçları
Fadli Demir, Abdullah Erdem, İlker Kemal Yücel, Reyhan Dedeoğlu, Halil Demir, Turkey Sarıtas, Ali Rıza Karacı, Numan Ali Aydemir, Ahmet Çelebi
DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL
- 18:03 - 18:10 Kawasaki Hastalığı'nda Koroner Arter Tutulumunun Persiste Etmesinde Etkili Risk Faktörleri
Murat Muhtar Yılmaz¹, Taliha Öner², Barış Güven², Timur Meşe², Vedide Tavlı²
¹DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DİYARBAKIR
²DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR
- 18:10 - 18:17 Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Kardiyovasküler Sistem Etkilerinin Araştırılması
Ayşe Şimşek, Çağla Serpil Doğan, Murat Çiftel, Özlem Turan, Fırat Kardelen, Gayaz Akçurum, Sema Akman, Halil Ertuğ
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA
- 18:17 - 18:24 Yenidoğanlarda Persistan Pulmoner Hipertansiyonun İloprost Ve Oral Sildenafil ile Tedavisi
İ. İlker Çetin, Filiz Ekici, Sevim Ünal, Leyla Bilgin, Abdullah Kocabaş, M. Emre Arı
ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA
- 18:24 - 18:31 Fetal Ekokardiyografinin Konjenital Kalp Hastalıklarını Saptamadaki Etkinliğinin ve Kompleks Kongenital Kalp Hastalıklı Olguların Prognozlarının Retrospektif İncelenmesi
Sevda Çam, Timur Meşe, Yılmaz Yozgat, Taliha Öner, Savaş Demirpence, Vedide Tavlı
DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR
- 20:30-23:30 Gala Yemeği

21 NİSAN 2012, CUMARTESİ

08:00-09:00 ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTILARI

SALON A

İnvaziv Çalışma Grubu

SALON B

Cerrahi Çalışma Grubu

SALON C

Akut Romatizmal Ateş Çalışma Grubu

SALON A

09:00-10:30 TARTIŞMALI PANEL

VSD'li Aort Koarktasyonu/Ark Hipoplazisi Olgularına Yaklaşım
(Keypad Eşliğinde)

Başkanlar: Sait Aşlamacı - Ali Kutsal

09:00-09:15 Kardiyolojik Değerlendirme
Sedef Tunaoglu

09:15-09:30 Cerrahi Yaklaşım (Çift Seans)
Mustafa Yılmaz

09:30-09:45 Cerrahi Yaklaşım (Tek Seans)
Hakan Akıntürk

09:45-10:30 Tartışma

10:30-11:45 PANEL

Çocuklarda Nadir Görülen Pulmoner Hipertansiyon Nedenleri ve
Tedavi Yaklaşımları

Başkanlar: Rana Olguntürk - Rukiye Eker Ömeroğlu

10:30-10:45 Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon
Canan Ayabakan

10:45-11:00 Kollajen Doku Hastalıklarına Sekonder Pulmoner
Hipertansiyon
Özgür Kasapçopur

- 11:00-11:15 Solunum Yolu Obstrüksiyonuna Bağlı Pulmoner Hipertansiyon
Olgu Hallıoğlu
- 11:15-11:30 Kardiyomiyopatiye Bağlı Pulmoner Hipertansiyon
Serdar Kula
- 11:30-11:45 Tartışma
- 11:45-12:45 PANEL**
- Akut Romatizmal Ateş Epidemiyolojisi
Başkanlar: Halil Ertuğ - Selmin Karademir
- 11:45-12:00 Dünyada ARA Epidemiyolojisi
Birsen Uçar
- 12:00-12:15 Türkiye’de ARA Epidemiyolojisi
Selmin Karademir
- 12:15-12:45 Tartışma
- 12:45-13:45 Öğle Yemeği (Lunch Box)**
- 13:45-15:30 OLGU ODAKLI OTURUM (OOO)**
- Kateter Odasında Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?
Moderatörler: Nazan Özbarlas - Nazmi Narin - Levent Saltık - Ruhi Özyürek - Osman Başpınar
- 13:45-13:58 Eisenmenger Sendromu Gelişmiş RPA Üst Lob Arteri - Desandan Aorta RL Şantı ve Stenotik Hemitrunkusun CP Stent ve Amplatzer Septal Oklüder ile Transkateter Tedavisi
Osman Başpınar
- 13:58-14:11 Ekstrakorporeal Yaşam Desteği Alan Hastada Transkateter Girişim: Tıkanmış Şanta ve Sol Pulmoner Artere Stent Yerleştirilmesi
Alper Güzeltaş
- 14:11- 4:24 “Fail” Eden Bir Fontan Sirkülasyonunda Pulmoner Arter Darlığına Stent İmplantasyonu Sonrası Klinik ve Hemodinamik Düzeltme
Abdullah Erdem

- 14:24-14:37 Baş Boyun Damar Anomalisinin Eşlik Ettiği Aort Koarktasyonlu 3 Yaş,
11 Kg Hastaya Başarılı Transkateter Stent Yerleştirilmesi
Abdullah Özyurt
- 14:37-14:50 Postoperatif Fallot Tetralojisinde Parsiyal Pulmoner Venöz Dönüş
Anomalisinin Amplatzer Vascular Plug İle Transkateter Yöntemle
Kapatılması
Ahmet İrdem
- 15:03-15:16 Yenidoğanda Aort Stenozunun Umbilikal Ven Yolu İle Tedavisi
Kemal Nişli
- 15:16-15:29 Amplatzer Duct Ocluder 2 ile PDA Kapatılması Yapılan Olguda İzlenen
İleri Derecede Rezidüel Şantın Amplatzer Duct Ocluder 1 Cihazı ile
Tam Kapatılması
Mustafa Orhan Bulut
- 15:29-15:43 High Venozum ASD Onarımı Sonrası Gelişen Ciddi SVC Darlığının Greft
Kaplı Stent ile Giderilmesi
Metin Sungur
- 15:30-16:00 **Kapanış**



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



KONUŞMACI ÖZETLERİ

EKOKARDİYOĞRAFİNİN TEKNİK ÖZELLİKLERİ VE MODALİTELERİ

DENİZ OĞUZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Ekokardiyografi, insan kulağının duyamayacağı, 20000Hz.in üzerindeki frekanslardaki sesin (ultrason) kullanılarak kalbin görüntülenmesidir. İki boyutlu görüntüleme, hareket modu görüntülemesi (m-mod), renkli görüntüleme ve Doppler görüntüleme değişik modalitelerdir. Ultrason dalgalarının doku ile etkileşimi sonucu saçılma, yansıma, kırılma, zayıflama gibi etkiler ortaya çıkabilir. Bu olumsuz etkilerin yaratabileceği görüntü yetersizliği, akustik gölgeleme, ikincil yansıma gibi sorunlar da optimal görüntü kalitesini olumsuz olarak etkileyen faktörlerdir. Kaliteli bir görüntü elde ederek doğru tanıya varmak için ekokardiyografi cihazında çeşitli ayarları yapmak gerekir. Doğru frekanslı prob seçiminden başlayarak gönderilen güç, kazanç, zaman kazanç düzeltimi, derinlik ayarı, odak, sektör açısı, sektör derinliği, gri skala, dinamik menzil ayarları, saniyedeki çerçeve sayısı gibi ayarların her hastaya uygun olacak şekilde manuel olarak yapılması gereklidir.

Hastanın yaşı ve kilosu küçüldükçe yüzeyel incelemeye olanak tanıyan daha yüksek frekanslı problar seçilmelidir. Devamlı akım ve aralıklı akım modaliteleri kullanılırken Nyquist limitine, örnekleme kutucuğunun paralel olmasına, ışın genişliğine, ayna görüntüsüne dikkat edilmelidir. Renkli Doppler incelemede ise zemin görüntüsü, gölgeleme, hayali görüntü gibi faktörler göz önüne alınmalı ve gerekli ayarlamalar yapılmalıdır.

SEMİLUNAR KAPAKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

FİGEN AKALIN

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Semilunar kapaklar olan aort kapağı ve pulmoner kapak, subvalvüler ve supravalvüler yapıları da içine alan sağ ve sol ventrikül çıkış yollarının değerlendirilmesi şeklinde ele alınacaktır. Aort kapağı normal olarak 3 küspisden oluşur, ve parasternal kısa eksen, uzun eksen ve subkostal görüntülerde değerlendirilebilir. İki boyutlu olarak kapak yapısı, hareketleri, anulusu, subaortik ve supravalvüler darlıklar, ek anomaliler değerlendirilebilir.

Aort darlığında darlığın derecelendirilmesi CW Doppler ile sol ventrikül-aort arasındaki akım hızının ölçülmesi ve Bernoulli denklemi ($4v^2$) ile gradientin hesaplanması ile belirlenir. Akım hızının 4m/sn üzerinde olması önemli darlık düşündürür. Sol ventrikül disfonksiyonu varsa gradient düşük bulunur. Ekokardiyografik olarak ölçülen basınç gradienti kateter ile ölçülen gradientten yüksektir. Devamlılık denklemi ile aort kapak alanı hesaplanabilir. Aort yetersizliği (AY) durumunda Renkli Doppler ile yetersizlik jeti görüntülenebilir, yetersizlik derecesinin belirlenmesi için AY jetinin sol ventrikül çıkış yoluna oranı, vena kontrakta çapı, 3 boyutlu ekokardiyografi ile ölçülen regürjitan orifis alanı (EROA), PISA yöntemi ile hesaplanan EROA, regürjitan hacim, Basınç yarılanma zamanı (PHT) gibi yöntemler kullanılır. Desendan aortada diyastolik geri akım saptanması önemli AY belirtisidir.

Vena kontrakta'nın 6mm üzerinde, EROA'nın 30mm², Regürjitan hacmin 60mL üzerinde olması önemli yetersizlik düşündürür. Sol ventrikül sistolik çapı, sol ventrikül hacim indeksi ve ejeksiyon fraksiyonu girişim zamanlaması için önemlidir. Pulmoner kapak, pulmoner arterler ve sağ ventrikül çıkış yolu parasternal kısa eksen, yüksek parasternal alan, subkostal ve suprasternal pencerelerden görüntülenebilir. İki boyutlu olarak kapak yapısı, displastik olup olmadığı, kapakta kalınlaşma, kubbeleşme, poststenotik dilatasyon görüntülenebilir. Kapak düzeyinde, infundibuler düzeyde, supravalvüler ya da periferik pulmoner arter dallarında darlık görülebilir. Sağ ventrikülün geniş, septumun düzleşmiş olduğu görülebilir. Darlık derecelendirilmesi için CW Doppler ile ölçülen sağ ventrikül pulmoner arter gradienti kateter bulguları ile iyi korelasyon gösterir.

Sağ ventrikül-pulmoner arter arasındaki akım hızının 4m/sn, gradientin 64mmHg üzerinde bulunması önemli darlık düşündürür. Seri darlıkların bulunması, uzun segmental darlıklar ve pulmoner hipertansiyon durumlarında gradient ölçümü güvenilirliğini kaybeder. Sağ ventrikül basıncı ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir. Sağ ventrikül sistolik basıncının 55-60mmHg üzerinde bulunması girişim endikasyonudur. Pulmoner yetersizliğin kantitatif değerlendirmesi için AY de kullanılan, vena kontrakta genişliği, jet genişliğinin sağ ventrikül çıkış yoluna oranı, PISA gibi yöntemler kullanılabilir ancak geçerliliği kanıtlanmamıştır. Sağ ventrikül hacmi ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi girişim gereksinimi açısından daha değerlidir.

EKOKARDİYOĞRAFİK SEGMENTAL ANALİZ

AYŞE SARIOĞLU

ACIBADEM HASTANESİ, İSTANBUL

Ekokardiyografi, konjenital kalp anomalilerinin tanısında ve tedavilerinin planlanmasında 1970'lerden beri çok önemli bir yer işgal etmektedir. Bugün ekokardiyografi ve Doppler yardımıyla kardiyak morfolojinin, büyük ölçüde ekstrakardiyak vasküler yapıların ve kardiyak fonksiyonların, hemodinamik parametrelerin değerlendirilmesi mümkündür. Özellikle konjenital kalp anomalilerinin çok büyük bölümünde anormal kardiyak morfoloji ve fizyolojinin belirlenmesi ve uygun cerrahi tedavi stratejisinin planlanması yalnız ekokardiyografik inceleme ve değerlendirmelerle yapılabilmektedir. Konjenital kalp anomalilerinde tanının doğru ve cerrahi tedavi planının uygun bir şekilde tasarlanabilmesi için ekokardiyografik değerlendirmelerin segmental analiz sistemi içinde yapılması büyük önem taşır.

Segmental analiz, kalp odacıkları ve vasküler yapıların bunların birbirleriyle olan ilişki ve bağlantılarının, morfolojik ve fizyolojik temellere dayanan bir mantık düzeni içerisinde incelenmesi olarak tanımlanabilir. Segmental analiz, "tablo 1" de belirtilen anatomik ve morfolojik özellikler tanımlanarak yapılır. Ekokardiyografi ile apikal, parasternal ve suprasternal pencerelerden elde edilen standart kesitlerle segmental analiz için gerekli kardiyak ve ekstrakardiyak anatomi belirlenebilir. Kompleks konjenital kalp anomalilerinde anatomik yapıların farklı lokalizasyonlarından dolayı bu standart kesitler yeterli olmayabilir. Bu durumda yine bu kesitler temel olmak üzere alınan değişik kesitlerde anatomik yapılar incelenir.

Konjenital kalp anomalilerinde ekokardiyografik incelemeye subkostal kesitlerden başlanır. Subkostal kesitlerde apeksin yönü, atriyal situs, atriyal septum, inferiyor ve superiyor vena kavanın atriyumla bağlantısı ve hepatik venler; apikal 4-boşluk kesitlerinde, atriyoventriküler bağlantı, ventrikül morfolojisi ve büyüklükleri, atriyoventriküler kapaklar, atriyoventriküler septum ve ventriküler septum, pulmoner venler; parasternal uzun eksen kesitlerinde ventrikül fonksiyonları, sol atriyum ve sol ventrikül büyüklükleri, mitral kapak, ventriküloarteriyel bağlantı, pulmoner venler, koroner sinüs; parasternal kısa eksen kesitlerinde aort ve pulmoner arter ilişkileri ve infundibular(outlet) septum, semilunar kapaklar, koroner arterler; suprasternal kesitlerde superiyor vena kava (SVC), innominate ven, asendan, arkus ve torasik aorta, pulmoner arterler, pulmoner venler, duktus arteriozus değendirilerek tablo l'de belirtilen anatomik ve morfolojik yapılar tanımlanarak segmental analiz sistemi içinde yorumlanır.

Tablo 1: Konjenital kalp anomalilerinin segmental analizi

- Kardiyak lokalizasyon ve apeksin yönü
- Atrial situs ve atriyal morfoloji
- Sistemik ve pulmoner venöz dönüş
- Atrial septum
- Atrioventriküler bağlantı ve atrioventriküler kapaklar
- Ventrikül morfolojisi
- Ventriküler septum
- Ventrikülo-arteriyel bağlantı
- Aort, pulmoner arterler ve semilunar kapaklar

SİYANOTİK KALP HASTALIKLARINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME I (FALLOT TETRALOJİSİ - ÇÇRV)

AYŞENUR PAÇ

ANKARA TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Siyanotik konjenital kalp hastalıklarının anatomik ve hemodinamik temel özelliklerinin ekokardiyografi ile gösterilmesi, hastanın kliniği ile birlikte değerlendirilerek uygun cerrahi yöntemin seçilmesinde, günümüzde çok daha fazla önem kazanmıştır. Çift çıkımlı sağ ventrikül, VSD' nin tipinin ve lokalizasyonunun, büyük damar ilişkilerinin ve damar çıkışlarının tanımlanması ve eşlik eden diğer kardiyak defektlerin saptanması ekokardiyografi görüntüleri eşliğinde tartışıldı. Fallot tetralojisinde VSD ve sağ ventrikül çıkım yolu morfolojisi, ana pulmoner arter ve dalları, koroner arter çıkışları ve dallarının gösterilmesi, ek kardiyak defektler ekokardiyografik görüntülerle tartışıldı. Fallot Tetralojisinin preoperatif ekokardiyografik değerlendirilmesi VSD morfolojisi; "malalignment", "doubly committed" subarteriyel, AV kanal tiplerin ayırımı, ayrıca ek muskuler VSD varlığı, VSD'den şantın yönü ve nadiren akım restriksiyonunun değerlendirilmesi yapılmalıdır. Sağ ventrikül çıkım yolu obstruksiyonunun morfolojisi ve değerlendirilmesi ; infundibular septum büyüklüğü ve pozisyonu, ek muskuler obstruksiyon, pulmoner kapak annulus büyüklüğü (z skor) ve kapak morfolojisinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ana pulmoner arter ve dallarının büyüklüğü ve akımları 'LPA sling' gibi pulmoner arter dallarının anormal çıkışlarının araştırılması pulmoner arter dallarının hipoplazisi, diskret pulmoner arter dalı stenozu, yada devamlılık göstermeyen pulmoner arterler, özellikle duktusun kapanmasını takiben değerlendirilmelidir. McGoon oranının ekokardiyografik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Koroner arter çıkışlarının, dallarının ve akımlarının gösterilmesi gereklidir. Ana pulmoner arterden çıkan sol koroner arter, sol koroner arterin sağ koroner arterden çıkması, geniş koroner damarların sağ ventrikül çıkım yolunu çaprazlaması (transannuler yama veya conduit yerleştirmesinde önemli) gibi görülebilecek koroner arter anomalileri değerlendirilmelidir. Çift çıkımlı sağ ventrikülün preoperatif ekokardiyografik değerlendirilmesi Aort ve pulmoner arterlerin morfolojik sağ ventrikülden çıkması, ventriküler septal defekt, Seminal kapaklar ile AV kapaklar arasında fibröz devamlılık olmaması temel tanısal parametreleridir.

VSD'nin lokalizasyonuna göre 5 farklı tipte olabilir ; Subaortik, Fallot tipi (subaortik VSD+PS), subpulmoner, doubly committed, noncommitted. Ekokardiyografi ile tiplendirme yapılmalıdır. Segmental situs, sağ ventrikülden iki büyük arterin çıktığı, iki eşit ventrikül varlığı, VSD'nin büyüklüğü, lokalizasyonu ve büyük arterlere göre pozisyonu, çıkım yolu tıkanıklığı, ilişkili kardiyak malformasyonlar, koroner arter anomalisi ekokardiyografik olarak değerlendirilmelidir. ÇÇRV ile ilişkili anomaliler; Çıkım yolu tıkanıklıklar, Atrioventriküler kapak Malformasyonları, "Common AV canal", Çift girimli sağ ventrikül ve rudimenter hipoplastik sol ventrikül olabilir. Triküspit atrezisi olduğu zaman, her iki büyük arter infundibular odacıktan kaynaklanır. Çift odacıklı sağ ventrikül, atriyal apandajların jukstapozisyonu görülebilir. Heterotaksi sendromlarıyla beraber bulunabilir. Koroner arter anomalileri %50 oranında görülebilir.

SIYANOTİK KALP HASTALIKLARINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME II (BAT, TRUNKUS ARTERİOZUS)

A. RUHİ ÖZYÜREK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Büyük Arter Transpozisyonu(BAT) konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %5'ini oluşturur. Süt çocuğunda (0-1 yaş) en sık görülen siyanotik kalp hastalığıdır. Ekokardiyografik incelemede anatomik yapılar ve bağlantılar segmental olarak analiz edilmelidir. Büyük arterlerin birbiriyle ilişkisine, infundibuler morfolojiye, atriyal bağlantı ve interatriyal şantların durumuna, assosiye lezyonların (VSD,PS gibi) tanımlanmasına ve koroner arterlerin çıkışı ve dağılımlarına dikkat edilmeli ve bunlar ayrıntılı olarak ortaya konulmalıdır.

Ayrıca hastaların atriyal septostomi sonrası ve intraoperatif ve postoperatif ekokardiyografik izlemleri yapılmalıdır. Trunkus Arteriosus'da kalpten trunkal kapağı olan tek bir arter çıkar. Sistemik, pulmoner ve koroner dolaşım bu arterden köken alır. Pulmoner arterlerin bu kökten çıkış durumuna göre genellikle dört tipe ayrılır. Geniş bir VSD hastaların hemen hepsinde vardır. Trunkal kapak anormallikleri sıktır. Ekokardiyografik olarak Trunkus arteriosus'un tipi, VSD'nin durumu, trunkal kapak, trunkal kapağın A-V kapaklar ve ventriküllerle ilişkisi, assosiye lezyonlar ve koroner arterlerin çıkışı ve dağılımı ayrıntılı olarak incelenmelidir.

SIYANOTİK KALP HASTALIKLARINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME III (SİSTEMİK VE PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİLERİ)

ZÜBEYİR KILIÇ

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Venöz sistemde, pulmoner veya sistemik dolaşımda çok çeşitli anormal varyasyonlar görülebilmektedir. Fizyolojik olarak önemsiz varyasyonlardan, ciddi hemodinamik bozukluk yaratan ağır malformasyonlara varan klinik spektrum gözlenebilmektedir.

Kardiyovasküler hastalıkların teşhis ve tedavisindeki son gelişmeler bu anomalilerin tanınabilirliğini ve önemini arttırmıştır. Cerrahi tedaviden önce saptanmış olmaları operasyonun seyrini etkilemekte, kalp kateterizasyonu sırasında kateter manipulasyonunu zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle venöz anomalilerin araştırılması pediatrik kardiyak olgularda eko ve kalp kateterizasyonu sırasında rutin hale gelmiştir. Tanımlanmış en sık sistemik venöz anomaliden biri, persistan sol superiyör vena kava anomalisidir. Persistan sol SVC doğumsal kalp hastalıklarının %3-5'inde görülür. Bunların %90-92'si RA'a ve özellikle koroner sinüse boşalırken, %8-10'u LA boşalarak siyanoz oluşturmaktadır. Çoğunlukla iki adet SVC varken, nadiren sağ SVC atretik olabilir.

Bazen kompleks kardiyak defektlere eşlik edebilir. Diğer önemli sistemik venöz anormali azigos ven devamlılığı olan IVC 'nin infrahepatik kesintisidir. IVC hepatik kısmı atretik olup böbreğin alt kısmı normaldir. Hepatik venler direkt olarak RA'a boşalırlar. Genellikle kompleks siyanotik kalp hastalıklarına eşlik eder (polispleni, DORV, TAPVD). Seyrek olarak bütün sistemik venler LA'a boşalarak (total sistemik venöz dönüş anomalisi) siyanoz oluşturabilirler. Pulmoner venöz (PV) anomalileri anatomik spektrumları, klinik şekilleri, seyir ve gelişimleri bakımından çok değişkenlik göstermektedir. Bir veya daha fazla pulmoner venin bir veya daha fazla sistemik vene (RA, SVC, VCI, koroner sinüs ve innominate ven) boşalması olarak tanımlanabilir.

Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüşler (PAPVD) sağ tarafta sola göre iki kat daha fazla görülmekte ve çoğunlukla sinüs venozum ASD eşlik etmektedir. Sol PV koroner sinüs veya innominate vene boşalmaktadır. PV'lerin bağlantı yerlerinde darlıklar olabilir. RA ve LA'a boşalan PV obstrüksiyonları izole olabileceği gibi bir keseyle atriyumla boşalan COR TRIATRIYATUM'a kadar farklı varyasyonlar gösterebilmektedir. Total anormal pulmoner venöz dönüşler (TAPVD) önemli siyanoz nedenlerindendir. Doğumsal kalp hastalıklarının % 1'ni oluşturmaktadır. Erkeklerde daha sıktır. Pulmoner venlerin sol atriyumla ilişkileri bulunmamaktadır. Pulmoner venlerin boşaldığı yere göre dört farklı tipi tanımlanmıştır. Olguların % 50'sini suprakardiyak tip oluşturmakta; pulmoner venöz sinüs, sol vertikal ven ve sol innominate ven aracılığıyla sağ SVC'ya boşalmaktadır. Kardiyak tipte olanlar vakaların % 20'sini oluşturmakta; pulmoner venöz sinüs, koroner sinüse drene olmaktadır.

Olguların % 10'unu ise mixed tip olup diğer tiplerin kombinasyonundan oluşmaktadır.

Yaşam için PFO veya ASD gereklidir. Gerek prenatal tanı, gerekse cerrahi müdahalelerdeki ve girişimsel tedavilerdeki gelişmeler, doğru teşhis ve erken tanının önemini vurgulamaktadır. Sistemik ve pulmoner venöz anomalilerin derinlemesine anlaşılması, birçok konjenital kardiyovasküler patolojinin başarılı tedavilerine temel teşkil etmektedir. Pulmoner ve sistemik venöz anomalilerinin anlaşılabilmesi ancak embriyolojik gelişime vakıf olmakla mümkündür.

ÇOCUK KALP SAĞLIĞI KONUSUNDA ULUSAL BİR POLİTİKA NEDEN GEREKLİDİR?

TAYYAR SARIOĞLU

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ, İSTANBUL

Nüfusumuzun yaklaşık %40 ını teşkil eden çocukların kalp sağlığı, özellikle pediatrik ve konjenital kalp hastalıkları ülkemizin önemli sağlık sorunlarından biridir. Gerçek şu ki, ülkemizin bu sorununun, büyüklüğü, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kapsamı ve sonuçları, psiko-sosyal- ekonomik boyutları hakkında elimizde yeterli veri ve bilgi bulunmamaktadır. Çocuk kalp sağlığı hizmetlerinin, hasta güvenliği ve kalite göstergeleri açısından dünya standartlarına yükseltilebilmesi için yurt çapında bir reorganizasyona ihtiyaç vardır. Öncelikle bu konuda ulusal bir veri tabanı ve bilgi bankası oluşturulması gerekmektedir. Pediatrik ve konjenital kalp hastalıkları alanında tanı ve tedavi hizmeti sunan kalp merkezlerinin, fiziki ve mimari alt yapı, teknolojik donanım, insan kaynakları ve yönetim organizasyonu bakımından çağdaş standartları belirlenmelidir. Pediatrik kalp merkezlerinde kardiyoloji, kalp cerrahisi, kardiyak anestezi, yoğun bakım, neonatoloji, kardiyak radyoloji ve patoloji bilim dallarının entegre bir sistem bütünlüğü içinde yönetilmesi verimlilik ve başarı için son derece önemlidir.

Pediatrik kardiyoloji ve pediatrik kalp damar cerrahisi uzmanlık eğitiminin standartları yeniden belirlenmeli ve bu eğitimin her iki bilim dalının bir arada çalıştığı pediatrik kalp merkezlerinde yürütülmesi sağlanmalıdır. Bu merkezlerin yurt çapında ihtiyaca göre sayısı, bölgesel dağılımı ile ilgili stratejik bir planlamaya ihtiyaç olduğu açıktır. Ayrıca sunulan hizmetlerin, özellikle cerrahi uygulamaların erken ve geç dönem sonuçlarının uluslararası kriterlerle (EACTS- STS nomenclature & coding system) kayıtlara geçirilmesi ve uluslararası kalite ve iyileştirme metotlarının (Aristotle complexity score) uygulamaya konması sağlanmalıdır. Bir diğer önemli husus, çocuk kalp sağlığı hizmetlerinin finansmanının yeterli ve sürdürülebilir bir şekilde karşılanmasıdır. Bu nedenle başta SGK ödemeleri olmak üzere yapılan geri ödemeleri yeniden gözden geçirilmesi, kurumların yaşaması ve hizmetlerin sürdürülebilmesi için hayati önem taşımaktadır. Çocuk kalp sağlığının toplumun genel kalp sağlığı ile ilişkili bir diğer boyutu üzerinde de önemle durmalıyız. Erişkin yaşlarda kalp damar hastalıklarına yol açan risk faktörlerinin önlenmesi, çocuklukta kazanılan sağlıklı davranış kalıpları ile sağlanabilir.

Bu nedenle erişkin yaşlarda sağlıklı bir kalp- damar sistemine sahip olmak istiyorsak çabalarımızı çocukluk yaşlarına yoğunlaştırmalıyız. Yukarıdaki düzenlemeler; Hükümetler, Sağlık Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, Pediatrik ve Erişkin Türk Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Dernekleri gibi kurumların katılım ve katkısı ile gerçekleştirilebilir. Tüm bu girişimlerin koordine edilmesi, takip ve denetlenmesi, stratejik plan ve programların hazırlanması, konusunda “Ulusal Çocuk Kalp Sağlığı Enstitüsü” kurulmalı ve bu konu ulusal bir politika olarak ele alınmalıdır.

SAĞ VENTRİKÜL ANATOMİSİ

AYŞE GÜLER EROĞLU

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Sağ ventrikül anatomik ve işlevsel olarak üç bölümden oluşur. İnlet (giriş) bölümü triküspit kapak yapılarını içerir. Apikal bölüm ‘trabeculae carnea’ olarak da adlandırılan kaba trabeküllerle kaplıdır. Sağ ventrikülün septal yüzeyi de ‘trabeculae septomarginalis’ adı verilen kaba trabeküller ile kaplıdır. Apikal ve septal trabeküller birleşirler.

Sağ ventriküldeki trabeküllerin önemli özelliği az sayıda ve kaba görünümde olmaları ve inlet ile outlete doğru uzanmalarıdır. Sol ventriküldeki trabeküller ise çok sayıda ve incedir, çapraz seyrederler. Ayrıca sol ventrikülün septal yüzeyi düzdür. Sağ ventrikülün outlet (çıkış) bölümü pulmoner kapak yaprakçıklarını destekleyen kas yapısındaki infundibulumdan (conus) oluşur. Outlet septum sağ ve sol ventrikül çıkış yolunu birbirinden ayırır ve septumun geri kalan kısmı ile arasında yaklaşık 45 derecelik bir açı vardır. Sağ ventrikülde triküspit kapağı pulmoner kapaktan ‘crista supraventricularis’ adı verilen, ‘ventriculo-infundibular fold’ denilen kas yapısı ile outlet septumun küçük bir parçasından oluşan yapı ayırır.

Triküspit kapak ve pulmoner kapak arasında mitral kapak ve aort kapağı arasında olduğu gibi bir fibröz devamlılık yoktur. Triküspid kapağın septal, anterosuperiyör ve inferiyör yaprakçıkları vardır. Anterosuperiyör yaprakçık en büyük ve en hareketli olanıdır. Inferiyör yaprakçık büyüklüğü ve şekli en değişken olanıdır. Septal yaprakçık en az hareketli olanıdır.

Triküspit kapağın en karakteristik özelliği septal yaprakçığının kordalarının septuma uzanmasıdır. Mitral kapağın iki yaprakçığı vardır ve septuma kordal yapışıklıkları yoktur. Normal kalpte sağ ventrikül apeksi ile pulmoner kapak anülüsü arasındaki mesafe sağ ventrikül apeksi ile triküspit anülüsü arasındaki mesafeden %25 daha fazladır.

SAĞ VENTRİKÜLÜN EKOKARDİYOĞRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

DURSUN ALEHAN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Sağ ventrikül uzun yıllar boyunca ihmal edilmiş ve ancak geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında onun çeşitli fizyolojik ve patolojik durumlardaki anahtar rolü anlaşıldıktan sonra dikkat çekmeye başlamıştır. Sağ ventrikülün performansı konjenital kalp hastalıklarının bir çoğunda direk prognozu etkilemektedir. Sağ ventrikülün morfolojisinin ve fonksiyonunun değerlendirilmesi edinsel hastalıklarında da son derece önemlidir.

Sağ ventrikülün değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın yöntem ekokardiyografidir. Ancak sağ ventrikülün sternumun arkasında yerleşmesi ve kompleks anatomisi nedeniyle ekokardiyografik olarak değerlendirilmesi kolay olmamaktadır. Kompleks geometrisi sağ ventrikülün giriş ve çıkış yolunun tek bir planda görüntülenmesini önlemektedir. Bu nedenle sağ ventrikülün bütününe ekokardiyografik olarak değerlendirilmesi için farklı ekokardiyografik açılar kullanılmalıdır. Bu amaçla parasternal uzun eksen, kısa eksen, apikal, subkostal kısa eksen ve subkostal uzun eksen görüntüleri incelenmelidir.

Ekokardiyografi ile sağ ventrikülün sol ventriküle göre farklı morfolojisi görülebilir. Sağ ventrikül daha kalın trabeküllü ancak daha ince duvarlıdır. Ayrıca triküspit kapağının mitrale göre daha aşağıda yerleşmesi, triküspidin septal papiller adelelerinin septuma yapışması, sağ ventrikül içinde kalın moderatör bandın bulunması ekokardiyografik olarak iki ventrikülün ayırtedilmesini sağlayan başlıca morfolojik farklılıklardır. Sağ ventrikül fonksiyonlarının değerlendirilmesinde çeşitli ekokardiyografik parametreler kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi sağ ventrikül fraksiyone alan değişikliğidir (right ventricular fractional area change) ve apikal 4 boşlukta ölçülen (sağ ventrikül diyastol sonu alanı – sağ ventrikül sağ ventrikül sistol sonu alanı / sağ ventrikül diyastol sonu alanı) olarak hesaplanır. Bu değer sağ ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ile iyi korelasyon göstermektedir.

Ayrıca miyokardiyal performans indeksi (MPI, Tei indeksi), TAPSE (triküspit anülüsünün sistolde apeksine doğru olan hareketi), strain, strain rate, doku Doppler görüntüleme ve konvansiyonel Doppler ile yapılan hemodinamik değerlendirilmeler (sistolik ve diyastolik pulmoner arter basınçları, sağ ventrikül basıncı) sağ ventrikülün değerlendirilmesinde kullanılan başlıca ekokardiyografik yöntemlerdir. Son yıllarda 3 boyutlu ve 4 boyutlu ekokardiyografik görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ile sağ ventrikülün segmenter geometrisinin anlaşılması, hacimlerinin ve fonksiyonlarının daha net bir şekilde ölçülmesi mümkün olmaktadır.

SAĞ VENTRİKÜL MRI İLE DEĞERLENDİRME

SUAT FİTÖZ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

MR alanındaki son dönem gelişmeler ile kalp ve vasküler sisteme yönelik görüntüleme endikasyonlarında da önemli bir artış gözlenmiştir. Kardiyak MR alanındaki ana efor sol kalp ve koroner arter ile iskemileri göstermeye yöneliktir.

Sağ kalp incelemeleri daha ikinci planda yer almaktadır. Sağ kalbe yönelik incelemeler morfolojik sağ kalp ve büyük kardiyak anomalileri inceleme amacıyla gerçekleştirilebileceği gibi asıl endikasyon alanını Fallot operasyonu sonrası değerlendirmeler oluşturmaktadır.

Özellikle ekokardiyografik olarak değerlendirilmesi güç olan sağ kalp hakkında MR inceleme morfoloji yanı sıra fonksiyonel bilgiyi de sunabilir ve akım hızlarına ait yaklaşık verileri de sağlar. Bu sunumda sağ kalbin MR ile inceleme yöntemleri ele alınacak morfolojik ve fonksiyonel veri elde edilmesi örneklenecektir.

VALVULER PULMONER STENOZDA BALON VALVULOPLASTİ

METİN SUNGUR

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN

Pulmoner balon valvuloplasti, doğumsal kalp hastalıklarında girişimsel tedavi uygulamalarının ilklerindendir. Günümüzde tüm yaşlarda Dünyada ve ülkemizde ilk tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır.

Anatomi ve Patofizyoloji

Pulmoner kapak patolojisi klasik, displastik ya da miks tipte olabilir. En sık görülen klasik tipinde kapak leafletleri ayrılmamış ve kubbe görünümündedir. Displastik tipinde kaslar şekilsiz miksomatoz doku nedeniyle kalınlaşmıştır ve anülüs sıklıkla hipoplaziktir. Pulmoner valvüler darlık yanında yaşla ve darlığın şiddetine ikincil olarak dinamik infundibüler gelişir. Ana pulmoner arterde poststenotik dilatasyon gelişebilir. Yenidoğandaki kritik pulmoner stenozda atriyal düzeydeki sağ-sol şant beklenenden fazladır ve bu bebekler siyanotik olarak doğarlar. Sağ ventrikül basınçları sistemik veya suprasistemik düzeydedir. Bu hastalarda darlık giderildikten sonra bile bir süre sağ-sol şantın devam etmesi nedeniyle siyanoz devam eder.

Klinik Özellikler

Pulmoner valvular stenozlu hastalar genellikle asemptomatiktir. Rutin muayene sırasında üfürüm duyulması, sağ kalp yetersizliği, bazende siyanoz (atriyal düzeyde sağ-sol şantın devam etmesi) nedeniyle başvurusurlar.

Pulmoner Balon Valvuloplasti Endikasyonu

Hangi yaşta ve hangi kapak yapısında olursa olsun ilk tedavi seçeneğidir. Displastik kapakta başarı oranı daha düşük olmakla birlikte balon valvuloplastinin denenmesi, başarısız olması durumunda cerrahi önerilmektedir. İki boyutlu prekordiyal kısa ve uzun eksen ve subkostal ekokardiyografik inceleme ile pulmoner kapak leafletleri değerlendirilir. Kateterizasyon ile pulmoner kapak gradiyentinin 50 mm Hg üzerinde olması kesin endikasyon oluşturmakla birlikte 40 mm Hg gradiyent için de tedavi önerenler vardır

Balon Kateter Seçimi ve Pulmoner Balon Valvuloplasti Uygulama Tekniği

Femoral ven ve artere kılıf yerleştirildikten sonra femoral arter yolu ile sistemik basınç izlenir. Hemodinamik ve anjiyografik değerlendirmeden sonra balon çapına karar verilmelidir. Bunun için lateral sağ ventrikülogramda annulus çapı ölçülür. Etkili ve güvenli valvüloplastik için balon/anülüs oranı 1.2-1.4 olmalıdır. Bu oranın 1.5 ve üzerinde olması işlem sırasında infundibuler spazma ve pulmoner regurjitasyona neden olabilir. Seçilecek balon çapına göre extrastiff exchange klavuz tel, kateter içinde tercihan sol pulmoner arter distaline ilerletilir. Balon pulmoner kapağı ortalayacak şekilde telin üzerinden ilerletilir. Balonun rahatlıkla şişirilip indirilebilmesi için 1:5

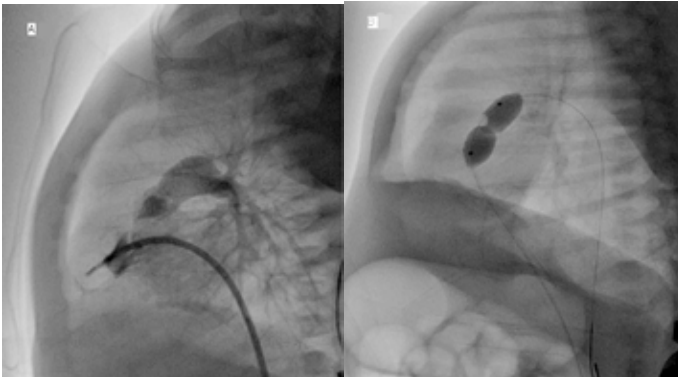
oranında serum fizyolojik ile sulandırılmış kontrast madde kullanılır. Pulmoner kapağa yerleştirilen balon, üzerinde belirtilen başınçla şişirilir, başlangıçta kapak seviyesinde balonda indentasyon oluşur, balon maksimum basınca çıktığında komissüral yapışıklığın yırtılması ile indentasyon kaybolur (Şekil B). Şişirme-indirme süresi 10-15 saniyeden uzun olmamalıdır. İşlem 3-5 kez tekrarlanabilir. Kapak darlığı giderildikten sonraki şişirme sırasında balonda indentasyon oluşmaz. Kapak açıldıktan sonra kılavuz yerinde bırakarak ucu açık ya da multitrack kateter tekrar tel üzerinden ilerletilerek geri basınç kayıtları yapılmalı rezidel darlık olup olmadığı, derecesi ve yeri belirlenmelidir. Başarılı bir valvuloplasti işleminden sonra 10-15 mm Hg den fazla gradiyent kalmamalıdır. Kılavuz telin extrastiff seçilmesi balon kateteri yerleştirmek için kolaylık sağlar, ayrıca şişirme sırasında balonun pulmoner artere kayması ya da sağ ventriküle düşmesini önler.

Komplikasyonlar

Pulmoner balon valvuloplasti güvenli bir girişimdir. Nadir de olsa; Pulmoner anülüs ve arter zedelenmesi, ritim bozuklukları, balonun şişirilmesi sırasında geçici bradikardi ve hipotansiyon ve triküspit kapağının zedelenmesi ile yetersizlik görülebilir.

Yenidoğanda Kritik Pulmoner Stenoz

Yenidoğanda pulmoner valvüloplasti, büyük çocuklarda olduğundan daha yüksek riskli ve zor bir işlemdir. Burada güçlükle ağır darlığı olan kapaktan geçmektir, kateter ve telin manipulsayonu ile sağ ventrikül çıkış yolunda perforasyon ve perikardiyal tampond gelişebilir. Prostaglandin E1 infüzyonu duktusun açık kalmasını ve sistemik oksijen saturasyonun artışı sağlar. Sağ ventrikül ön-arka ve yan anjiyogramları 5F Berman kateteri ile yapılır. Kapağı geçmek için sağ judkins ve Kobra tip 1 kateterleri tercih edilir. Kılavuz tel pulmoner arter dalları yanı sıra duktus yolu ile inen aortaya da yerleştirilebilir (Şekil). Balon dilatasyon işlemi 2-5 mm çapında 2 cm uzunluğunda balon ile predilatasyon yapılabilir. Son dilatasyon annulus çapının 1.2-1.3 katı balon ile yapılır.



Şekil: Beş günlük, 2.490 gr ikiz eşi kritik pulmoner valvuler darlığı olan hasta. A: lateral sağ ventrikül anjiyogramı (valvüloplasti öncesi sağ ventrikül basıncı 105 mm Hg) B: Balonun şişirilmesi sırasında dar kapağa ait indentasyon ve telin inen aortadaki görünümü.

İNTAKT VENTRİKÜLER SEPTUMLU PULMONER ATREZİDE PERKÜTAN KAPAK PERFORASYONU

AHMET ÇELEBİ

DR. SİYAMİ ERSEK HASTANESİ, İSTANBUL

İntakt ventriküler septumlu pulmoner atrezi (IVS-PA) sıklıkla sağ ventrikül (RV) hipoplazisi, triküspid kapak anormallikleri ve RV-koroner arter bağlantıları eşlik edebilen PDA'ya bağımlı kompleks bir anomalidir. Tedavide erken amaç güvenli bir pulmoner akım kaynağı oluşturmak, uzun dönemde ise biventriküler, mümkün değil ise bir buçuk ventrikül ya da Fontan sirkülasyonu sağlamaktır. RV aşırı hipoplazik olmayan, membranöz atrezili ve koroner dolaşım RV'e bağımlı olmayan bebeklerde RV çıkım yolunu (RVOT) açmak güvenli bir antegrad pulmoner akım sağlaması yanında RV'ün gelişmesini sağlayıp biventriküler dolaşım oluşturabildiği gibi en azından 1 ½ ventrikül palyasyonuna zemin hazırlar. RVOT açılması önceleri cerrahi valvotomi şeklinde yapılmasına karşın 1990'lardan başlayarak transkateter kapak perforasyonu alternatif olarak gelişmiştir. Önceleri klavuz tellerin sert ucu ve laser valvotomi yöntemleri ile başlayan bu süreç günümüzde radyofrekans (RF) klavuz tel perforasyonuna dönüşmüştür. RF tel perforasyonunda güncel olan Bayliss Nykanen ve Osypka Cerablate RF teli, bunların bağlandığı enerji jeneratörleri olmak üzere iki sistem vardır. Girişim kompleks olduğundan birçok malzemeye ve biplan anjiyografiye ihtiyaç gösterir. Perforasyon sürecinde retrograd duktusdan geçilerek pulmoner artere (PA) yerleştirilen kateterin hem kılavuzluğundan faydalanılır, hem de perforasyondan sonra telin PA'de olup olmadığı kontrol edilir. Floroskopi altında uygun pozisyona yerleştirilmiş olan ucu açık kateterden çıkarılan RF teli jeneratöre bağlanarak kısa süreli enerji uygulanır ve PA'e girilir. Bayliss sisteminde perforasyondan sonra co-axial kateter RF tel üzerinden kolayca ilerletilebilir. Co-axial kateter içinden PA'e yerleştirilen klavuz teller üzerinden predilatasyon ve nihai dilatasyonlar yapılır. Osypka sisteminde RF tel geri çekilerek oluşan perforasyondan 0.014" koroner guide-wire veya RF tel kenarından ikinci bir koroner klavuz tel geçirilerek predilatasyon ve ardından optimal çaptaki balonla valvuloplasti yapılır. Bunlar mümkün olmaz ise bazen PA'deki RF tel veya klavuz tel retrograd gönderilen snare kateteri ile yakalanarak çekilip kateterle/balonla birlikte perforasyon, predilatasyon ve nihai dilatasyon yapılabilir. Uygun balon valvuloplastiye rağmen sıklıkla RV'ün hacim yetersizliği veya komplians bozukluğu veya infundibular hipoplazi nedeniyle yeterli antegrad akım sağlanamayabilir. Bu durumda prostoglandin infüzyonuna devam ederek 1-2 hafta RV kompliyansının düzelmesi beklenebilir, oksijen saturasyonunda prostoglandin'siz yeterli yükseklik elde edilmediği takdirde duktusa stent implantasyonu ikinci seansta gerekebilir. RV orta hipoplazik, infundibulumu iyi gelişmemiş hastalarda perforasyon sonrası aynı seansta hemen duktal stent implantasyonu daha iyi bir yaklaşımdır. Sonuç olarak IVSPA tedavisinde transkateter pulmoner kapak perforasyonu uygun olgularda cerrahiye bütünüyle alternatif hatta daha iyi sonuç verebilecek etkili bir yöntemdir. Gerekğinde aynı seansda veya 1-2 hafta sonra duktusa stent implantasyonu cerrahi gerekmezsizin tedaviyi daha güvenli olarak tamamlama seçeneği sağlar.

PERKÜTAN PULMONER KAPAK REPLASMANI ENDİKASYONLARI - SINIRLAMALARI

NAZMI NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Sıklıkla konjenital kalp hastalıklarının tamirini takiben oluşan, zamanla artan pulmoner yetersizlik ve pulmoner stenozun ilerlemesiyle ortaya çıkan sağ ventrikül disfonksiyonunun tedavisi için kullanılan önemli bir seçenektir. Özellikle RVOT nin cerrahi revizyonu, düşük morbidite ve mortaliteye neden olmakla ve yerleştirilen cerrahi implantların kullanım süreleri kısıtlı olup bu durum hastaların birden fazla açık kalp cerrahisine maruz kalmasına sebep olmaktadır. Ve bu durum toplam morbiditesi önemli ölçüde artırmaktadır. Bu riskleri ve sorunları en aza indirmek amacıyla perkütan pulmoner kapak replasmanı ilk kez Dr. Bonhoeffer tarafından yılında dizayn edilmiş ve uygulanmıştır.

Neden?

Postoperatif pulmoner yetmezlik iyihuyul bir lezyon olarak kabul edilmesine rağmen uzun dönem takipte sağ ve sol ventriküler disfonksiyonuna neden olan hemodinamik etkileri gösterilmiştir. Sağ ventrikül üzerindeki kronik volüm aşırı yükü ventriküler dilatasyona neden olup sistol ve diyastol fonksiyonlarını bozar. Triküspit annulus genişler ve var olan triküspit yetmezliği kötüleştirir. Bu iki kapaktaki lezyon sağ kalp dilatasyonundan sorumludur. Uzun dönemde bu atriyal ventriküler aritmi, kalp yetmezliği ve ani ölüm riskini artırır. QRS deki uzama malign ventriküler aritmi riskinin artması ve ani ölümün hepsi birden Fallot tetralojisinin geç dönem takibinde ortaya çıkan PY ye bağlıdır. TOF tamirinden sonra görülen bozulmuş egzersiz kapasitesinin de PY ye bağlı olduğu ve derecesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Restriktif fizyolojiye bağlı RV diyastolik disfonksiyonu ventrikülü dilatasyondan korur ve bu hastalarda restriktif fizyolojisi olmayan hastalara oranla daha iyi egzersiz performansı görülür. Pulmoner kapağın korunması veya restorasyonu, RV fonksiyonunu iyileştirerek aritmi sıklığını azaltır, efor toleransını artırır.

Ne Zaman?

Geri dönüşümsüz RV disfonksiyonu oluşmadan normal pulmoner bütünlüğü sağlamak için uygun zaman henüz tanımlanmamıştır. Pulmoner yetmezliğin konvansiyonel cerrahi endikasyonları semptomların, egzersiz intoleransının, aritmilerin, RV ilerleyici dilatasyonunun, bozulan RV fonksiyonlarının veya sağ ventrikülde basınç ve volüm yükün arttıran ilave ilişkili kalp lezyonlarının (rezidü VSD, çıkış yolu darlığı, ciddi TY) olup olmamasına bağlıdır. Bununla birlikte bazen müdahalede geç kalınmış olabilir ve sağ ventriküldeki geri dönüşümsüz değişiklikler buraya tamamen yerleşebilir. Therrien ve arkadaşları başlangıç pulmoner kapak tamirinden 20 yıldan fazla geçen ve geç pulmoner kapak replasmanı uygulanan hastaların sonrasında egzersiz

kapasitesi, RV fonksiyonu ve RV volümünde düzelme olmadığını bildirdiler. Böylece pulmoner kapaktaki yetemezliğine yapılacak gecikmiş uygulamaların sağ ventriküldeki düzelmeye katkısının az oranda olacağını düşündürmektedir. Aynı zamanda diğer araştırmacılar, uygun zamanda yapılacak pulmoner kapak replasmanının, sağ ventrikül fonksiyonlarında, aritmilerin kontrol altına alma ve egzersiz kapasitesinde artışa neden olacağını açıkça göstermişlerdir. Bununla birlikte uygulama ile ilgili güvenilir güncel verilerin alınabileceği tek bir araştırma yoktur. RV disfonksiyonunun başlaması, TY ve semptomların belirginleşmesi, reversibilenin azaldığını gösteren belirteçlerdir. Ancak pulmoner kapak için yapılacak uygulamanın zamanlamasıyla ilgili indikatör olarak görülmesi doğru olmayabilir. Güncel bilgiler ışığında girişim için en uygun zaman semptomlar başlangıcından önce veya belirgin sağ ventriküler dilatasyonu olan hastalarda seri kardiyopulmoner egzersiz testlerinde egzersiz toleransının azalmış olduğunun gösterilmesi olarak alınmalıdır.

Perkütan Pulmoner Kapak Replasmanı Kriterleri

Klinik Kriterler

RV sistolik basıncı $>2/3$ ve ilave sistemik semptomların olması, veya
RV sistolik basıncı $>3/4$ ve semptomsuz olması ve/veya orta/ağır PY ve
aşağıdaki

kriterlerden biri

Semptomatik olması

Ciddi RV disfonksiyonu

Ciddi RV dilatasyonu

Azalmış egzersiz kapasitesi (tahmini pik O₂ tüketimi $< \%65$)

Morfolojik kriterler

RVOT çapının $<22 \times 22$ mm

RVOT çapının $>14 \times 14$ mm

RVOT OBSTRUKSİYONLARI İÇİN REKONSTRUKSİYONUNDA PULMONER KAPAĞIN ÖNEMİ

KÜRŞAD TOKEL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Fallot Tetralojili (FT) hastalarda RV çıkım yolunun morfolojisi; izole infundibuler, infundibuler+valvüler, infundibuler+valvüler+anüler darlık, diffüz RVOT hipoplazisi ve baskın kapak darlığı şeklinde olabilir.

FT olgularının %75'inde kapak dar, bunların 2/3'ü biküspittir. Darlık olmadığı zamanda bile normalin aksine kapak alanı aortadan dardır. Kapak lifletleri kalındır, olguların % 10'unda lifletlerde fibromiksamatöz çıkıntılar bulunur. Kapak düzeyindeki darlık genelde kommisural birleşmeden daha çok lifletlerin tetheringden kaynaklanır. Pulmoner anulus sağ ventrikül ve ana pulmoner arter birleşim yeri olup kastan bir yapıdır. Normalin aksine Fallot tetralojili hastalarda çapı aortadan küçüktür. Infundibuler darlığın ağır olduğu olgularda fibrotik olabilir.

Diffüz infundibuler hipoplazi durumunda anulus da küçük olabilir. Pulmoner kapağın önemi transanüler yama konulan olgularda kronik pulmoner yetersizliğin oluşturduğu egzersiz kapasitesinde azalma, sağ ventrikül (RV) yetmezliği, aritmi, senkop ve ilerleyici RV dilatasyonu ile ortaya çıkar. Ameliyat öncesinde pulmoner anulus, ana pulmoner arter çapları, z skorları ve çıkım yolunun durumunu belirlenmek durumundadır.

Amaç ameliyatta transanüler yamayı en az kullanarak çıkım yolunu genişletmektir. Pulmoner anulus z skoru >-3 olduğunda transanüler yamaya gerek olmaz. Ameliyat aşamasında RV/LV basınç oranının 0.75'nin üstünde olması durumunda transanüler yama kullanılmamalıdır. Oluşturulacak anulus çapı çıkan aortanın $\frac{3}{4}$ 'ünü geçmemelidir. Pulmoner kapak ameliyat sonrasında da oldukça önem taşır. Kronik pulmoner yetmezliğin yol açtığı değişiklikler nedeni ile optimal zamanda pulmoner kapak yerleştirilmesi gerekir. Ameliyat sonrası kronik pulmoner yetmezlik nedeni ile semptomatik olan hastalara kapak yerleştirilmesini konusunda tartışma yoktur.

Ancak asemptomatik kronik PY'li hastalarda PVR'ni zamanlaması konusunda net veri yoktur. AHA/ACC son dönemde yayınladığı kılavuzda önemli pulmoner yetersizliği olan orta ve ağır derecede sağ ventrikül genişleme ve disfonksiyonu olan hastalarda PVR önermektedir. Ancak orta ve ağır RV genişlemesi için "özgül bir eşik" belirlenmemiştir. Terrien ve arkadaşları RV enddiastolik volüm indeksi (RVEDVİ) $>170\text{ml/m}^2$ veya RV end sistolik volüm indeksi (RVESVİ) $>85\text{ ml/m}^2$ olan hastalarda PVR yapılsa bile RV volümlerinin normale dönmediğini göstermiştir. Asemptomatik PY'li hastalarda hangi RV volümünde PVR yapalım konusu tartışmalıdır. Kronik PY'si olup asemptomatik olan çocuklarda RVEDVİ $< 150\text{-}160\text{ ml/m}^2$ veya RVESVİ.

PULMONER KAPAK KORUMA TEKNİKLERİ

ATIF AKÇEVİN

VKV AMERİKAN HASTANESİ, İSTANBUL

Doğumsal kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde sağ ventrikül çıkım yolu rekonstrüksiyonu yapılırken olası olduğunca pulmoner kapağa ait yapıları koruyabilmenin erken orta ve uzun dönemde sağ ventrikül fonksiyonlarının bozulmaması ve dilatasyonunun önlenmesi açısından önemi büyüktür. Olası olduğunca az darlık ve kaçığa yol açabilecek bir kapak fonksiyonu elde edebilmek için cerrahi olarak yapılabilecek her rekonstrüktif tekniğin denenmesinde yarar vardır.

Basit valvotomi ve komüssurotomiden başlayarak transannuler yama konurken mevcut kapakçıklara en az zararı vermeye çalışmak, kapakçıları yeniden şekilendirmeye özen göstermek, korunabilen yapraklara ek monokuspid yapılar oluşturabilmek, kompleks anomalilerin tedavilerinde kapak yapılarını koruyarak aortik ve pulmoner translokasyon tekniklerini kullanabilmek uygulanabilecek cerrahi stratejiler arasında yer almaktadır.

AMELİYAT EDİLMİŞ FALLOT TETRALOJİSİNDE UZUN DÖNEMDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE YAKLAŞIMLAR

VEDİDE TAVLI

DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTANESİ, İZMİR

Fallot tetralojisi, infundibuler septumun öne ve yukarıya kayması ve kapak veya kapak altının fibromuskuler darlığı sonucu geniş VSD, infundibuler ve pulmoner stenoz (kapak veya dallarda) ve sağ ventrikül hipertrofisi ile karakterizedir. En sık görülen (%5-7) siyanotik konjenital kalp hastalığıdır.

İfundibuler darlık ve pulmoner kapak stenozunun hafif,orta, ağır veya atretik olması ile orantılı farklı klinik-fizyolojik belirti ve bulguları olup, yapılacak girişimin türü de buna göre belirlenmektedir. Ameliyattan 25 yıl sonrası izlemde, pulmoner yetersizlik (hafif %19, orta % 14, ağır %71), rezidüel veya tekrarlayıcı infundibuler darlık %42, reoperasyon ve pulmoner kapak replasmanı % 14, sağ ventrikül dilatasyonu % 100, persistan atriyal ve ventriküler aritmiler %2, diğerleri arasında sağ ventrikül çıkış yolu onarım yerinde anevrizmal genişleme ve rupture, ani kardiyak ölüm, aort kapak yetersizliği, VSD yamasından rezidüel kaçak, sol ventrikül disfonksiyonu,geç ölüm (%5-13) endokardit ve kognitif fonksiyon farklılıkları bildirilmektedir. İzlemde tanısal yöntemlerin başında ekokardiografi gelmektedir. Doppler ekokardiografi ile belirlenen pulmoner yetersizlik indeksi, pulmoner p ½ degeri, tricuspid kapak TAPSE değeri ve sağ ventrikül dilatasyon indeksinin , özellikle pulmoner yetersizlik, sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu, sağ ventrikül-pulmoner arter conduit değerlendirmesinde en üstün yöntem kabul edilen manyetik rezonans ölçümleri ile kıyaslandığında yüksek oranda duyarlılık ve özgüllük gösterdiği belirlenmiştir. BNP değerleri de sağ ventrikül fonksiyon bozukluklarını göstermede kullanılabilir.

Ameliyat sonrası aritmilerin değerlendirilmesinde EKG, Holter EKG, event recorder, elektrofizyolojik çalışma, ICD implantasyonu gerekebilir. Sağ ventrikül dilatasyonu ve ağır PY olgularında pulmoner kapak replasmanı için endikasyon oluştuğunda fonksiyonel kapasite ve sağ ventrikül çapının belirgin düzeldiği saptanmıştır. Sağ taraf darlıklarında ise, supralavvuler darlıklarda balon dilatasyon , beraberinde belirgin PY olanlara PPVI (perkutan pulmoner kapak implantasyonu) planlanabilir. Ağır PA dallarında hipoplazi olan ağır TOF olgularında sağ ventrikül çıkım yolu tamirini takiben izlemde PVR planlanabilir. PVR sonrası izlemde QRS genişliği, fonksiyonel durumun belirlenmesinde önemli bulunmuştur. Sonuç olarak , TOF ameliyatlarından 20-37 yıl sonrasında tekrar ameliyat olasılığı düşük olup, hastaların büyük bir çoğunluğu normal bir yaşantı sürebilmektedir (NYHA-1: %82).

AMELİYAT EDİLMİŞ BÜYÜK ARTER TRANSPOZİSYONLU HASTALARDA UZUN DÖNEMDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

BİRGÜL VARAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Büyük arter transpozisyonlu (BAT) hastaların yaklaşık %70'i basit, %30'u kompleks transpozisyonludur. Basit transpozisyonlu hastalara erken dönemde (ilk bir ay içinde) arteriyel switch, daha geç gelenlere ise atriyal switch yapılır. Bazı hastalarda iki aşamalı arteriyel switch uygulanabilir. Kompleks transpozisyonlu hastalardan pulmoner darlık olanlara (BAT, VSD, Pulmoner darlık) çoğunlukla Rastelli ameliyatı gerekir (%10). Tüm hastalarda izlemde tam klinik değerlendirme yapılır (öykü, fizik muayene), EKG çekilir. Transtorasik Eko ve Doppler yapılır.

Atriyal switch yapılan hastalarda Holter monitorizasyon, kontrast ekokardiyografi, egzersiz testi, elektrofizyolojik çalışma gerekebilir. Arteriyel switchli hastalara koroner anjiyografi ve stres eko yapılması gerekebilir. Bu hastalarda koroner darlıklara bağlı ani ölüm ve miyordiyal iskemiye bağlı kalp yetmezliği görülebilmektedir. Atriyal switch sonrası hastalar sistemik kapak (triküspid) yetmezliği, SVC veya İVC akımında tıkanıklık, pulmoner venöz akım darlığı, baffle kaçağı (sol-sağ şant, Qp/Qs >1.5), semptomatik bradikardi veya taşikardi açısından izlenmelidir.

Uzun dönemde, sistemik ventrikülün sağ ventrikül olması nedeniyle ağır kalp yetmezliği ve transplantasyon gerekliliği ortaya çıkabilir. Sağ ventrikülün fonksiyonel değerlendirmesi kardiyak magnetik rezonans görüntüleme ile yapılabilir. Arteriyel switch sonrası neopulmoner arter darlığı (subvalvüler, PA, dallar), koroner arter darlığı, ağır neoaortik kapak yetmezliği ve ağır neoaortik kök genişlemesi nedeniyle tekrar girişim gerekebilir. Pulmoner arter dal darlıklarında balon dilatasyon ve stent uygulanabilirken, supralvalvüler darlık cerrahi gerektirir. Rastelli ameliyatı sonrası ağır pulmoner konduit darlığı, ağır semptomatik konduit kapak yetmezliği, ilerleyici sağ ventrikül genişlemesi, atriyal veya ventriküler aritmiler, ağır subaortik darlık (LV-aorta tüneline, ort gradient>50 mmHg), PA dal darlığı, rezidüel VSD (Qp/Qs>1.5, PH veya ilerleyici sol ventrikül genişlemesi veya disfonksiyonu) nedeniyle ameliyat gerekebilir. Büyük arter transpozisyonu nedeniyle ameliyat edilmiş hastaların uzun dönemde de uygun aralıklarla izlenmesi gerekmektedir.

SİYANOTİK KONJENİTAL KALP HASTALIKLARINDA REOPERASYONLAR

HALİL TÜRKOĞLU

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Siyanotik konjenital kalp hastalıklarında uygulanan reoperasyonları dört başlık altında incelemeyi uygun buldum.

- I) Atriyal seviyede reoperasyon gerektiren patolojiler
- II) Ventriküler seviyede reoperasyon gerektiren patolojiler
- III) Arteriyel seviyede reoperasyon gerektiren patolojiler
- IV) Konduitlere ait problemler

I) Atriyal seviyede reoperasyon gerektiren patolojiler:

A) Total anormal pulmoner venöz bağlantının tamiri sonrası reoperasyonlar

a) Oluşan problemler

b) Reoperasyonlar

c) Erken ve geç sonuçlar

B) Mustard ve Senning ameliyatlarından sonra gelişen problemlere yönelik reoperasyonlar

a) Ameliyat teknikleri

b) Sonuçlar

II) Ventriküler seviyede reoperasyon gerektiren patolojiler

A) Fallot tetralojisi tamiri sonrası

a) Rezidüel ve rekürren VSD

b) Sağ ventrikül çıkım yolu darlıkları

c) Pulmoner kapak yetersizlikleri

d) Triküspid kapak yetersizlikleri

e) Sağ ventrikül anevrizmaları

f) Rezidüel şantlar

g) Cerrahi teknikler

h) Sonuçlar

III) Arteriyel seviyede reoperasyon gerektiren patolojiler

A) Arteriyel switch operasyonları sonrası gelişen koroner arter ve büyük damarların komplikasyonları, tanımlanması ve sonuçları

B) Mutard ve Senning ameliyatlarına bağlı sağ ventrikül yetersizliği sonucu arteriyel switch uygulamaları Tedavi ve cerrahi teknikler ve stage'ler Stage I: Pulmoner artere band Stage II: Arteriyel switch uygulaması

IV) Ekstrakardiyak kapaklı konduitlerde reoperasyonlar

A) Konduit yerleştirilmesi ile ilgili komplikasyonlar

B) Konduit yerleştirilmesi ile ilgili olmayan komplikasyonlar

C) Cerrahi teknikler; Re-sternotomi Re-torakotomi ve kanülasyon teknikleri Konduit replasmanları Trunkal kapak yetersizlikleri Konduit ve pseudo-anevrizmalar Rekürren veya rezidüel pulmoner arter darlıkları Rezidüel veya rekürren major aorto-pulmoner kollateraller Sonuçlar

D) Fontan ameliyatı sonrası reoperasyonlar Tanı, problemler ve reoperasyon endikasyonları, erken ve geç problemler Cerrahi tedavi ve teknikler ve sonuçları

E) Atrioventriküler diskordanslarda reoperasyonlar - Tekrarlayan veya artan sol ventrikül çıkım yolu darlıkları - Rezidüel ve rekürren VSD'ler - Sistemik atrioventriküler kapak yetersizliği ve sistemik ventriküler yetersizlik - İletim problemleri - Sonuçlar

OPTIMIZING DEVELOPMENTAL OUTCOME AFTER CARDIAC SURGERY FOR CONGENITAL HEART DISEASE

RICHARD A. JONAS

CHILDREN'S NATIONAL MEDICAL CENTER, A.B.D.

Introduction

The modern era of congenital heart surgery began in the late 1970s with the introduction of prostaglandin E1. The ability to palliate neonates temporarily with even complex anomalies like interrupted aortic arch and hypoplastic left heart syndrome led to the development of complex repair and palliative procedures such as the Norwood operation. The introduction of the neonatal arterial switch procedure for transposition in 1983 also accelerated the shift from a 2-stage approach involving initial palliation to a general acceptance of the advantages of early primary repair in the newborn period or early infancy. As the mortality risk for such procedures has steadily declined over the last 20 years there has been an increasing focus on developmental outcomes for these individuals including cognitive and motor skills as well as social adjustment and social independence. It has become clear from numerous studies of neurodevelopmental outcome that there are many factors in children with congenital heart anomalies that determine social adjustment and neurocognitive skills. This presentation will review the following areas:

Factors Influencing Neurodevelopmental Outcome and Social Functioning

Patient Related Factors

- Birth Order
- Parent IQ
- Sociodemographic factors
- Genetic Factors
- Single Ventricle vs Two Ventricle Outcome
- Special Case of Aortic Atresia (prenatal blood flow)
- Age at repair

Intraoperative Factors

- Cardiopulmonary bypass management
Hematocrit, flow rate, temperature management (cooling and rewarming rates)
- Oxygen Management
- pH and pCO₂ management
- Deep hypothermic circulatory arrest
Interaction of hematocrit, pH, temperature and duration

Intraoperative Neuromonitoring

- Near infrared spectroscopy
- Transcranial Doppler
- Somatosensory evoked potentials

Postoperative Factors

- Perioperative management in the intensive care unit
- The importance of duration of hospitalization
- Residual lesions
- Continuing medical management

Assessment Vehicles

- Neurological studies including neuroimaging
- Cognitive studies
- Motor skills
- Social adjustment

Conclusion

The rapid evolution of surgical and bypass techniques over the last 2 to 3 decades during the new era of congenital heart management has complicated the assessment of survivors from that period. However, it is clear that there are subsets of patients who are particularly at risk of cognitive and motor delays which may be associated with poor social adjustment and lack of social independence. Identification of such subsets will improve the effectiveness of early intervention programs.

KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ TEDAVİSİNDE YENİLİKLER TIBBİ TEDAVİ

ERTÜRK LEVENT

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Konjestif kalp yetersizliği kalp kasının hasarlanması ve/veya kalbin iş yükünün artması gibi nedenlere bağlı nörohormonal , hemodinamik ve moleküler bozukluklar sonucu ortaya çıkan , vücudun metabolik gereksinimlerinin karşılanamadığı bir klinik tablodur. Bu nedenle de tedavi altta yatan patofizyolojik mekanizmalara göre planlanmalıdır. Kalp yetersizliğinin çocuklarda temel tedavisi çocuğun yaşına ve altta yatan hastalığa bağlıdır.

Amaçlar; altta yatan hastalığın düzeltilmesi, mortalite ve morbiditenin azaltılması, fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Volüm yükü olan Konjenital kalp hastalıklı (KKH) çocuklarda digital, diüretik, ACE inhibitörleri ve beta bloker 'ler temel taşları oluşturabilirler. Bu ilaçlar ve varyantlarının zaman içinde önemleri ve kullanım alanları artmakta veya azalmaktadır. Ama esas önemli olan alttaki hastalığın düzeltilmesidir. Bunun dışında akut tedavide kullanılacak temel pozitif inotrop tedavinin yanı sıra yeni ilaçlar hızla kullanıma girmeye başlamıştır.

Fosfodiesteraz III inhibitörleri, Ca duyarlaştırıcılar ve nesiritide gibi ajanlar bunların içinde sayılabilir. Kronik tedavide ise Beta blokerler, Anjiyotensin reseptör blokerleri, Aldosteron Reseptör Antagonistleri, Endotelin reseptör Antagonistleri, TNF- α inhibitörleri, Nötral endopeptidaz inhibitörleri, Vazopressin reseptör antagonistleri, büyüme hormonu ve kök hücre çalışmaları yenilikler içinde sayılabilir. Basınç yüklü KKH'da ise ventrikül fonksiyonlarının bozulmadan altta yatan hastalığın düzeltilmesi esastır. Kardiyomyopatiler'de tıbbi tedavide ilaç tedavisinin yanında pacemaker ve ICD implantasyonları da tedavinin içinde yer almaktadır.

ÇOCUKLARDA KARDİYAK RESENKRONİZASYON

ALPAY ÇELİKER

ACIBADEM MASLAK HASTANESİ, İSTANBUL

Çocuklarda kalp yetmezliğinde % 25-75 altta doğumsal kalp hastalığı vardır. Sistemik ventrikülde dissenkroni, AV ve intraventriküler iletim gecikmesine bağlı sol ventrikül disfonksiyonu, sol dal bloğunun olumsuz etkileri, duvar hareketlerinin erken veya geç olması, miyokard kan akımının bozulması, intraventriküler gecikmeye bağlı olarak sol ventrikül dolum zamanında kısalma ve ventriküler “remodelling” kalp yetmezliğine neden olabilir. Bu durumun düzeltilmesinde tıbbi tedavi yeterli olmayabilir.

Grade III-IV kalp yetmezliği, ilaçlara rağmen semptomları düzelmeyen, düşük sol ventrikül EF (< % 35) genişlemiş QRS süresi (> 135 ms) gibi nedenlerle kardiyak resenkronizasyon endike olabilir. Mustard, Senning operasyonu uygulanmış hastalarda sağ ventrikül disfonksiyonu, L transpozisyonunda sistemik ventrikül (sağ ventrikül) disfonksiyonu, sol dal bloğu, intraventriküler iletim gecikmesi, tek ventrikül hastalarında uygulanabilir.

Uygulama transvenöz veya epikardiyal yolla yapılabilir. Elektrod problemi, kalp yetmezliğinde ağırlaşma, enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Dilate kardiyomiyopati ve kötü NYHA klasi cevap alınmamamsındaki en önemli risk faktörleridir.

Sonuç olarak resenkronizasyon tedavisinin endikasyonun iyi belirlemek gereklidir. Elektrodların nasıl ve hangi bölgeye yerleştirilmeleri konusunda henüz kesin bir görüş bulunmamaktadır. Uzun dönem sonuçları henüz bilinmemektedir. Kalp yetmezliği tedavisinde etkin bir yöntemdir. Seçilmiş hastalarda transplantasyon gereksinimini ortadan kaldırabilir.

MECHANICAL CIRCULATORY SUPPORT IN PEDIATRIC PATIENTS

HAKAN AKINTÜRK

JUSTUS LIEBIG UNIVERSITY, GERMANY

Introduction

End stage cardiac failure in children is a frustrating diagnosis. Mechanical circulatory support (VAD) is sometimes the only possible treatment either to bridge for transplantation or to stabilize the circulatory situation in order to treat a transient cardiac failure.

Methods

Between 1997 and 2011 we treated 27 patients (29 applications) in end stage cardiac failure with different extracorporeal VAD Systems. From 1997 to 2001 we implanted the Medos Excor (group A) in 11 patients (LVAD n=5, RVAD n=2, BiVAD n=4), median age 2y (r: 20d-11y). Diagnosis of group A consisted of: DCM n=4, myocarditis n=2; postcardiotomy n=2, post HTX n=2. From 2006 to 2011, the Berlin Heart System (group B), 17 pts (19 applications) (LVAD n=7, BiVAD n=12), median age 8y (r: 95d-19y). In group B patients suffered from DCM/RCM n=14; chronic myocarditis n=2; ischemic cardiomyopathy n=1. Application of VAD in group A was elective in 7 pts., urgent in 4 pts., in group B elective in 9, urgent in 10 procedures. ECMO was performed only in group B in 11 patients as a bridge to VAD.

Results

In group A 5 pts. (45%) survived, 3 bridged to HTX, 2 recovered. Median VAD therapy was 9 d (r: 0,5-30d). 6 pts. died (ARDS n=2, brain death n=2, sepsis n=1, bleeding n=1). In group B 12 pts. (66%) survived, 7 bridged to HTX, 4 to recovery. Median VAD time was 30d (r:8-283d). 6 pts. (33%) died (sepsis n=4, brain death n=2). Increased risk of mortality was associated with pre-VAD cerebral insult (odds-ratio: 12,8, infection on VAD (odds-ratio: 5,3) and surgical revision on VAD (odds-ratio:4,2).

Conclusion

In end stage cardiac failure VAD therapy in pediatric patients is successful as a bridge to transplant or to recovery. Serious complications are always possible, so that VAD-therapy should be postponed as long as possible. Reducing infections and bleeding during VAD therapy is a mayor step to an improved outcome.

PACEMAKER / ICD KONTROLÜ

AYHAN KILIÇ

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ANKARA

Bir çocuğa kalp pili veya ICD implantasyon kararı alınması, ömür boyu sürecektir. Kalp pili olan çocuklar bir pediatrik kardiyoloji bölümünde ve tercihan implantasyonu yapan hekim tarafından izlenmelidir. Pil izlem sisteminin amaçları,

- (1) gelişen pil veya elektrod malfonksiyonunun tanınması veya öngörülmesi,
- (2) batarya tükenmesinin öngörülmesi,
- (3) hastalara ve ailelerine eğitim, destek ve rehberlik sağlanması,
- (4) yeni gelişen yöntemler ve sistemler konusunda güncelleme olarak özetlenebilir.

Pil kontrolleri taburculuktan bir ay sonra, daha sonraki dönemde ise dördüncü yıla kadar altı ayda bir, daha sonra üç ayda bir yapılmalıdır. Transtelefonik izlem ABD’de daha sık kullanılmasına karşın Avrupa’da ve Türkiye’de mesafeler daha kısa olduğundan rağbet görmemiştir. Her vizitte, hastanın anamnezi alınarak çarpıntı, senkop veya presenkop, yeni başlanan ilaç, hastalık veya kaza gibi bilgiler sorgulanmalıdır. Fizik muayenede pil disfonksiyonunun ipuçları bulunabilir. Pil cebi, gelişen erozyon, eritem, şişkinlik, pil hareketi veya migrasyonu yönünden incelenmelidir. Telemetri cihazları kullanılarak programlanan değerler, ölçülen pacing değerleri, internal elektrogram ve eşzamanlı diyagram kayıtları, elektrod impedansı, batarya ömrü ile ilişkili parametreler, kümülatif pacing ve spontan olay kayıtları alınmalıdır.

Batarya kapasitesi doğrudan pilin sorgulanması (device interrogation) ile veya mıknatıs hızındaki (magnet rate) düşme ile değerlendirilir. Her kontrolde capture ve sensing eşikleri tekrar belirlenmelidir. Eşik ile amplitüd (output) arasındaki güvenlik aralığı, hastanın pil bağımlılığı, eşik stabilitesi ve pacing modu ile ilişkilidir; epikardiyal pillerde geç eşik yükselmesi görülebildiğinden güvenlik aralığı daha yüksek tutulmalıdır. Diğer fonksiyonların programlanması, hastanın bireysel özelliklerine bağlıdır; bazı pil hastalarının izleminde efor testi ve Holter izleminin önemli rolü vardır. Yapısal kalp hastalığı da dikkate alınmak koşuluyla, bu çocukların kontak sporları dışındaki tüm aktivitelere katılmalarına izin verilmelidir; futbol, basketbol, koşu gibi sporlardan zarar gören hasta bildirilmemiştir. Ayrıca MRG veya elektrokoter gibi olası eksojen interferans kaynaklarına karşı da önerilerde bulunulmalıdır. Yeni pil sistemlerinde GSM sinyalleri ile interferans problemi büyük ölçüde çözülmüştür. İlk kontrollerde iki yönlü göğüs filmleri alınarak pil ve elektrod yerleşimleri kontrol edilmelidir. Daha sonraki 6 aylık kontrollerde film ihtiyacı bireysel olarak değerlendirilmelidir. Hızlı büyüme dönemlerinde 6 ay veya daha sık aralıklarla film alınarak elektrod boyunun yeterliliği değerlendirilmelidir. ICD izleminde bunlara ek olarak anamnezde ve telemetride tek tek bütün olay kayıtlarının dikkatle incelenmesi ve ICD yanıtının uygunluğunun değerlendirilmesi gerekir.

ÇOCUKLARDA PİL VE İNTRAKARDİYAK DEFİBRİLATÖR UYGULAMASI UZUN VE KISA SÜRELİ İZLEM VE PROBLEMLER

NACİ CEVİZ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Kalıcı kalp pili ve intrakardiyak defibrilatör uygulamaları çocuklarda gerek konjenital gerekse kazanılmış kardiyak problemlere bağlı olarak ihtiyaç duyulabilen önemli uygulamalardır ve yaşam kurtarıcı olabilirler. Yaygın olarak uygulanmalarına rağmen önemli problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Kalıcı kalp pili uygulamalarından sonra erken dönemde lead yerinden ayrılması, akut eşik yükselmesi, kas seyirmesi gibi problemler yanında, uzun dönemde kozmetik problemler, lead kırılması, lead gerilmesi, cilt erozyonu, kronik eşik yükselmesi, pil migrasyonu, pil enfeksiyonu gibi ciddi problemler gelişebilmektedir.

Batarya ömrünün tükenmesi ve lead disfonksiyonu yeni batarya ve lead implantasyonunu gerekli kılmakta, bu durum da implante edilmiş leadlerin çıkarılması konusunda yeni sorunları gündeme getirmektedir. İmplant edilen kardiyovertör-defibrilatörlerde uygunsuz şok verilmesi hastayı ciddi anlamda rahatsız eden ve batarya ömrünü azaltan bir problem olarak karşımız çıkmaktadır. Bu nedenlere kalıcı kalp pili ve kardiyovertör-defibrilatör implantasyonu yapılan merkezler çıkacak bu tip problemlerin çözümleri konusunda donanımlı olmalıdır.

HİPOPLASTİK SOL KALP SENDROMU'NDA AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME VE NORWOOD'A HAZIRLIK

ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Hipoplastik Sol Kalp Sendromu (HSKS), kalbin sol tarafının ve aortanın değişik derecelerde az gelişim göstermesi sonucunda sistemik dolaşım kan akımında önemli obstrüksiyonun olduğu ve sol kalbin sistemik sirkülasyonu yeterince destekleyemediği heterojen bir hastalık grubunu ifade eder. Operasyon öncesi değerlendirme prenatal dönem ile başlayan uzun ve kapsamlı bir süreçtir.

Prenatal dönemde tanı koymak ve takip aileyi bu ağır tablonun psikososyal boyutuna hazırlamak için gerekli olduğu gibi bebek için de doğumun yapılacağı yer ve hemen sonrasında bakım ve müdahalenin yapılacağı merkezin hazırlanması için önemlidir. Bu sayede pediatrik kardiyak ekip hem aile hem de bebek için beklenmedik bir travmanın önüne geçmeye çalışmalıdır. Prenatal tanı aynı zamanda postoperatif prognozu en çok etkileyen anatomik sorunlar olan restriktif interatriyal bağlantı ve pulmoner venöz stenozun acil müdahalesi için zaman tanınması yönünden de önemlidir. Bebeklerin ilk ekokardiyografik değerlendirmesinde intrakardiyak patolojinin tanımlanması ve sınıflandırılması, sol ventrikül, mitral ve aortik kapak boyutları, asendan ve arkus aortanın değerlendirilmesi, PDA, interatriyal bağlantı ve pulmoner ven akımları, triküspit kapak patolojisi, koroner dolaşım dikkatle incelenmelidir. HSKS olan bebekler için pulmoner ve sistemik dolaşım arasındaki optimal dengenin sağlanması ana amaç olup eğer bebek kendi kendine bunu sağlayabiliyorsa kalp kateterizasyonu ya da operasyona kadar yakın gözlem en uygun yaklaşım olacaktır. Ancak birçok bebek duktus arteriozus bağımlı sistemik sirkülasyonun idamesi için düşük dozlarda prostoglandin E1 infüzyonu almak zorunda kalırlar. Oksijen tedavisi, pulmoner aşırı dolaşıma neden olmayacak kadar az ancak alveolar hipoksemiye yol açmayacak kadar da yeterli yapılmalıdır. Bunun için bebeğin bazen başlık ile oksijen alması yeterli olurken bazen de kas relaksasyonu ve sedasyon ile mekanik ventilasyon desteği gerekebilir. Sistemik dolaşımın bozulmaya başladığı durumlarda kan laklat düzeyi, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının izlenmesi, hem işlem seçimi hem de postoperatif mortalite için çok önemli belirteçlerdir. Operasyon zamanı için optimal zamanlama tam olarak bilinmese de ilk 1 hafta ideal görünmektedir.

Girişim şeklinin seçimi için kesin bir yönlendirme olmamasına karşın kliniğimizde prematüre, düşük doğum ağırlıklı ya da kalp-akciğer pompasının etkilerini tolere edemeyecek derecede organ yetersizlikleri gelişmiş bebeklerde ilk tercih olarak hibrid palyasyon (bilateral pulmoner arter bantı ve PDA stenti) uygulanmaktadır. Sonuç olarak HSKS, perinatolog, girişimsel pediatrik kardiyolog, pediatrik kalp damar cerrahı, pediatrik kardiyak yoğun bakımıcı ve anesteziisti içeren iyi organize bir ekibin çalıştığı, çok faktörlü bir sürecin yönetimini gerektirir.

HİPOPLASTİK SOL KALP CERRAHİ TEDAVİSİ

HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Hipoplastik Sol Kalp Sendromu'nda Cerrahi Tedavi Hipoplastik sol kalp sendromu (HSKS) her 1000 doğumdan yaklaşık %0,2 sinde, tüm konjenital kalp hastalıklarının da yaklaşık %1-1,5'unda görülür. Bu sendrom 1958 yılında Noonan ve Nadas tarafından tarif edildiği üzere, sol ventrikül hipoplazisi veya atrezisi, mitral kapak hipoplazisi veya atrezisi, aortik kapak atrezisi ve çıkan aort hipoplazisini içerir . Bu konjenital kalp anomalisinin doğumdan sonraki ilk birkaç haftada tedavisi gerekir. Cerrahi tedavinin uygulanmadığı olgular çoğunlukla ilk ayda hayatlarını kaybederler. HSKS'unda Cerrahi tedavi seçenekleri;

1- Norwood Prosedürü

2- Kalp transplantasyonu Norwood prosedürü 3 aşamadan oluşur. 1980 'lerin başında ilk kez Norwood tarafından tariflenen ve pediatrik kalp cerrahisinin en komplike ameliyatlarından biri olan bu cerrahi prosedürün ilk aşaması yasaamın ilk iki haftasında gerçekleştirilir.

Norwood operasyonu, sag ventrikül vücuda kan pompalayan sistemik veya ana ventrikül haline getirilir. Pulmoner kan akımını sağlamaya yönelik modifiye Blalock-Taussig santı, ya da sag ventrikülden sag pulmoner artere 5-6 mm'lik tübüler greftle uygulanan (Sano modifikasyon) teknik ile ilk prosedür tamamlanır. İkinci aşama çocuk 4 ila 6 aylıkken gerçekleştirilen Bidirectional Glenn operasyonudur. Sonrasındaki 3. Aşama da 4 yaşından sonra lateral tünel yolu ile yapılan Fontan operasyonudur. Böylelece tüm bu aşamalardan sonra fizyolojik bir rekonstrüksiyon tamamlanmış olur ve yaşam devam ettirilir.

Halen HSKS'unda cerrahi tedavide transplantasyon ile Norwood prosedürü arasında tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Dünyada büyük pediatrik kalp cerrahi merkezlerinde Norwood operasyonun başarıları % 75 ler civarındadır. Ülkemizde de az sayıda merkezlerde uygulanabilen bu prosedürün, ülkemizdeki yenidoğan kalp transplantasyon gerçeğimiz ve ülke vaka potansiyelimiz göze alındığında, geliştirilmesi ve desteklenmesi gereği ortaya çıkmaktadır.

NEONATAL PALLIATION OF HYPOPLASTIC LEFT HEART SYNDROME: THE NORWOOD PROCEDURE

RICHARD A. JONAS

CHILDREN'S NATIONAL MEDICAL CENTER, A.B.D.

The first stage Norwood procedure was introduced by Norwood in 1983 for initial palliation of this challenging condition. The fundamental principles remain unchanged from Norwood's initial description, namely reconstruction of a neo-aorta whereby the pulmonary artery is connected to the aorta, an atrial septectomy to allow unobstructed pulmonary venous return and a shunt for controlled pulmonary blood flow. Although various modifications of the Norwood procedure have been suggested there is now general agreement that supplementary tissue is required in order to allow tension free reconstruction of the neo-aorta with minimal risk of growth related neo-aortic obstruction. Controversy continues around the optimal mode of supplying pulmonary blood flow, whether a modified Blalock shunt or Sano shunt from the right ventricle to the pulmonary artery bifurcation. The Sano shunt has the advantage of avoiding run off during diastole which may critically compromise coronary blood flow. There is little if any place for the hybrid procedure which prolongs the fetal circulation which is now known to compromise cerebral blood flow.

Results of the Norwood procedure have consistently improved over the nearly three decades since the operation was introduced. Many centers today report an early mortality of 10% or less. Important risk factors for early mortality include prematurity, important extracardiac anomalies, a particularly diminutive ascending aorta and the presence of prenatal obstructed pulmonary venous return.

Management During the Interval Period Between Neonatal Palliation and Second Stage Palliation

The interval period between the first and second stage procedures for hypoplastic left heart syndrome is a critically important period where there can be life threatening instability. Pulmonary vascular resistance falls during this time and may steal blood from the coronary circulation, particularly if there is a Blalock shunt rather than a Sano shunt. Fibrosis of ductal tissue can result in arch obstruction developing which can be difficult to diagnose by echocardiography. Stenosis of the central pulmonary arteries may develop and the atrial septum may fibrose and become restrictive. For all these reasons it is critically important that the child should be intensively monitored during the interval period.

Cardiac Catheterization or MRI Before Stage 2 Palliation

As cardiac MRI evolves it has become a reasonable alternative to cardiac catheterization as a pre stage 2 investigation. Areas of particular importance are the aortic arch as well as the central pulmonary arteries.

Stage 2 Palliation

Connection of the superior vena cava to the pulmonary arteries eliminates the inherent inefficiency that is present following the stage 1 Norwood procedure. The circulation is inefficient following the stage 1 procedure because of recirculation of pulmonary venous return through the lungs. Because only systemic venous return passes through the pulmonary circulation following a bidirectional Glenn the volume loading of the ventricle is effectively eliminated.

Timing

Experience suggests that beyond 2.5 to 3 months the pulmonary resistance is sufficiently low to allow a successful second stage procedure but the postoperative course tends to be smoother and more rapid if the second stage is deferred until 4 or 5 months (1). There appears to be no advantage in delaying beyond 6 months. With a 5 mm Sano shunt it is more likely that a child will have an unacceptable level of cyanosis e.g. saturation less than 70 to 75% by 2.5 to 3 months and will require an earlier second stage.

Should supplementary pulmonary blood flow be left?

The advantage of leaving supplementary pulmonary blood flow in addition to the bidirectional Glenn shunt is that this will permit perfusion of the lungs with the presumed hepatic factor which inhibits development of pulmonary arteriovenous malformations. However from a technical perspective there is insufficient room on the right pulmonary artery to accommodate both a modified right Blalock shunt and a bidirectional Glenn shunt. On the other hand it would be technically feasible to leave a Sano shunt in conjunction with a bidirectional Glenn shunt.

The principal argument against leaving supplementary pulmonary blood flow is that this additional blood flow is inherently inefficient. Furthermore it is difficult to quantitate the amount of supplementary blood flow so that there is a risk of over volume loading the single right ventricle. Studies which have compared patients with and without supplementary pulmonary blood flow suggest a higher incidence of pleural effusions, longer hospitalization and the suggestion of a higher mortality when additional blood flow is left (2).

Technique of the Bidirectional Glenn Shunt

Although it is feasible to undertake a bidirectional Glenn shunt without cardiopulmonary bypass using either no temporary shunt around the anastomosis or with a temporary shunt, nevertheless it is our recommendation that the bidirectional Glenn shunt should be performed on cardiopulmonary bypass without aortic cross clamping. The cardiac end of the divided SVC is oversewn and the cephalic end is anastomosed to a longitudinal arteriotomy on the superior surface of the proximal right pulmonary artery. The Sano shunt is taken down.

The Hemi Fontan Procedure

The Hemi Fontan procedure simplifies the subsequent Fontan procedure (3). In fact, Norwood and others have demonstrated that the Fontan can be completed after a hemi Fontan in the catheterization laboratory by placement of a covered stent.

The principal arguments against the hemi Fontan procedure include the fact that it involves extensive surgery in the region of the sinus node and sinus node artery which might result in a higher incidence of late sinus node dysfunction. Furthermore it should rarely be necessary to plasty the central pulmonary arteries if the stage 1 Norwood procedure has been performed in such a fashion as to permit normal growth of this area.

Interval Management Between the Second and Third Stages

The child's progress following second stage palliation is usually a remarkable contrast to progress following neonatal palliation. Growth improves because of removal of the volume loading of the neonatal circulation. Hypertension is common and frequently requires treatment with an ACE inhibitor.

In the months following the second stage procedure the child is likely to show gradual deterioration in arterial oxygen saturation. This may be a combination of venous collateral vessels opening, growth of the child resulting in the head and upper half of the body contributing less to the total systemic venous return and finally the development of pulmonary arteriovenous malformations. It is generally prudent to proceed to the Fontan procedure when the oxygen saturation is consistently less than approximately 75%. Cardiac catheterization should be undertaken by 12 months from the time of the second stage.

Should profuse collaterals be coil occluded at the time of pre-Fontan catheterization?

Some centers believe that it is helpful to occlude both internal mammary arteries as well as any other "chest wall collaterals" in order to reduce volume loading of the single ventricle following the Fontan procedure.

Third Stage Palliation of Hypoplastic Left Heart Syndrome: The Fenestrated Fontan

A decision as to whether a child is a suitable candidate for the Fontan procedure is no longer a difficult one. If the child is making reasonable progress with the bidirectional Glenn shunt then almost certainly they will do well with a fenestrated Fontan procedure.

Fontan Procedure Utilizing an Extracardiac Conduit

Marcelletti and others (5) repopularized the use of an extracardiac conduit for the Fontan procedure as was described by Fontan in his original description of the procedure. The stimulus was a high incidence of supraventricular arrhythmias seen with the older atriopulmonary type Fontan. However the extracardiac conduit has the disadvantage that it does not incorporate growth potential. Another important disadvantage is that

it is more difficult to place a fenestration. Although use of an extracardiac conduit allows cardiopulmonary bypass to be avoided there is a risk that the anastomosis will not be as widely patent as can be achieved with cardiopulmonary bypass.

Intra/extracardiac conduit Fontan

A modification of the extracardiac conduit is the extra/intracardiac conduit. Today the intra/extracardiac conduit is preferred over the lateral tunnel. This procedure combines the advantages of the extracardiac conduit with ease of fenestration. Technical details will be presented.

Should the fenestration be closed: If so, when?

There is ongoing controversy as to whether the fenestration should be closed in the catheterization laboratory within a year or so of the Fontan procedure. Current practice allows for temporary balloon occlusion with measurement of the change in cardiac output and increase in right atrial pressure. Currently a fall in cardiac output of up to 25% is tolerated.

Need for Multi Institutional Trial

There are many ongoing controversies regarding all stages of the management of hypoplastic left heart syndrome. In the future trials must be undertaken to answer these questions. These trials should not only assess late survival and late quality of life but most importantly should include exercise studies with assessment of maximal oxygen consumption.

References

1. Chang AC, Hanley FL, Wernovsky G, et al. Early bidirectional cavopulmonary shunt in young infants. Postoperative course and early results. *Circulation*. 1993;88(5 Pt 2):II149-58.
2. Mainwaring RD, Lamberti JJ, Uzark K, Spicker RL, Cocalis MW, Moore JW. Effect of accessory pulmonary blood flow on survival after the bidirectional Glenn procedure. *Circulation*. 1999;100(19 Suppl):II151-6.
3. Douville EC, Sade RM, Fyfe DA. Hemi-Fontan operation in surgery for single ventricle: a preliminary report. *Ann Thorac Surg*. 1991;51:893-9.
4. Jonas RA, Castaneda AR. Modified Fontan procedure: atrial baffle and systemic venous to pulmonary artery anastomotic techniques. *J Card Surg*. 1988;3:91-6.
5. Marcelletti C, Corno A, Giannico S, Marino B. Inferior vena cava-pulmonary artery extracardiac conduit. A new form of right heart bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1990;100:228-32.

VSD'LI AORT KOARKTASYONU/ARK HIPOPLAZİSİ OLGULARINA YAKLAŞIM CERRAHİ YAKLAŞIM (ÇİFT SEANS)

MUSTAFA YILMAZ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Aort koarktasyonlu vakalarda eşlik eden kardiyak anomaliler sıklıkla bulunmaktadır. VSD'ler de bu kardiyak anomaliler arasında %33-%36 oranında görülmekle beraber en çok karşılaşılanlardan birisidir(1,2). Ancak aort koarktasyonu ve VSD birlikteliğinde günümüzde hala hangi cerrahi yaklaşımın ideal olduğu tartışmalıdır.

Temel olarak iki cerrahi görüş mevcuttur. Tek seans yaklaşımında hem koarktasyon onarılması hem de VSD kapatılması eşzamanlı yapılır. Çift seans yaklaşımında ise önce koarktasyon onarımı yapılır bu sırada VSD'nin morfolojisi ve hemodinamik etkilerine göre birlikte pulmoner banding yapılabilir veya daha sonra VSD kapatılması uygulanmak üzere beklenebilir(3). Her iki cerrahi görüşün avantaj ve dezavantajları olmakla beraber tüm hastalar için ideal bir cerrahi seçenek ortaya koymak henüz mümkün olmamıştır. Tek seansta onarımın avantajları ikinci bir operasyona gerek bırakmaması, tüm düzeltilmenin tek seansata yapılmış olması, eşlik eden proksimal ark hipoplazisi/ subaortik stenozun sternotomi ile daha kolay düzeltilebilir olması olarak sıralanabilir.

Çift seansta onarımın avantajları ise hastaların derin hipotermik sirkulatuvar arrest ve allojenik kan transfüzyonundan uzak durulması, seçilmiş vakalarda VSD cerrahisinden uzak durulması olarak bildirilmiştir(4). Literatürde her iki yöntemin birbirlerine göre üstünlüklerini ve uzun dönemli sonuçlarını inceleyen yayınlar mevcuttur. Hangi hastada hangi cerrahi yöntemin sonuçlarının daha iyi olacağını gösteren bazı kriterler vardır :

- i) VSD sadece CoA onarımı sonrasında KKY'ye neden olacak kadar büyük mü?
- ii) VSD tipi spontan kapanabilecek tipte mi?
- iii) Multipl VSD / Swiss cheese septum var mı?
- iv) Proksimal ark hipoplazisi / Subaortik stenoz var mı?
- v) Subaortik alan ve aort alanı uygun büyüklükte mi?

Preoperatif olarak bu soruların cevaplarına göre uygun cerrahi yöntemin hangisi olduğu karar verilir(5). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı vaka serisinde aort koarktasyonu ve VSD'nin beraber bulunduğu 30 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların yaklaşık %92'ına çift seansta onarım yaklaşımı uygulanırken, hastaların yaklaşık %8'ine tek seansta onarım yaklaşımı uygulanmıştır. Çift seansta onarım uygulanan hastaların mortalite ve ciddi morbidite açısından tek seansta onarım uygulanan hastalara göre daha iyi sonuçlara sahip oldukları saptanmıştır. Sonuç olarak hemodinamik ve morfolojik özelliklerine göre iyi seçilmiş hastalar için tek

seansta onarım uygun bir seçenek olsa da, çift seansta onarım hem düşük mortalite-morbidite oranı hem de teknik olarak kolaylığı açısından iyi bir seçenektir.

Kaynaklar

1. Quaegebeur JM, Jonas RA, Weinberg AD, Blackstone EH, Kirklin JW. Outcomes in seriously ill neonates with coarctation of the aorta. A multiinstitutional study. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1994;108:841-51; discussion 852-4.
2. Conte S, Lacour-Gayet F, Serraf A et al. Surgical management of neonatal coarctation. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1995;109:663-74; discussion 674-5.
3. Gaynor JW. Management strategies for infants with coarctation and an associated ventricular septal defect. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2001;122:424-6.
4. Kanter KR, Mahle WT, Kogon BE, Kirshbom PM. What is the optimal management of infants with coarctation and ventricular septal defect? *The Annals of thoracic surgery* 2007;84:612-8; discussion 618.
5. Brouwer RM, Cromme-Dijkhuis AH, Erasmus ME et al. Decision making for the surgical management of aortic coarctation associated with ventricular septal defect. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 1996;111:168-75.

PULMONER EMBOLİ VE KRONİK TROMBOEMBOLİK PULMONER HİPERTANSİYON GELİŞİMİ

CANAN AYABAKAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL HASTANESİ, İSTANBUL

Özet Akut pulmoner tromboemboli (PTE) hayatı tehdit eder ama etkin tedaviyle hastaların çoğu sekelsiz iyileşir; <%1'inde kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTPH) gelişebilir. Bu hastalarda trombüs pulmoner arter içinde organize pıhtı haline dönüşür. İntima kaybolur, medya tabakasına doğru infiltrasyon gösterir. Semptomsuz dönemin ardından dispne başlar. Çocuklarda da PTE'nin sıklıkla yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda VTE ile birlikte olduğu gözlemlenmiştir. VTE ve PTE sıklığı <2 yaş ve >14 yaş artmaktadır. En sık VTE risk faktörleri santral venöz kateterler, malin hastalıklar, genetik trombofililer, konjenital kalp hastalığı/kardiyomiyopati/aritmi, travma/cerrahi/şok/dehidratasyon/immobilizasyon, vaskülit/otoimmün hastalıklar yer alır. Açıklanamayan dispne, göğüs ağrısı, hipoksi olan her çocukta akut PTE düşünülmelidir. Hipotansiyon masif PTE'ye işaret eder. Ancak çocuklar erişkinlere göre daha az semptomatik olabilir. Akciğer grafisi ve EKG'deki değişiklikler hastalığa özgün değildir, normal olabilir. Ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi normal olan hastalarda tanı dışlanabilir. Normal olmayanlarda bulgular klinik bulgularla birlikte değerlendirilmelidir. BT proksimal PTE'de faydalıdır, ayrıca alternatif tanılar açısından da değerlidir. Tedavide kalp yetersizliği tedavisi, oksijen, heparin kullanılır. Masif PTE'de tPA veya cerrahi trombektomi gerekebilir. Akut PTE'de mortalite yüksektir (%20-40). KTPH tanımı: 1) Ortalama PA basıncı ≥ 25 mmHg 2) PVR ≥ 3 Wood ünite veya ≥ 240 dyne.sn/cm⁵ 3) PA'de anjiyografik olarak gösterilmiş, antikoagülasyona rağmen ≥ 3 ay devam eden, trombotik obstrüksiyon VTE veya PTE öyküsü olan hastalarda açıklanamayan solunum semptomları gelişirse daima KTPH düşünülerek dışlanmaya çalışılmalıdır. Böyle hastalarda izlenecek yol: 1) PH varlığını ve derecesini belirleme 2) Etiyolojiyi belirleme (KTPH?) 3) Pulmoner obstrüksiyon derecesi ve dağılımını belirleme (altın standart pulmoner anjiyografi) 4) Pulmoner endarterektomiye uygunluğu belirleme Tedavide amaç: 1) Ventilasyon-perfüzyon uyumluluğunu sağlamak ve solunum fonksiyonlarını düzeltmek 2) PH azaltmak ve sağ ventrikül (RV) yetersizliğini düzeltmek 3) Trombozun yayılımını ve obstrüktif vaskülopatiyi önlemek 4) Progresif RV yetersizliğini önlemek Pulmoner endarterektomiyle (PEA) potansiyel kür sağlanabilir, bu nedenle tedavide ilk seçenektir. Ayrıca O₂, diüretik ve ömür boyu antikoagülasyon başlanır. Tekrarlayan atakları önlemek için inferior vena kavaya rutin filtre konulması tartışmalıdır. Yüksek riskli hastalarda PEA öncesinde hemodinamiyi düzeltmek için iv epoprostenol kullanılabilir. Distal tutulumu olanlarda, komorbiditeleri nedeniyle ameliyata uygun olmayan hastalarda ve postoperatif rezidüel PH'sı olanlarda bosentan, sildenafil ve epoprostenol/treprostinil kullanılabilir. Balon anjiyoplasti uygulanarak fonksiyonel kapasitede artış sağlanmıştır. Optimum tedaviye rağmen WHO III-IV olan hastalar akciğer transplantasyonu için adaydır.

BAĞ DOKUSU HASTALIKLARINA İKİNCİL PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON

ÖZGÜR KASAPÇOPUR

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) özellikle progresif sistemik skleroz (PSS, sistemik skleroderma), sistemik lupus eritematosus (SLE) ve karışık bağ dokusu hastalığının gidişi sırasında görülebilen ölümcüllüğü oldukça yüksek bir klinik durumdur. Çocukluk çağındaki diğer bağ dokusu hastalıklarında da bu klinik tablo görülebilir. Çocukluk çağı PSS'sinde ise görülme oranı erişkin döneme göre oldukça düşüktür. PAH kendisini özellikle eforla ortaya çıkan nefes darlığı ile belli eder. Daha sonra ise klinik tablo ilerleyici akciğer bulguları ile ortaya çıkar. Hastalık özellikle PSS'li çocuklarda Raynaud fenomeni bulguları ve ağrılık derecesi ile koşut olarak süreğilir.

PAH akciğerlerde interstisyel fibroze bağlı olarak gelişebilse de sıklıkla pulmoner arter damarlarındaki etkilenme sonucu ortaya çıkar. PAH tam anlamı ile hemodinamik olarak sağ kalp kateterizasyonunda tanımlanan bir klinik durumdur. Bu noktada ortalama pulmoner arter basıncı pulmoner kapiller basıncından 25 mmHg daha yüksektir. Ama asıl tanılandırma ve tarama testi olarak kullanılan ekokardiyografik yöntemdir. Ekokardiyografik inceleme % 90 duyarlılıkta PAH varlığını gösterir. Solunum fonksiyon testleri de PAH'ın saptanmasında etkin bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Özellikle bu çocuklarda karbondioksit akciğer difüzyon testinde (DLCO) bozulmaların saptanması önemli bir veridir. Zorlu vital kapasitede azalmaların saptanması da bir diğer önemli veri olarak değerlendirilebilir.

Hastaların birçoğunda özellikle PSS ile ilintili antikorlar olan anti-Scl70, anti-sentromer ve U1-RNP antikorları pozitif olarak bulunabilir. Ayrıca bu çocuklarda pro-beyin natriüretik peptit (pro-BNP) düzeyleri yükselebilir. Özellikle sklerodermanın gidişi sırasında görülen PAH'ın tedavisinde temel tedavinin yanı sıra damar genişletici ilaçlar kullanılmaktadır. Bu durumda ilk kullanılan ilaç olan kalsiyum kanal blokerleri özellikle Raynaud sendromunun gelişiminin önlenmesinde etkindir. PAH oluşumu üzerine belirgin bir etkinliği gösterilememiştir. Özellikle hastalık gidişi sırasında oluşan parmak ucu ülserlerinin ve PAH'ın tedavisinde doğrudan etyopatogeneze yönelik tedaviler kullanılmaktadır. Bunların başında da çok güçlü vazokonstriktör etkisi olan endotelin-1 reseptörünün bloke edilmesi gelmektedir.

Çocuklarda da güvenle kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış olan Bosentan etkin bir endotelin-1 reseptör karşıtıdır. Çocuklarda oluşan PAH ve dijital ülserlerin tedavisinde Bosentan'ın etkinliği çeşitli çalışmalar ile gösterilmiştir. PAH tedavisinde ayrıca prostasiklinler, sildenafil, nitrik oksit gibi damar genişleticiler de kullanılabilir. Sonuç olarak, PAH çocukluk çağında, bağ dokusu hastalıklarının gidişi sırasında nadiren görülen, yaşamı tehdit edebilen bir komplikasyondur. Özellikle çocuk romatolojisi dışındaki diğer bilim dalları ile hastaların ortak olarak değerlendirilmesi bu

komplikasyonların oluşmasını önlemekte ve etkin tedaviyi yeni geliştirilmiş ilaçlar ile olası hale getirmektedir.

Kaynaklar

- 1- Foeldvari I. *Update on pediatric systemic sclerosis: similarities and differences form adult disease. Curr Opin Rheumatol* 2008;20:608-12
- 2- Kasapçopur Ö. *Jüvenil skleroderma. Türkiye Klinikleri, İmmünoloji-Romatoloji Özel Sayısı* 2009;2:69-74
- 3- Zulian F. *Systemic sclerosis and localized scleroderma in childhood. Rheum Dis Clin N Am* 2008;34:239-55
- 4- Martini G, Vittadello F, Kasapcopur O et al. *Outcome predictors in juvenile systemic sclerosis. Rheumatology* 2009;48:119-22
- 5- Rosenkranz ME, Agle LMA, Efthimiou P, Lehman TJA. *Systemic and localized scleroderma in children: Current and future treatment options. Pediatr Drugs* 2006;8:85-97
- 6- Distler O, Pignone A. *Pulmonary arterial hypertension and rheumatic diseases-from diagnosis to treatment. Rheumatology* 2006;45:iv22-iv25
- 7- Pehlivan Ö, İnanç M. *Bağ dokusu hastalıklarına bağlı Pulmoner aretriyel hipertansiyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi.* 2010;10;Özel sayı:57-62
- 8- Shimizu M, Hashida Y, Ueno K et al. *Succesful treatment with bosentan for pulmonary hypertension and reduced peripheral circulation in Juvenile sysemic sclerosis. Pediatr Cardiol* 2011 Jul 26 (epub)

KARDİYOMİYOPATİYE BAĞLI PULMONER HİPERTANSİYON

SERDAR KULA

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Kardiyomiyopatili çocuklarda sıklıkla kronik sol ventrikül disfonksiyonu ve artan sol atrium basıncına bağlı olarak pulmoner damar direnci artar. Post kapiller pulmoner hipertansiyon olarak adlandırılan bu durum, ortalama pulmoner arter basıncının >25 mmHg, pulmoner kapiller uç basıncının >15 mmHg ve transpulmonik gradiyentin (TPG) 12 mmHg ise reaktif pulmoner venöz basınçtan bahsedilmelidir.

İlk grupta diastolik fonksiyonların düzeltilmesi ile pulmoner venöz basınç azaltılabilirken ikinci grupta bunun tek başına bir faydası yoktur. Kardiyomiyopatiler içerisinde en sık karşılaştığımız grup dilate kardiyomiyopatidir. Bu hastaların tedavisinde özellikle çocuklarda belirgin standartlar yoktur. Hastaların önemli kısmında 1-5 yıl içerisinde %39 -%53 oranında ölüm görülür ya da kalp nakli yapılır. Kalp nakli öncesinde pulmoner hipertansiyonun var olması, nakil sonrası mortalite riski açısından önemli bir etken olarak gösterilmektedir. Bu da bu hastalarda fizyolojik bir sonuç olan pulmoner hipertansiyon ve beraberindeki pulmoner damar direncinin iyi bir şekilde yönetilmesini gerektirmektedir. Retrospektif çalışmalara göre, kalp nakli öncesi pulmoner damar direnci > 6 Wood's Unite olan çocuklarda sağ kalp yetmezliği %75'e, mortalite de %15'e ulaşmaktadır. Kalp nakli öncesi pulmoner damar direnci düşük olanlarda sağ kalp yetmezliği %20'dir.

Çocuk ve yetişkinlerde yapılan bir olgu çalışmasında kalp nakli öncesi pulmoner damar direncinin pulmoner hipertansiyona yönelik tedaviler ile düşürülmesi sonucunda daha güvenli bir nakil süreci yaşandığı gösterilmiştir. Kalp nakli adaylarının hem değerlendirilmesinde hem de perioperatif yaklaşımlarında nitroprussid, inhale NO ve prostasiklinin etkinlikleri kanıtlanmıştır. Bununla beraber bir çok kardiyomiyopati hastası hem nakil öncesi hem de nakil sonrası uzun süren pulmoner hipertansiyon tedavisi ihtiyacı duymaktadırlar.

Çocuklarda yapılmış uygulamalar olmasa da, yetişkinlerde bosentan ile pulmoner damar direncinin kalp nakli için kabul edilebilir sınırlara geldiği gösterilmiş ve bir olgu sunumunda da bu hastanın başarılı bir şekilde transplantasyonunun yapıldığı gösterilmiştir. Ayrıca, benzer şekilde fosfodiesteraz inhibitörleri ile de başarılı deneyimler yayınlanmaktadır. Sadece ilaçlarla değil ventriküler destek cihazları ile de bu hastalara destek olmamız mümkündür. Hastaların yaklaşık %7'si ventriküler destek cihazına ihtiyaç duyarlar ve ventriküler destek cihazları ile bu hastaların pulmoner dirençlerinin nakil için uygun seviyeye gelmesi sağlanabilmektedir.

DÜNYADA AKUT ROMATİZMAL ATEŞ EPİDEMİYOLOJİSİ

BİRSEN UÇAR

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Çocuklarda ve genç erişkinlerde edinsel kalp hastalıklarının en sık nedeni olan akut romatizmal ateş (ARA), gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Dünyada yılda tüm yaşlarda 470.000, 5-14 yaşlar arasında ise 340.000 ARA olgusunun görüldüğü tahmin edilmektedir. Olguların çoğu gelişmekte olan ülkelerde olup, insidansı 100.000 okul çağı çocuğunda Costa Rica'da 1'den Fransız Polinezyası'nda 72.2'ye, Sudan'da 100'e, Çin'de 150'ye kadar değişmektedir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda son 50 yılda ARA ve romatizmal kalp hastalığı (RKH) insidansında ciddi bir azalma ve bunun sonucunda akut romatizmal kardite bağlı mortalitede %8-%30'lardan %1'in altına düşme görülmüştür.

RKH prevalansı ARA insidansı ile paralellik gösterir. Dünyada 15-20 milyon insanda RKH bulunduğu ve bunların 2.4 milyonunun 5-14 yaş arasındaki çocuklardan oluştuğu tahmin edilmektedir. RKH prevalansı ülkeler arasında belirgin farklılıklar göstermekte olup gelişmiş ülkelerde <0.5/1000'den Samoa'da 78/1000'e kadar değişir ve yaşla artarak 25-34 yaşlar arasındaki genç erişkinlerde pik yapar. Gelişmekte olan ülkelerde kronik RKH daha erken gelişir, daha hızlı ilerler, daha ciddi seyreder ve daha sıklıkla kalp yetersizliğine yol açar. RKH'na bağlı mortalite hızı 100.000'de 0.5 (Danimarka)-8.2 (Çin) arasında değişmektedir. Dünyada her yıl RKH'dan 233.000-492.000 ölüm meydana gelmekte olup bunun %95'i gelişmekte olan ülkelere aittir.

Gelişmekte olan ülkelere aşırı kalabalık, yoksulluk, kötü beslenme ve hijyen koşulları, sağlık hizmetlerine ulaşımın yetersizliği ARA ve RKH sıklığını ve ciddiyetini etkileyen faktörlerdir. Ilıman iklimlerde ARA kış ve ilkbahar aylarında sıktır. Tropikal bölgelerde ise belirgin bir mevsimsel patern görülmez. ARA tüm enlemlerde ve yüksekliklerde görülür.

ARA en sık 5-15 yaşlar arasında görülür, 5 yaşından önce nadirdir, 2 yaşından önce hemen hemen hiç görülmez. Beş yaş altındaki çocuklar sıklıkla artritle gelirler ve kore nadirdir; kardiyak tutulum varsa büyük çocuklarda görülenlerden daha ciddidir ve persistan RKH sıktır. Korenin kızlarda sık olması dışında cinsiyet farkı yoktur. Tedavi edilmeyen semptomatik ya da asemptomatik streptokoksik farenjit geçiren bireylerin %0.3 (epidemiler dışında)-%3'ünde (epidemilerde) ARA gelişmektedir. Kardiyak tutulumu olan ARA geçirmiş hastalarda ARA rekürrens insidansı ise %50 kadardır. Streptokokların M 1, 3, 5, 6, 14, 18, 19, 24, 27 ve 29 tipleri ARA epidemilerine neden olur. Yeni Zelanda'daki Maoris ve Pasifik Adalıları, Samoa ve Hawai'de yaşayan Samoanlar ve Avustralya'da yaşayan Aborijinler gibi bazı etnik gruplarda yüksek ARA ve RKH oranları bildirilmiştir.



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



BİLDİRİ ÖZETLERİ
SÖZEL BİLDİRİLER

EKOKARDİYOĞRAFI VE ROMATİZMAL ATEŞ SÖZEL BİLDİRİLERİ

BİKÜSPİT AORT KAPAĞI OLAN ÇOCUKLARDA ARKUS AORTA BOYUTLARININ VE DİSTENSİBİLİTESİNİN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

SİNEM ALTUNYUVA USTA, FİGEN AKALIN

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Biküspit aort kapağında uzun dönemde aort kökü dilatasyonu ve diseksiyonu görülebilmektedir. Çalışmamızda biküspit aort kapağı saptanan non-sendromik çocuklarda arkus aorta boyutları ve aortun elastisite ve distensibilitesi ölçülerek, normal çocuklarla karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Biküspit aort kapağı tanısı alan; Marfan, Turner, Loez Dietz sendromu, girişim gerektiren aort darlığı saptanmayan hastalar çalışmaya alındı. Kontrol grubu masum üfürümlü sağlıklı çocuklardan oluştu. Olguların tümünde ekokardiyografik olarak anülüs, sinüs valsalva, sinotubuler bileşke seviyesinde, asendan aortada, arkus, isthmus ve diyafram seviyesinde aorta çapları ölçüldü. Sistol ve diyastolde ölçümler tekrarlandı, elastisite ve distensibiliteleri hesaplandı. Kapaklardaki darlık ve yetersizlik derecesi değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışma grubu yaşları 6 ay ile 12 yaş($8,03\pm4,88$ yaş) arasındaki biküspit aort kapağı olan 15 çocuk($K/E=3/12$), kontrol grubu ise yaşları 6 ay ile 12 yaş($7,53\pm5,09$ yaş) arasındaki 15 normal çocuktan ($K/E=5/10$) oluştu. Tüm ölçümler yaş, BSA, tartı ve boyla koreleydi. BSA'ya indekslenen sinüs Valsalva ($20,9\pm6$; $16,8\pm3$ mm; $P=0,046$), ve asendan aorta çapı ($21,1\pm0,54$; $17,7\pm3,4$ mm; $P=0,033$) çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede geniş, isthmus çapı ise ($0,95\pm0,19$; $1,09\pm0,15$ mm; $P=0,048$) çalışma grubunda anlamlı derecede dardı. Aortik annulus, arkus aorta, aortik strain, distensibilite açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Hasta grubunda aort kapağındaki maksimum gradient $42,6\pm11,86$ mmHg, ortalama gradient $18,33\pm8,5$ mmHg idi. Sekiz hastada hafif derecede aort yetersizliği saptandı. Asendan aorta ve sinüs Valsalva boyutları, kapak gradientiyle korele değildi.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak; biküspit aort kapağı olan çocuklarda sinüs valsalva ve asendan aorta çapları, normal çocuklara göre artmış, isthmus çapı ise azalmış olarak bulundu. Çaplardaki değişikliklerinin kapak fonksiyonu ve duvar elastisitesiyle ilişkili olmadığı görüldü.

INTRAUTERİN MALNÜTRİSYONUN KARDİYAK FONKSİYONLARA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DOLUNAY GÜRSES, BURÇİN SEYHAN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DENİZLİ

Amaç:

Gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlığı (SGA), kardiyak fonksiyonlarda etkilenmeler yol açabilmektedir. Bu çalışma, intrauterin malnütrisyonun postnatal üç aylık dönemde kardiyak fonksiyonlara etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Yirmi term ve gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı bebek ile yirmi normal doğum ağırlıklı bebekte postnatal beşinci gün, birinci ay ve üçüncü ayda konvansiyonel ve doku Doppler ekokardiyografi ile kardiyak fonksiyonlar değerlendirildi.

Bulgular:

Standart M-mode ekokardiyografi ile LVPWTed, LVED, IVSed, RVed, ve sol ventrikül kitlesi iki grupta da yaş ile artış göstermesine rağmen; tüm değerlendirmelerde SGA grupta daha düşükdü ($p<0.05$). Konvansiyonel ekokardiyografi ile değerlendirilen sistolik ve diyastolik fonksiyonlar arasında farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Doku Doppler ekokardiyografi ile sol ventrikül, sağ ventrikül ve interventriküler septumda ölçülen sistolik (S), erken (E) ve geç (A) diyastolik dalga velositeleri ile E/A oranı her iki grupta da yaşla birlikte artış gösterdi ($p<0.001$). Sistolik ve erken diyastolik dalga velositeleri ve E/A oranı SGA bebeklerde kontrol grubuna göre belirgin düşükdü ($p<0.05$). Ponderal indeks ile sistolik ve erken diyastolik dalga velositeleri arasında pozitif ilişki saptandı ($p>0.001$).

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamız, doku Doppler ekokardiyografi ile SGA bebeklerde kardiyak fonksiyonların etkilendiğini ve bu etkilenmelerin asimetric SGA bebeklerde daha belirgin olup, postnatal üçüncü aya kadar devam ettiğini göstermektedir.

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARI VE SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ NATRİÜTERİK PEPTİD DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EMİNE AZAK, M.KEMAL BAYSAL, METİN SUNGUR, H.CANDAŞ KAFALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN

Amaç:

KBY'li çocuklarda kardiyak yapı ve fonksiyonlardaki değişiklikler ve bu değişikliklerin B-tipi natriüretik peptidlerle (BNP) ilişkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya farklı renal replasman tedavi programında izlenen 65 hasta (17 prediyaliz, 25 periton diyalizi, 14 hemodiyaliz ve 9 renal transplantasyon) ve 35 sağlıklı çocuk alındı. Olgular klasik ekokardiyografi ve doku dopler görüntüleme tekniği ile değerlendirildi. BNP ve NTproBNP düzeyi için serum örnekleri alındı.

Bulgular:

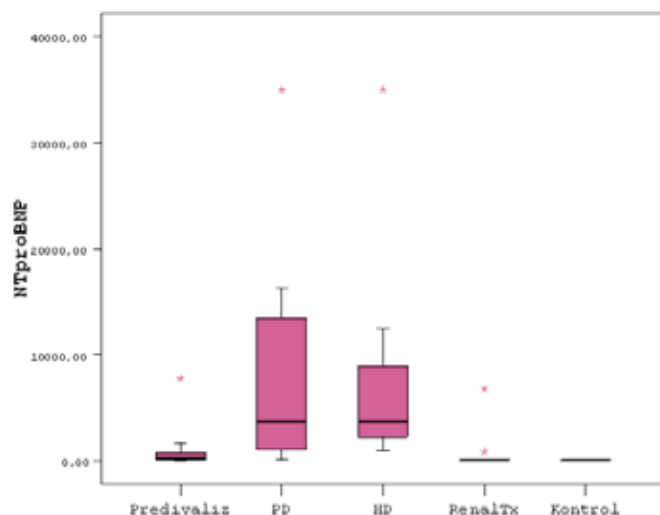
Hasta ve kontrol grup arasında demografik özellikler açısından fark görülmedi ($p>0.05$). Hastaların %39'da sol ventrikülde konsantrik hipertrofi saptandı. Sol ventrikül kütle indeksi (SVKI) hasta grubunda anlamlı yüksek idi. SVKI ile gece sistolik kan basıncı arasında ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ($r=0.491$, $p=0.000$). SV sistolik fonksiyonları hasta grubunda kontrol gruba göre düşük saptanmasına rağmen genel olarak normal idi. Diyastolik fonksiyonlar açısından hasta grubunda istatistiksel olarak daha düşük E/A ve A değeri olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Hastaların Doku Dopplerinde kontrole göre daha düşük Em ve Em/Am, daha uzun IVRZ ve IVKZ değerleri olduğu saptandı (Tablo I). SV diyastolik fonksiyonlarının periton diyalizi ve hemodiyalizli hastalarda daha bozuk olduğu tespit edildi. Hemodiyaliz ve renal transplantasyon grubu arasında Em, Am, Em/Am ve E/Em değerleri açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.01$).

NTproBNP ve BNP düzeyinin hasta grubunda belirgin yüksek olduğu görüldü ($p=0.00$). NTproBNP ve BNP düzeyi periton ve hemodiyaliz hastalarında prediyaliz ve renal transplantasyon hastalarına göre daha yüksek idi (Şekil 1). NTproBNP düzeyi ile SVKI ve SV diyastolik fonksiyonları arasında güçlü bir ilişki olduğu görüldü (NTproBNP ile SVKI için sırasıyla $r=0.528$ ve $p=0.000$, NTproBNP ile Em/Am ve E/Em oranı için sırasıyla $r=0.458$ ve $p=0.000$, $r=0.546$ ve $p=0.000$). NTproBNP değeri 738.2 pg/ml cut-off olarak alındığında %80 duyarlılık ve %90 özgüllük ile KBY'li hastalarda yapısal ve fonksiyonel kalp hastalığını öngördüğü tespit edildi.

Tablo I. KBY'li hastalar ve kontrol grubun klasik eko ve Doku Doppler (TDD) bulguları

*	Prediyaliz	Periton diyaliz	Hemodiyaliz	Renal Tx	Kontrol	p
Em	11.4 ± 2.10 (8.3-15.2) (10.8)	8.56 ± 2.33 (5.7-14.8) (8.3)	9.0 ± 1.73 (6.2-12.1) (8.95)	9.7 ± 2.83 (5.2-13.4) (10.6)	12.9 ± 1.83 (10.2-16) (12.9)	0.000
Am	6.21 ± 1.39 (4.2-8.5) (5.7)	6.26 ± 1.69 (3.5-9.7) (6.0)	6.35 ± 1.89 (3.5-11.3) (5.7)	6.08 ± 1.69 (3.6-8.9) (5.9)	5.23 ± 0.93 (3.2-7.3) (5.0)	0.033
Em/Am	1.89 ± 0.47 (1.05-2.5) (1.9)	1.42 ± 0.56 (0.69-3.1) (1.4)	1.46 ± 0.59 (0.69-2.97) (1.3)	1.72 ± 0.52 (1.2-2.7) (1.7)	2.56 ± 0.56 (1.53-3.67) (2.46)	0.000
E/Em	7.76 ± 1.13 (4.75-9.33) (8.05)	11.4 ± 3.01 (6.4-17.8) (11.17)	10.28 ± 2.84 (5.78-15.2) (10.01)	9.56 ± 2.44 (5.83-13.7) (10.2)	7.1 ± 1.93 (1.19-11.9) (6.79)	0.00
IVRZ	0.067 ± 0.017 (0.040-0.11) (0.071)	0.065 ± 0.016 (0.04-0.100) (0.067)	0.064 ± 0.013 (0.03-0.084) (0.067)	0.06 ± 0.019 (0.04-0.093) (0.053)	0.054 ± 0.07 (0.044-0.071) (0.053)	0.003
IVRZ	0.06 ± 0.013 (0.04-0.08) (0.071)	0.068 ± 0.016 (0.036-0.107) (0.067)	0.076 ± 0.013 (0.058-0.107) (0.074)	0.058 ± 0.07 (0.04-0.067) (0.062)	0.050 ± 0.089 (0.035-0.071) (0.051)	0.000
SVKI	47.5 ± 13.5 (30.8-69.3) (44.5)	79.5 ± 39.8 (33.8-205) (71.8)	74.5 ± 30.2 (41.9-141) (67.3)	52.0 ± 9.8 (37.3-70) (51.7)	34.8 ± 4.6 (24-42.8) (35.4)	0.000
EF	64.6 ± 10.5 (45.8-83) (64.9)	65.8 ± 13.9 (18.6-88.7) (68.4)	62.8 ± 11.0 (42-76.7) (65.6)	64.3 ± 12.4 (43-80) (64)	70.9 ± 5.5 (60-82.4) (71.7)	0.093

* ortalama ± standart sapma (min-mak) (ortanca)



Şekil 1: Hasta ve kontrol grubun NTproBNP düzeyleri

Tartışma ve Sonuç:

KBY'li hastalarda özellikle periton diyalizi ve hemodiyaliz programındaki çocuklarda daha belirgin olmak üzere SV hipertrofisi ve SV diyastolik fonksiyon bozukluğu mevcuttur. NTproBNP düzeyi KBY'li çocuklarda SV hipertrofisi ve diyastolik fonksiyon bozukluklarının erken teşhisinde kullanılabilecek önemli bir parametredir.

SB 4

OBEZ ÇOCUK VE ADELÖSANLARDA ALKOLİK OLMAYAN KARACİĞER YAĞLANMASI VE KARDİYOVASKÜLLER RİSK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

HAYRULLAH ALP, SEVİM KARAARSLAN, BERAY SELVER EKİÖĞLU,
MEHMET EMRE ATABEK, HAKAN ALTIN, ZEHRA KARATAŞ, TAMER BAYSAL

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Günümüzde obezite ve fazla kilo prevalansındaki hızlı artış tüm dünyada alkolik olmayan karaciğer yağlanması (AOKY) epidemisini açıklamaktadır. Bu çalışmanın amacı, AOKY bulunan çocuk ve adölesanlarda kardiyovasküler risk ile ilişkili ekokardiyografik parametrelerin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Toplam 400 obez vakadan AOKY bulunan 93 hasta ve yaş ve cinsiyet olarak benzer 150 kontrol çalışmaya alındı. Tüm hastalarda epikardiyal yağ dokusu (EYD) kalınlığı, ana karotid arter intima-media kalınlığı (İMT), M-mode, pulsed ve doku Doppler ekokardiyografik parametreler ölçüldü. Ultrasonografik olarak AOKY tespit edilen vakalar yağlanmanın derecesine göre iki subgruba ayrıldı.

Bulgular:

Vücut kitle indeksi (29.53 ± 3.81 , $p < 0.001$), total vücut yağ dokusu yüzdesi ($40.33 \pm 6.40\%$, $p < 0.001$), insulin, alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferaz (AST) düzeyleri AOKY grupta kontrol grubuna göre belirgin artmış olarak bulundu. İnterventriküler septum sistol sonu kalınlığı, sol ventrikül kitlesi ve indeksi AOKY grubunda kontrol grubuna göre yüksekti ($p < 0.001$). Ayrıca, pulsed ve doku Doppler ekokardiyografi ile belirlenen miyokard performans indeksleri de her iki ventrikül için AOKY grubunda yüksek olarak saptandı. Ana karotid arter İMT ile EYD kalınlığı da AOKY grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Bel ve kalça çevresi,

total kolesterol düzeyi, total vücut yağ dokusu yüzdesi ile interventriküler septum sistol sonu kalınlığı AOKY grupları arasında istatistiksel olarak belirgin farklılık göstermekteydi.

Tablo 1: AOKY bulunan ve bulunmayan obez çocuk ve adolesanlarda, antropometrik, laboratuvar ve ekokardiyografik verilerin karşılaştırılması.

		AOKY	AOKY	
	Grup 1 (Grade 0) (n=397)	Grup 2 (Grade 1) (n=67)	Grup 3 (Grade 2) (n=26)	p value (ANOVA)
Antropometrik ve laboratuvar verileri				
Yaş (yıl)	11.83±2.93	11.73±2.72	12.69±2.61	p>0.05
Ağırlık (kg)	66.65±20.401	66.308±20.762	73.950±17.332	p>0.05
BMİ	29.157±4.083	29.131±3.421	30.462±4.601	p>0.05
Bel çevresi (cm)	89.360±14.344	90.192±11.320	93.269±10.513 ^{a,c}	p=0.031
Karın çevresi (cm)	98.386±14.997	98.568±13.080	104.711±13.251 ^{a,c}	p=0.022
Bel/karın çevresi oranı	0.918±0.069	0.914±0.099	0.914±1.251	p>0.05
Kalp hızı (atım/dk)	86.124±2.142	87.118±2.512	86.251±1.987	p>0.05
Sistolik kan basıncı (mmHg)	116.551±17.249	118.321±11.910	116.000±26.831	p>0.05
Diastolik kan basıncı (mmHg)	73.032±12.417	75.529±10.734	72.153±12.340	p>0.05
Açlık glukozı (mg/dl)	90.447±9.043	90.701±8.438	91.807±8.921	p>0.05
Açlık insülin (mU/L/ml)	14.058±1.313	15.017±1.770	15.251±10.144	p>0.05
HOMA-IR	3.188±0.768	3.441±4.253	3.526±2.618	p>0.05
Total kolesterol (mg/dl)	151.000±52.633	168.861±57.837 ^a	169.321±53.233 ^{a,c}	p=0.010
HDL-C (mg/dl)	41.104±12.360	40.971±11.745	40.826±11.347	p>0.05
LDL-C (mg/dl)	104.111±28.962	103.056±36.431	92.584±17.793	p>0.05
ALT (U/L)	28.112±5.147	29.247±6.784 ^a	31.402±11.121 ^{a,c}	p=0.010
AST (U/L)	25.661±3.233	26.432±6.843 ^a	27.312±10.245 ^{a,c}	p=0.021
Total vücut yağ oranı (%)	31.681±4.647	37.932±4.466 ^a	46.373±6.450 ^{a,c}	p<0.001
M-mode ekokardiyografik ölçümler				
IVSd (cm)	0.724±0.154	0.731±0.157	0.752±0.161	p>0.05
IVSs (cm)	1.223±0.231	1.283±0.232 ^a	1.291±0.313 ^{a,c}	p=0.040
LVPWd (cm)	0.744±0.153	0.752±0.161	0.802±0.138	p>0.05
LVPWs (cm)	1.332±0.204	1.350±0.214	1.384±0.144	p>0.05
LVEDd (cm)	4.327±0.362	4.391±0.501	4.408±0.537	p>0.05
LVEDs (cm)	2.493±0.254	2.621±0.314	2.607±0.369	p>0.05
EF (%)	71.948±5.531	71.181±5.463	73.451±3.830	p>0.05
FS (%)	41.038±5.078	40.499±4.939	42.550±3.542	p>0.05
LVM (g)	126.889±49.573	128.968±39.601 ^a	129.746±46.116 ^{a,c}	p=0.010
LVMi (g/m ^{2.7})	39.526±8.927	41.559±11.181 ^a	42.123±9.395 ^{a,c}	p=0.025
RWT (cm)	0.339±0.066	0.344±0.073	0.363±0.065	p>0.05
LYD kalınlığı (cm)	0.526±0.108	0.527±0.099	0.531±0.090	p>0.05
Anterored arteriyel İMT (cm)	0.098±0.014	0.099±0.016	0.102±0.019	p>0.05
Pulsed Doppler ekokardiyografik ölçümler				
Mitral kapak akım hızı				
Pik E (cm/s)	91.868±14.282	89.461±14.832	87.162±15.031	p>0.05
Pik A (cm/s)	60.157±12.341	61.185±13.402	61.018±12.552	p>0.05
E/A oranı	1.546±0.306	1.515±0.349	1.499±0.381	p>0.05
Tricuspid kapak akım hızı				
Pik E (cm/s)	66.706±12.799	68.282±12.364	68.566±17.251	p>0.05
Pik A (cm/s)	56.447±12.485	56.716±14.324	58.909±14.844	p>0.05
E/A oranı	1.197±0.226	1.211±0.257	1.214±0.120	p>0.05
LV eklektik zamanı (cm/s)	0.286±0.026	0.280±0.025	0.285±0.024	p>0.05
RV eklektik zamanı (cm/s)	0.287±0.027	0.285±0.032	0.290±0.025	p>0.05
LV MPI	0.173±0.104	0.177±0.093	0.201±0.010	p>0.05
RV MPI	0.150±0.097	0.150±0.104	0.155±0.107	p>0.05

Tartışma ve Sonuç:

AOKY bulunan obez hastalarda artmış İMT ve EYD'nin yanı sıra her iki ventriküle orta düzeyde bozulmuş sistolik ve diyastolik fonksiyonlar da bulunmaktadır. Ayrıca, ultrasonografik olarak tespit edilen karaciğer yağlanması derecesi, total vücut yağ dokusu yüzdesi ve interventriküler septum sistol sonu kalınlığı ile pozitif koreledir. Noninvaziv olarak tespit edilebilen bu iki parametre ile karaciğer yağlanması derecesi belirlenebilir.

TÜM DÜZELTME AMELİYATI YAPILAN FALLOT TETRALOJİLİ HASTALARDA SAĞ VENTRİKÜL DİSFONKSİYONUNUN PULSED DALGA DOKU DOPPLER YÖNTEMİ VE KARDİYAK MANYETİK REZONANS İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

BÜLENT KOCA ¹, FUNDA ÖZTUNÇ ¹, AYŞE GÜLER EROĞLU ¹, SELMAN GÖKALP ¹, MEMDUH DURSUN ², RAVZA YILMAZ ²

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

²İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Çalışmamızda, polikliniğimizde izlenmekte olan tüm düzeltme ameliyatı yapılmış Fallot Tetralojili hastalarımızın, sağ ventrikül fonksiyonlarını, Pulsed Dalga Doku Doppler ekokardiyografi ve kardiyak MR ile değerlendirmek ve bu iki yöntemi karşılaştırmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Polikliniğimizde izlenmekte olan, tüm düzeltme ameliyatı uygulanmış 31 hastanın Pulsed Dalga Doku Doppler ekokardiyografi ve kardiyak MR bulguları incelendi. Hastalara fizik inceleme, EKG, ekokardiyografi uygulandı ve kardiyak MR parametreleri hasta dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi. Kontrol grubu olarak aynı yaş grubunda, masum üfürüm ya da göğüs ağrısı nedeniyle tetkik edilen ve kardiyak patoloji saptanmayan 36 çocuk alındı, bu çocuklara standart ekokardiyografi ve PDDD yapıldı..

Bulgular:

Çalışmaya Fallot Tetralojisi nedeni ile ameliyat edilmiş, yaş ortalaması 14.25 ± 3.61 yıl olan 31 hasta ve yaş ortalaması 13.72 ± 3.21 olan 36 sağlıklı çocuk alındı. Hastaların tüm düzeltme yaşı 2.56 ± 1.61 yıl, izlem süresi ortalama 11.98 ± 3.03 yıl idi. Sağ ventrikül miyokardial diastolik doku Doppler parametrelerinden Em, Am ortalama değerleri hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük iken IVGZ ise kontrol grubuna göre daha uzamış bulundu. Sağ ventrikül miyokardial sistolik doku Doppler parametrelerinden Sm hasta grubunda düşük iken, IVKZ hasta grubunda uzamıştı. Ejeksiyon zamanında ise 2 grup arasında istatistiksel bir farklılık yoktu. İzovolumik kasılma sırasındaki miyokardiyal akselerasyon (İVA) hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük iken ve miyokardiyal performans indeksi (Tei indeksi) daha yüksekti. Tüm düzeltme ameliyatı yapılmış 31 hastanın MR sonuçlarını literatürde yayınlanmış sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında hasta grubunda RV-EDV, RV-ESV, PRF anlamlı şekilde artmış, RV-EF azalmış saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Tüm düzeltme ameliyatı sonrası Fallot Tetralojili hastaların fonksiyonel kapasitelerinin iyi olmakla birlikte, ekokardiyografi ile sağ ventrikülün global fonksiyonlarının pulmoner yetersizlik derecesi ile ilişkili olarak etkilendiği ve klinik bulgu vermeden PDDD ile ölçülen MPI' nin izlemde önemli olduğu ve sağ ventrikül disfonksiyonunun kardiyak MR ile kantitatif olarak saptanabileceği gösterilmiştir.

SB 6

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ VE KRONİK ROMATİZMAL KAPAK HASTALIKLARINDA TENASCİN-C DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ZEHRA KARATAŞ, TAMER BAYSAL, HAYRULLAH ALP, AYSUN TOKER

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

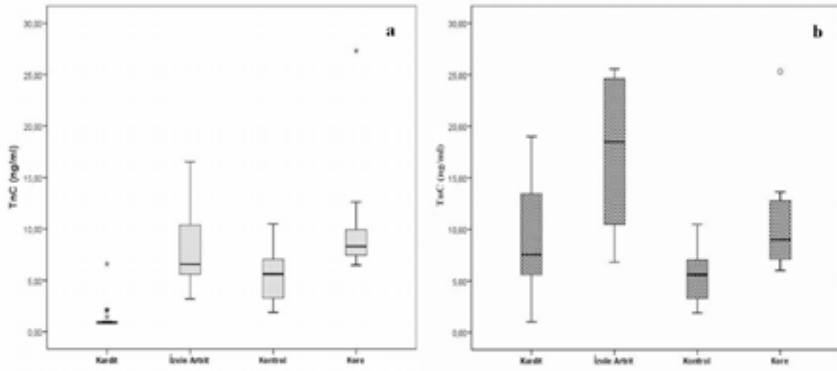
Akut romatizmal ateş (ARA) inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Tenascin-C (TnC), inflamatuvar hastalıklarda artan, immün sistem üzerinde etkileri olan ve doku remodelinginde kilit role sahip olan bir ekstrasellüler matriks glikoproteindir. Bu çalışmanın amacı ARA ve kronik romatizmal kapak hastalığı (KRKH)'nın tanısında ve prognozunu öngörmede TnC'nin kullanılabilirliğini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

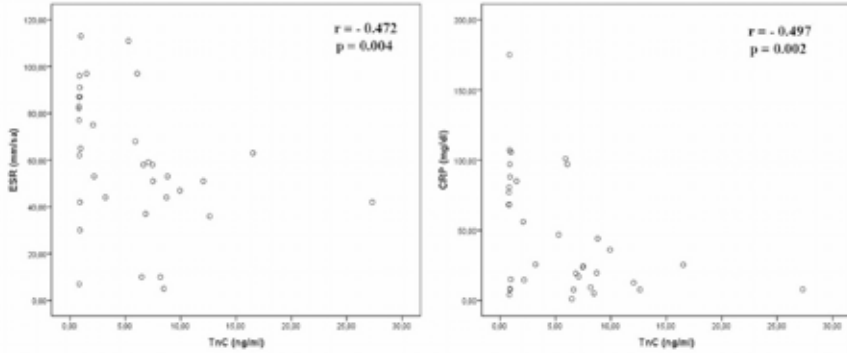
Çalışmamız ARA (n=35), KRKH (n=25) ve kontrol (n=20) grubu olmak üzere üç gruptan oluşmaktaydı. ARA grubunda TnC düzeyleri başvuru anında ve akut faz reaktanlarının normale döndüğü dönemde iki kez çalışıldı.

Bulgular:

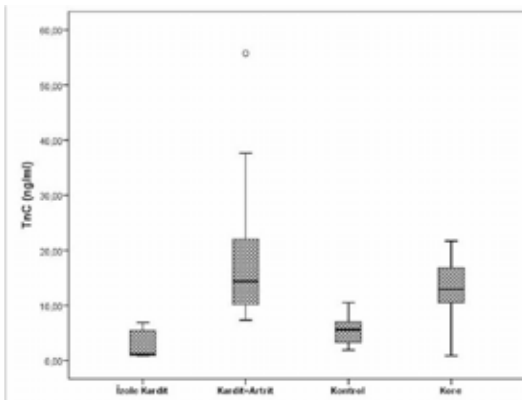
Tablo 1. Akut romatizmal ateş grubunda ilk ve ikinci değerlendirmedeki tenascin-C düzeylerinin karşılaştırılması			
	İlk değerlendirme	İkinci değerlendirme	p değeri
Hepsi (n = 35)	5.28 (0.80-27.30)	9.40 (1.02-25.55)	p<0.001
Kardit (n = 15)	0.90 (0.80-6.63)	9.48 ± 5.73	p<0.01
İzole Artrit (n= 10)	8.10 ± 4.28	17.44 ± 7.50	p<0.01
Kore (n = 10)	8.30 (6.48-27.30)	10.78 ± 5.68	p>0.05



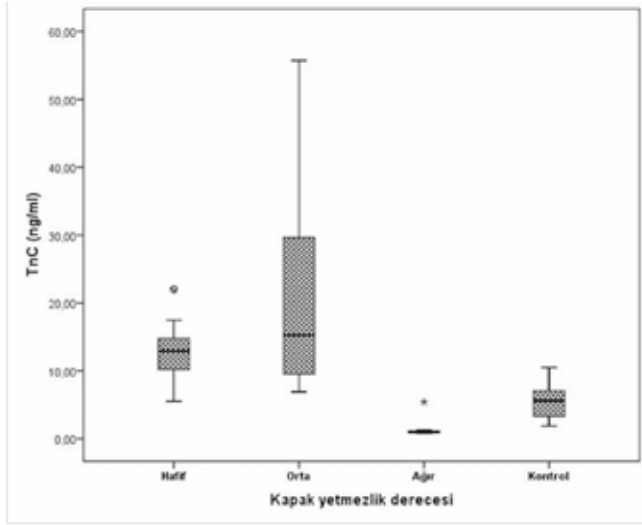
Şekil 1. Akut romatizmal ateş grubunda ilk (a) ve ikinci (b) değerlendirmedeki tenascin-C düzeylerinin majör tanı kriterlerine göre birbiriyle ve kontrol grubuyla karşılaştırılması



Şekil 2. Akut romatizmal ateş grubunda ilk değerlendirmedeki tenascin-C düzeyleri ile eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein arasındaki ilişki



Şekil 3. Kronik romatizmal kapak hastalığı grubunda tenascin-C düzeylerinin majör tanı kriterlerine göre birbiriyle ve kontrol grubuyla karşılaştırılması



Şekil 4. Kronik romatizmal kapak hastalığı grubunda tenascin-C düzeylerinin kapak yetmezlik derecesine göre birbiriyle ve kontrol grubuyla karşılaştırılması

İlk değerlendirmede kontrol grubuna göre ARA kardit grubunun TnC düzeyleri düşük ($p<0.001$), kore grubunun yüksek ($p<0.01$), izole artrit grubunun ise benzer bulundu. İkinci değerlendirmede kardit ve izole artrit grubunda TnC düzeylerinde artış olmasına rağmen (her ikisi için $p<0.01$), kore grubunda artış saptanmadı; ayrıca tüm hastaların TnC düzeyleri de kontrol grubundan yüksekti ($p<0.001$). İkinci değerlendirmeye göre TnC düzeylerinde belirgin düzeyde artış saptanan hastaların kapak yetmezlik derecelerinde önemli oranda azalma olduğu görüldü. Ayrıca ARA grubunda ilk değerlendirmede TnC düzeyleri ile akut faz reaktanları arasında negatif ilişki bulundu ($p<0.01$). Hafif ve orta derecede kapak yetmezliği bulunan KRRH'lı olgularda TnC düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.001$) saptanmasına karşın ağır derecede kapak yetmezliği olanların TnC seviyeleri belirgin olarak düştü ($p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç:

Tenascin-C romatizmal karditin immün-patogenezinde önemli bir role sahiptir; dolayısıyla hastalığın tüm safhalarında tanı koyma, aktivite takibi ve prognozunu öngörmede biyokimyasal bir belirteç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, kronik romatizmal kapak hastalığı, tenascin-C, çocuklar

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ OLGULARINDA TANISAL BULGULAR VE ANTİİNFLAMATUVAR TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

FİLİZ EKİCİ, OBEN GÖZDE ŞENKON, İBRAHİM İLKER ÇETİN, ABDULLAH KOCABAŞ, MEHMET EMRE ARI, ALEV GÜVEN, TÜLİN VEDİDE ŞAYLI

ANKARA DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Akut romatizmal ateş (ARA) tanısı alan hastalarda tanısal bulgulardaki değişiklikleri incelemek ve antiinflamatuvar tedavi yöntemlerini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Ocak 2005-Aralık 2011 tarihleri arasında ARA (ilk atak) tanısı alan 316 hastanın dosyası retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:

Çalışma grubunun yaş ortalaması 10,5 yıl (5-16 yıl) ve Kız/Erkek oranı 1.19 idi. İzole veya diğer major bulgularla birlikte olmak üzere en sık saptanılan major bulgu kardit idi (242 olgu, %76). Artrit 165 (%52), Kore 102 olgu (%32) ve eritema marjinalum 2 olguda (%0.6) saptandı. Hiçbir olguda subkutan nodül belirlenmedi. İncelenen tüm yıllarda en sık artrit ve kardit birlikteliği saptandı. Artritli olguların 50'sinde (%30) monoartrit belirlendi. Karditli olguların 232'sinde (%95.8) MY, 87'sinde (%35.9) AY ve 77'sinde (%31.8) MY ve AY birlikteliği saptandı. Hastaların 188'inde hafif kardit (%76) belirlenirken, sessiz kardit 66 olguda (%27,2) saptandı. Ağır Kardit ve tedaviye dirençli kalp yetmezliği sekiz olguda (%3,3) görüldü ve iki olguda kapak replasmanı uygulandı. 236 olguda antiinflamatuvar tedavi uygulandı ve tedaviye bağlı yan etki sıklığı %18,2 idi. 185 olguda ortalama 28 ay (3-72 ay) izlemde romatizmal kapak hastalığının (RKH) sıklığı %44 olarak bulundu. Rebound ve rekürrens sıklığı sırasıyla %9,7 ve %14 olarak belirlendi. Naproxen verilen izole Artrit veya hafif karditli 22 olguda tedaviye bağlı yan etki (%0) ve izlemde RKH gelişme sıklığı (%23,5), iken Aspirin verilen 75 olguda yan etki (%18) ve RKH gelişme sıklığı (%41) olarak belirlendi. İki grup arasında rekürrens sıklığında farklılık saptanmadı (%17,5' a karşı %15,5).

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızda incelenen tüm yıllarda kardit en sık rastlanılan major bulgu idi. Ayrıca sessiz karditli olguların azımsanmayacak yüksek oranı dikkati çekmiştir. Subklinik

karditte kullanılacak antiinflamatuvar tedavi seçenekleri açık değildir. Çalışmamızda artrit veya hafif kardit tanısı alan Naproxen ile tedavi edilen olgularda da olumlu izlem sonuçları elde edilmiştir. Ancak bu bulguların kanıta dayalı geniş hasta gruplarını içeren çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir

SB 8

AKUT ROMATİZMAL ATEŞLİ OLGULARIMIZIN KLİNİK VE EKOKARDİYOĞRAFİK BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ERDAL YILMAZ, OSMAN AKDENİZ, SERKAN KIRIK

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ELAZIĞ

Amaç:

Akut romatizmal ateş (ARA), Grup A streptokok enfeksiyonuna karşı gelişen anormal immünolojik yanıtı bağılı oluşan inflamatuvar bir hastalıktır. En önemli komplikasyonu kardit ve romatizmal kapak hastalığıdır.

Çalışmamızda ARA tanısı konulan hastaların klinik ve ekokardiyografik özelliklerini değerlendirerek tartışmak istedik

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2004 - Ocak 2012 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilen ARA hastaları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

64(%52,4) kız 58(%47,6) erkek olmak üzere 122 hasta incelendi. K/E= 1,1, Ortalama yaş 11,3+/- 2,5 (2,5-16) idi. Hastaların 92(%75,4)'si eklemlerde ağrı ve şişlik, 14(%11,4)'ü istemsiz hareketler, 18(%14,7)'i göğüs ağrısı, 6(%4,9)'sı nefes darlığı ve 2(%1,6)'si üfürüm duyulması şikayetiyle başvurdu. 6(%4,9) hastada kalp yetmezliği bulguları vardı. Hastalardan 5(%4,1)'inin ailesinde ARA mevcuttu. Hastaların 80(%65,5)'inde tonsillit öyküsü bulunurken, enfeksiyonla ARA başlangıcı arasında 20,4+/- 10,7 gün vardı. Hastaların 84(%68,8)'ünde artrit, 104(%85,2)'ünde kardit, 14(%11,4)'ünde sydenham koresi ve 1(%0,8)'inde eritema marginatum saptandı. 63(%51,6) hastada artrit+kardit görülürken, koreli hastaların 13(%92,8)'ünde kardit, 1(%7,2)'inde artrit saptandı. Karditli hastaların 22(%21,1)'si subklinik kardit olarak değerlendirilirken, 52(%50) hastada mitral kapak, 46(%44,2) hastada mitral+aort kapağı, 5(%4,8) hastada aort kapağı tutulumu mevcuttu. Hastalar ortalama 30,4 ay takip edildi, en az 3 ay takip edilen hastalarda mitral kapaktaki yetmezlik derecesi 39(%49,3) hastada azalırken 8(%10,1) hastada artmış, 32(%40,5) hastada aynı kalmıştı. Aort kapak yetmezliği

derecesi ise hastaların 21(%46,6)'inde azalırken 6(%13,3)'sında artmış, 18(%40) hastada aynı kalmıştı. Artrit vakalarında en sık tutulan eklemler sırasıyla diz (%41,7), ayak bileği (%39) ve el bilek (%7,5) eklemleriydi. Diğer nadir tutulan eklemler dirsek, kalça, omuz el parmak ve ayak parmak(%11,7) eklemleriydi. 3 artrit, 4 kore ve 2 kardit şeklinde olmak üzere toplam 9 hastada relaps görüldü. Hastaların hiçbiri kaybedilmedi.

Tartışma ve Sonuç:

ARA son zamanlarda sıklığı azalmış olmakla birlikte bölgemizdeki önemini hala korumaktadır. Subklinik karditin sık olarak görülmesi ekokardiyografinin tanıdaki gerekliliğini düşündürmektedir.

Tablo 1 Jones tanı kriterlerinin hastalarımızdaki dağılımı

	Erkek	Kız	Toplam
Hasta sayısı	58(%47,6)	64(%52,4)	122(%100)
Majör bulgular			
Artrit	45(%53,5)	39(%46,5)	84(%68,8)
Kardit	47(%45,1)	57(%54,8)	104(%85,2)
Kore	2(%14,3)	12(%85,7)	14(%11,4)
Eritema marjınatum	0	(%100)	1(%1)
Subkutan nodül	0	0	0(%0)
Minör bulgular			
Ateş	12(%60)	8(%40)	20(16,4)
Artralji	53(%53)	47(%47)	100(%81,9)
Yüksek ESR(>20mm/h)	48(%50,5)	47(%49,5)	95(%77,8)
Lökositoz(10000/ml)	24(%39,3)	37(%60,7)	61(%50)
CRP yüksekliği(>5mg/ml)	46(%48,9)	48(%51,1)	94(%77,2)
PR uzaması (>0,16sn)	20(%50)	20(%50)	40(%32,7)
ASO yüksekliği(>400 Todd'ünite)	47(%48,9)	49(%51,1)	96(%78,6)

CERRAHİ SÖZEL BİLDİRİLERİ

BÜYÜK ARTER TRANSPOZİSYONU VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT VE SOL VENTRİKÜL ÇIKIŞYOLU DARLIĞI OLGULARINDA CERRAHİ YAKLAŞIM

RIZA TÜRKÖZ , BÜLENT SARITAŞ , EMRE ÖZKER , CAN VURAN , UYGAR YÖRÜKER , ŞULE BALCI, ÖZLEM SARISOY , CANAN AYABAKAN , KÜRŞAD TOKEL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Büyük arter transpozisyonu (TGA) olgularının yaklaşık %20 sinda sol ventrikül çıkış yolu darlığı (LVOTO) bulunmaktadır. Bu çalışmada TGA+VSD+LVOTO olan olgulara cerrahi yaklaşımımız değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:

2007-2012 tarihleri arasında TGA+VSD+LVOTO sebebiyle 19 olgu opere edildi. Olguların yaş ortalaması 16.5 ± 25.6 ay idi. Olguların 5'ine sadece arterial switch operasyonu (ASO) yapıp darlığın septum pozisyonuna bağlı fizyolojik olduğu ve anatomic darlık olmadığını gördük. 4 olguda subaortik rezeksiyonla birlikte ASO uygulandı. 3 olguda pulmoner kapağa (neoaortik) valvotomi ile birlikte ASO uygulandı. 2 olguya Nikaidoh operasyonu, 2 olguya modifiye Konno ve ASO, 3 olguda Rastelli operasyonu uygulandı.

Bulgular:

Olguların ekstübasyon süresi $2,9 \pm 3,4$ gün , yoğun bakımda kalış süresi $5,5 \pm 4,3$ gün ve taburcu süresi $9,8 \pm 5,7$ gün idi. İki olguda (%10) mortalite görüldü. Bu hastalardan biri yoğun bakıma ECMO desteğinde çıktı. Takiplerinde hiçbir olguda 15 mmHg üzerinde gradient saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

TGA+VSD+LVOTO günümüzde en sık olarak tercih edilen Rastelli operasyonunun uzun dönemde ciddi mortalite ve morbidite oluşturmaktadır. Bu komplikasyonlar sebebiyle pulmoner annulusu yeterli olan olgularda (Z değeri -2 üstünde olan) sol ventrikül çıkış yolu rezeksiyonu ve pulmoner (neoaorta) valvotomi ile birlikte ASO, pulmoner annulusu küçük olan olgularda (Z değeri -2 altında) Nikaidoh operasyonunun daha iyi seçenek olduğunu düşünüyoruz.

ÇOCUKLUK DÖNEMİ KALP NAKLİ

SİNAN ERKUL, M.FATİH AYIK, EMRAH OĞUZ, PELİN ÖZTÜRK, YAPRAK ENGİN, ZÜLAL ÜLGER, ÇAĞATAY ENGİN, YÜKSEL ATAY, TAHİR YAĞDI, MUSTAFA ÖZBARAN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Kalp nakli seçilmiş olgularda halen son dönem kalp yetmezliği için en iyi kalıcı tedavi yöntemidir. Ege Üniversitesi Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniğinin çocukluk döneminde yapılan kardiyak transplantasyon ile ilgili deneyim sunulacaktır.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 1998 ile Şubat 2012 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 168 kardiyak transplantasyonun 11 tanesi çocukluk dönemi yaş grubuna aittir. Veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Donör ve alıcıların demografik, labratuar, ekokardiyografik, hemodinamik verileri analiz edildi. Olguların 3'ü (%27,7) kız, 8'i (%73,3) erkek idi. Ortalama hasta yaşı 9,9 olarak hesaplandı. Tüm operasyonlar biatrial cuff tekniği ile yapılmıştır. Hastaların 4'ü (%36,3) kalp nakline köprülemek amacıyla ventriküler asist device uygulanmış hastalardı.

Tartışma ve Sonuç:

Kalp nakli son dönem konjestif kalp yetmezliğinde en önemli tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Ancak bu tedavi yönteminin en önemli kısıtlayıcısı özellikle pediatrik yaş grubundaki donör sayısının yetersiz olmasıdır. Günümüzde ventriküler asist device uygulamaları bekleme sürecindeki hasta mortalitesini azaltmada oldukça etkin bir şekilde kullanılabilir.

ÇOCUK HASTALARDA KALP NAKLİ SONUÇLARI

MEHMET EMİN ÖZDOĞAN, DİLEK ERER, ERKAN İRİZ, LEVENT OKTAR, TOLGA TATAR, HAKAN ZOR, RANA OLGUNTÜRK, SEDEF TUNAOĞLU, SERDAR KULA

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde 1999 ve 2011 yılları arasında kalp nakli yapılmış çocuk hastaların erken ve orta dönem sonuçları sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Yaşları 2 ile 17 arasında değişen 12 hastaya dilate kardiyomiyopati nedeniyle operasyon endikasyonu konulmuş ve ortotopik kalp nakli yapılmıştır. İmmünsüpresif tedavi siklosporin, metilprednizon ve mikofenolat mofetil ile sağlanmıştır.

Bulgular:

Peroperatif mortalite oranı %8,3(1/12), erken dönem mortalite oranı ise %33.3 (4/12) olarak hesaplanmıştır. Nakil sonrası hastaneden taburcu olan 11 hastadan 7 tanesi halen hayattadır ve NYHA sınıf-1 klinik evresinde takip edilmektedirler. Hastaların 4 tanesi ise 5 yıldan fazla hayatta kalmışlardır (4/7). Orta dönem takipte ölen 2 vaka da immünsüpresif tedaviyi bırakmalarını takiben gelişen rejeksiyon nedeniyle kaybedilmişlerdir. Günlük oral metilprednizon kullanan çocuklarda puberte döneminde gelişim geriliği görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak, çocuk hastalarda kalp nakli son dönem kalp yetmezliği tedavisinde geçerliliğini korumaktadır

HİPOPLASTİK ARKUS VE AORT KOARTASYONU TAMİRİNDE AORT KANÜLASYU İLE SELEKTİVE SEREBRAL PERFÜZYON VE KISA HİPOTERMİK SİRKULATUAR ARREST UYGULAMASI

CAN VURAN, RIZA TÜRKÖZ, BÜLENT SARITAŞ, EMRE ÖZKER, UYGAR YÖRÜKER, ŞULE BALCI, ÖZLEM SARISOY, CANAN AYABAKAN, KÜRŞAD TOKEL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Derin Hipotermik sirkulatuar arrest (DHSA)in zararlı etkileri sebebiyle son yıllarda selektif serebral perfüzyon (SSP) aortik rekonstrüksiyonlarında kullanılmaya başlamıştır. Çalışmada aort kanülasyonu kullanılarak selektif serebral ve miyokardial perfüzyona (SSMP) ilave kısa DHSA kullandığımız olgular ve sonuçları sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

2002-2007 tarihleri arasında arkus aorta ve istmus hipoplazisi ve ilave kardiak anomalisi olan ve olmayan 34 olgu selektif serebral ve miyokardial perfüzyon (SSMP) ilave kısa DHSA kullanılarak opera edildi. İlave kardiak anomali olarak VSD, TGA, Taussing Bing anomalisi, CAVSD, tek ventrikül, interruption, subvalvular aortic stenosis eşlik etmekteydi. Aortik kleplerden birisi innominate arter veya sol karotis distaline, diğer klemp descendan aortada koartasyonun distaline konuldu. İki klemp arasındaki aorta gluteraldehidli otojen perikard ile rekonstrükte edildi. Proksimal arkus ve ascendan aorta kısa DHSA altında rekonstrükte edildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 3.8 ± 8 ay idi. Kardiopulmoner bypass süresi 161 ± 71 dk, aortik kros klemp süresi 57.8 ± 39 dk idi. SSMP süresi 24.6 ± 8 dk, descendan aorta klemp süresi 28 ± 8.1 dk idi. DHSA süresi 7.6 ± 2.16 dk (min: 4, maks: 10 dk). Ortalama hastanede kalış süresi 15 ± 12 gündü. Mortalite 1 hastada (%2.9) görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Yüksek riskli bu hasta grubunda aort kanülasyonu ile SSMP ve kısa DHSA (10 dk altında) kullanılarak aort rekonstrüksiyonunun güvenli ve avantajlı bir teknik olduğunu düşünüyoruz.

NADİR GÖRÜLEN TOTAL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİ MİKST TİP: 4 OLGU SUNUMU

KÜRŞAD ÖZ, SELEN ONAN, ONUR ŞEN, BANU BİNBAŞ, ENDER ÖDEMiŞ, ERSİN EREK

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Total anormal pulmoner venöz dönüş, konjenital kalp hastalıkları içerisinde %1-2 oranında görülür. Bunların da sadece % 5 kadarını mikst tip oluşturmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2009 ile Şubat 2012 tarihleri arasında, konjenital kalp hastalığı nedeni ile 616 olgu ameliyat edildi. Total anormal pulmoner venöz dönüş (TAPVD) nedeni ile opere edilen olgu sayısı 15 (%2,4), Bu olguların ise 4'ü (% 26,6) Mikst tip TAPVD idi. Hastaların tanısı ekokardiyografi ve BT anjiyo ile konuldu. Olgu 1, 3,5 aylık erkek, sol üst pulmoner ven, vertikal ven aracılığı ile innominate vene açılıyordu. Diğer pulmoner venler ise sol atrium arkasında bir kesede toplanarak, süperior vena kavaya (SVK) açılmakta idi. Olgu2, 3,5 aylık kız bebek, sağ üst pulmoner ven SVK'ya doğrudan dökülmekte, sağ alt ve sol alt pulmoner venler mediasten sağında, sağ orta ve alt pulmoner venlerle ortak bir odacık oluşturarak SVK' ya dökülmekte idi. Olgu3, 15 günlük kız bebek, sol pulmoner venler vertikal ven yoluyla innominate vene, sağ pulmoner venler ise birleşerek koroner sinüse, obstrüktif bir orifis aracılığı ile açılmaktaydı (Gradient 15 mmHg). Olgu 4, 2 günlük erkek bebek, Sağ ve sol taraf pulmoner venler ayrı ayrı SVK'ya açılmakta idi. Posterior pulmoner venlerin komünikasyon gösterdiği ayrı bir kese vardı. Tüm hastalar kardiyopulmoner bypass altında, orta derecede hipotermi (26 C) ile opere edildi. Tüm pulmoner venlerin sol atriyuma yönlendirilmesi sağlandı.

Bulgular:

Mortalite gözlenmedi. Bir hastada uzun mekanik ventilasyon ve trakeostomi gerekti. Bir hastada kısa süreli periton dializi yapıldı. Olgular sırasıyla postoperatif 57, 18 ,8 ve 13. gün taburcu edildi. Taburcu sonrası 1 ay sonra yapılan ekokardiyografi kontrollerinde pulmoner venöz dönüşlerin sorunsuz olduğu tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Mikst tip TAPVD, çok farklı anatomik formlarda karşımıza çıkabilmekte ve hastaya spesifik cerrahi planlama yapılması gerekebilmektedir. Preoperatif BT anjiyografi bu planlamanın yapılması, başarılı cerrahi sonuçların alınmasına yardımcıdır.

DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLI PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA PATENT DUCTUS ARTERİOZUS LİGASYONU

ÖZGÜR ERSOY ¹, RAMAZAN ÖZDEMİR ², ZEKİ TEMİZTÜRK ¹, ÖMER ULULAR ¹,
ÖMER ERDEVE ², NAHİDE ALTUĞ ², UĞURSAY KIZILTEPE ¹

¹ *DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

² *DR. ZEKAI TAHİR BURAK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Amaç:

Patent ductus arteriozus gestasyonel yaştan ve doğum ağırlığının düşük olmasıyla birlikte görülme sıklığı artan, soldan sağa şanta, diastolik kaçış ve retrograd akıma yol açan, prematüre bebeklerde ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olabilen bir patolojidir. Tedavide gecikilmesi durumunda pulmoner enfeksiyonlar, sepsis, nekrotizan enterokolit ve multiorgan yetmezliği nedeniyle hastanın kaybına yol açabilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2010 ile Aralık 2011 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A. Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği tarafından Dr. Zekai Tahir Burak E.A. Hastanesi Yenidoğan Ünitesinde ameliyat edilen 14 hasta çalışmaya dahil edildi. İndometazin ve konjestif kalp yetmezliği tedavisine cevap vermeyen hastalara cerrahi tedavi uygulandı. Hastalara sol minitorakotomi (1.5-2 cm) ile medyum vasküler klip kullanılarak PDA ligasyonu yapıldı.

Bulgular:

Hastaların ortalama gestasyonel yaşı 26 hafta (21.4-36 hafta) , ortalama doğum kilosu 770 gr (600-1640 gr) idi. Bebeklerin 9 u erkek, 5 i kız idi. Preoperatif dönemde hastaların 4 ünde nekrotizan enterokolit, 2 sinde akut böbrek yetmezliği, 6 sında bronkopulmoner displazi mevcuttu. Hastaların tamamında preoperatif dönemde mekanik ventilasyon ve inotrop desteği ihtiyacı vardı. Operasyonların sonrasında hastalarda PDA dan rezidü geçiş olmadığı görüldü. İntraoperatif ve erken postoperatif dönemde (ilk 2 hafta) mortalite görülmedi. Hastaların 4 ü sepsis ve perfore nekrotizan enterokolit nedeni ile geç dönemde kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Prematüre düşük ağırlıklı yenidoğanlarda PDA nın erken ligasyonu morbidite ve mortalitesi düşük bir girişim olup, tedavide gecikilmesi durumunda görülebilecek mortal komplikasyonların önlenmesi için hayati öneme sahiptir.

ARTERİYEL SWITCH OPERASYONUNDA MORTALİTE VE MORBİDİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER: KLİNİĞİMİZDE UYGULANAN İLK 40 OLGUNUN ANALİZİ

ÖZGEN ILGAZ KOÇYİĞİT, ERSİN EREK, İSMİHAN SELEN ONAN, SERTAÇ HAYDİN, KÜRŞAD ÖZ, İSMİHAN SELEN ONAN, ONUR ŞEN, BURAK ERSOY, ERKUT ÖZTÜRK, ENDER ÖDEMİŞ, FATMA BANU BİNBAŞ, MÜZEYYEN İYİĞÜN, MEHMET YENİTERZİ, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Arteriyel switch operasyonu (ASO) büyük arterlerin transpozisyonu anomalisinde tercih edilen anatomik düzeltme yöntemidir. Bu çalışmada, kliniğimizde uygulanan ardışık 40 ASO' nun sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Kasım 2010 – Ocak 2012 tarihleri arasında ASO uygulanan ardışık 40 hasta, retrospektif olarak incelendi. Hastaların 26'sı erkek (%65), 14'ü kız (%35) idi. Yaşları 3 ile 150 gün arasında (median:10,5 gün) değişmekteydi. Beş hastaya (%12,5) preoperatif balon atrial sptostomi uygulandı, 27 hasta (%67,5) PGE1 infüzyonu ile operasyona alındı. Oniki hastada (%30) preoperatif mekanik ventilasyon ihtiyacı oldu. İlave anomali olarak 15 hastada (%37,5) ventriküler septal defekt (VSD), 12 hastada(%30) koroner anomali, 1 hastada arkus hipoplazisi mevcuttu. Hastalar orta dereceli kardiyopulmoner bypass (KPB) altında opere edildiler. KPB ve aort klemp süreleri sırasıyla 110-547 dk (median: 211dk) ve 89-290 dk(median:125 dk) idi. 28 hasta (%70) sternumu açık olarak yoğun bakıma alındı.

Bulgular:

Postoperatif erken dönemde 6 hasta (%15) (Düşük kalp debisi: 3; intrakranial kanama:1; sepsis: 2) kaybedildi. Hastaların mekanik ventilasyon süreleri 1-30 gün(median:7 gün) arasında idi. Onsekiz hastada uzamış mekanik ventilasyon (> 7 gün) gerekti. İki hastada periton dializi ihtiyacı oldu. Toplam 7 hastada (% 17,5) hastane enfeksiyonu (ventilatör ilişkili pnömoni, primer bakteriyemi, nosokomial pnömoni, cerrahi saha enfeksiyonu) gelişti. Yoğun bakım ve hastane kalış süreleri sırasıyla median 10 ve 15 gündü. İlave anomali bulunmasının (koroner anomali ve VSD) mortaliteyi anlamlı ölçüde artırmadığı, ancak preoperatif mekanik ventilasyon, <3000 gr vücut ağırlığı ve >200 dk KPB süresi olmasının mortaliteyi artırdığı (p:0,033; p:0,00005; p:0,02) bulundu. Kontrol ekokardiyografilerinde 4 hastada neopulmoner hafif stenoz dışında anlamlı sorun saptanmadı. Takiplerde 1 hastada nativ koarktasyon ve arkus rekonstrüksiyonu yapılan

hastada da rekoarktasyon görüldü. İki hastaya da balon anjioplasti uygulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Yeni başlatılmış bir çocuk kalp cerrahisi programına sahip kliniğimizde, ASO kabul edilebilir bir mortalite ve morbidite ile gerçekleştirilmiştir. Mortaliteyi etkileyen en önemli faktörler, cerrahi öncesi düşük vücut ağırlığı ve preoperatif mekanik ventilasyon ihtiyacı olarak görülmektedir.

SB 16

YENİ KUŞAK HÜCREDEN ARINDIRILMIŞ BİYOLOJİK KAPAĞIN SAĞ VENTRİKÜL ÇIKIŞ YOLUNDA KULLANIMI-DENEYİMİMİZ

SÜLEYMAN ÖZKAN, ECE SALİHOĞLU, SALİH ÖZÇOBANOĞLU, ALPAY ÇELİKER

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Günümüzde ideal kondüit arayışı halen devam etmektedir; bu amaçla doku mühendisleri tarafından hücreden arındırılmış biyolojik kondüitler geliştirilmiştir. Kliniğimizde değişik patolojiler nedeni ile opere edilmiş hastalarda kullandığımız yeni kuşak hücreden arındırılmış pulmoner kapaklı kondüitlerin erken dönem sonuçlarını sunduk.

Gereç ve Yöntem:

Ekim 2010 -2011 tarihleri arasında 21 hastaya (ortanca yaş 60 ay,7 ay-29 yıl aralığında) hücreden arındırılmış biyolojik kapalı kondüit yerleştirildi. Hastaların 15ine Rastelli tipi tamir, geriye kalan hastalardan 2 sine Ross , 2 hasta VSD ve pulmoner atrezi, 1 hasta trunkus arteriosus tanıları ile düzeltici cerrahi uygulandı. Bir hasta ise pulmoner kondüit değişimi için opere edildi.

Bulgular:

Kondüitlerin çapı 15-21 arasında değişmekteydi (ortanca17 mm).Hastalar ortalama $8,5\pm4,4$ ay süre ile takip edildi, mortalite olmadı. Bir hastada kanama olması dışında kapağa bağlı sorunla karşılaşılmadı. Kontrol eko incelemesinde pulmoner arter dallarına genişletme uygulanmış bir hastada burada 20 mmHg basınç gradyenti tespit edildi, diğer hastalarda konduit gradyenti tespit edilmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Yeni kuşak hücreden arındırılmış pulmoner kondüitin erken dönem sonuçları tatminkar görünmektedir.Bu kondüitin pulmonik pozisyonda dejenerasyona dayanıklılık ve büyüme potansiyelleri nedeni ile homogreftlere alternatif olabileceğini düşünmekteyiz.

COR TRIATRIATUM: 12 HASTANIN OPERASYON SONUÇLARI

ÖZGÜR YILDIRIM, CAN YEREBAKAN, ARDA ÖZYÜKSEL, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN, MEHMET SALİH BİLAL

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Cor triatriatum nadir görülen bir konjenital kalp hastalığıdır. Amacımız Kasım 2000 ile Temmuz 2011 tarihleri arasında cor triatriatum tanısıyla aynı cerrah tarafından ameliyat edilen hastalarımızın ameliyat sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Retrospektif değerlendirmede 12 hasta analiz edilmiştir. Hastaların ortalama yaşları 18 ± 22 aydır (6 kadın hasta). Preoperatif dönemde ekokardiyografik değerlendirmede hastaların tamamında suprasistemik veya sistemik pulmoner arter basıncı mevcuttu.

Cor triatriatum 7 yaşındaki bir hasta dışında tüm hastalarda kariyopulmoner bypass ve aort kros klemp kullanılarak transseptal yolla düzeltilmiştir. Cor triatriatuma eşlik eden atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, patent duktus arteriosus ve pulmoner venöz dönüş anomalileri gibi anomaliler eş zamanlı olarak düzeltilmiştir.

Bulgular:

Bu grupta erken postoperatif dönemde mortalite gözlenmemiştir. Hastalardan bir tanesi postoperatif 34. günde yaygın pnömoni ve sepsis tanısıyla kaybedilmiştir. Ortalama 30 ay sonra yapılan ekokardiyografide hiçbir hastada sol atrium içi darlık veya girişim gerektirecek bir bulguya rastlanmamıştır. Olguların tamamında pulmoner arter basıncı gerilemiş ve pulmoner hipertansiyon ortadan kalkmıştır. Hastaların hepsi günümüze kadar mortalite olmaksızın iyi genel durumda bulunmaktadır.

Tartışma ve Sonuç:

Cor triatriatum değişik yaşta çocuklarda ve eşlik edebilecek diğer patolojilerle birlikte cerrahi olarak çok iyi sonuçlarla tedavisi mümkün olan bir konjenital anomalidir.

COR TRIATRIATUM: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ALPER GÜRSU, BİRGÜL VARAN, KÜRŞAT TOKEL, İLKAY ERDOĞAN, AYLAK OKTAY,
MURAT ÖZKAN, SAİT AŞLAMACI

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Bu çalışma ile Cor Triatriatum(CT) tanılı olgularla ilgili bilgileri analiz etmek, hangi semptomlarla ortaya çıkabileceğini ortaya koymak, tanı yöntemini değerlendirmek, eşlik edebilen diğer kardiyak anomalileri ve sonuçları belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde 1996-2011 yılları arasında CT tanısı konulmuş olan hastalar ve hastalarla ilgili kayıtlar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Kliniğimizde 1996-2011 yılları arasında 21 hastaya (13 kız, 9 erkek) cor triatriatum sinistrum tanısı konuldu. Tanı anında yaş aralığı 7 gün ile 57 yaş idi. Hastaların büyük kısmında (%88) ek kardiyak defekt bulunmaktaydı. En sık eşlik eden kardiyak defektler atriyal septal defekt (%40.7), ventriküler septal defekt (%22) ve total pulmoner venöz dönüş anomali (TPVDA) (%18.5) idi. Yirmibir hastadan 5'inde fibromüsküler zara bağlı restriksiyon vardı, Yirmibir hastadan 7'si (%33) eksitus oldu. Onbir hastaya eşlik eden kardiyak defektle birlikte CT tamiri yapıldı. **3 hasta ameliyatsız izlendi.** Opere olan hastalardan aynı zamanda TPVDA olan biri eksitus oldu. Tanı anında en sık görülen klinik semptom ve bulgular; alt solunum yolu enfeksiyonları, çabuk yorulma ve nefes darlığı idi. Onaltı olguya ekokardiyografi aracılığı ile diğerlerine ise kateterizasyon sırasında veya intraoperatif olarak tanı konuldu.

Tartışma ve Sonuç:

Cor triatriatum semptom ve bulguları geniş bir yelpaze gösterir. Önemli restriksiyon gösteren hastalarda tanı gecikirse mortalite oranı yüksek olup cerrahi sonuçları yüz güldürücüdür.

GİRİŞİMSEL – İNVAZİV SÖZEL BİLDİRİLER

PERKUTAN PULMONER KAPAK IMPLANTASYONU: ERKEN VE ORTA DÖNEM SONUÇLARIMIZ

ENDER ÖDEMİŞ, ALPER GÜZELTAŞ, MEKİ BİLİCİ, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Sağ ventrikül çıkış yolu lezyonlarına sahip bazı kompleks doğuştan kalp hastalıkları konduit ile tedavi edilmelidir. Konduitlerin hepsi uzun ömürlü değildir ve kapak dejenerasyonu ya da kireçlenmesi nedeniyle işlevsiz hale gelirler. Bu nedenle, konduite sahip olan hastalara hayat boyu bir kaç defa açık kalp ameliyatı ile konduit değiştirilmesi gerekir. Konduit değiştirme ameliyatları ülkemiz de dahil olmak üzere tüm dünya ülkelerinde hala yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir. Bu nedenle son yıllarda transkateter tedavi seçenekleri ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada, perkutan pulmoner kapak implantasyonu işlemi yapılan olgularımız sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya, Ekim 2010 ve Şubat 2012 tarihleri arasında perkutan pulmoner kapak implantasyonu işlemi yapılan hastalar alındı. Hastaların konduit özellikleri gözden geçirildi. Demografik, ekokardiyografik ve hemodinamik verilerin yanı sıra hastaların klinik durumları perkutan pulmoner kapak implantasyonu işleminden önce ve sonra değerlendirildi.

	Tanı	Konduit yaşı (yıl)	Konduit tipi	Konduit ölçüsü	Pulmoner kapak
1	C-TGA (Double switch)	13	Freestyle	19	26 mm Edwards Saphien
2	VSD-PA	12	Freestyle	21	23mm Edwards Saphien
3	VSD-PA	20	Gore-Tex	19	23mm Edwards Saphien
4	DORV-PS	14	Gore-Tex	22	26mm Edwards Saphien
5	TGA-VSD -PS(Rastelli)	10	Kontegra	22	23mm Edwards Saphien
6	Fallot tetralojisi	--	Transanuler yama	--	26mm Edwards Saphien
7	Fallot tetralojisi+Koronar anomali	10	Hemashield	14	18mm Melody

Bulgular:

Yedi olguda pulmoner kapak yerleştirme işlemi uygulandı. Altı hastada Edwards Saphien ve 1 hastada Melody kapak kullanıldı. İki hastada önemli darlık, iki hastada önemli yetersizlik ve diğer üç hastada darlık ve yetersizliğin birlikte olması perkutan pulmoner kapak implantasyonu endikasyonu oluşturuyordu. İşlem ile ilişkili ölüm gözlenmedi. Darlık, darlık ve yetersizliği birlikte olan hastalarda sağ ventrikül basıncı ve konduit gradiyenti başarı ile azaltıldı. Pulmoner kapak yetersizliği, perkutan pulmoner

kapak implantasyonu işleminden sonra tüm hastalarda ortadan kayboldu. Hastaların hepsi işlemden 48 saat sonra taburcu edildi. Major komplikasyon görülmedi. Hastalar 1 ay ve 1 yıl boyunca takip edildi ve hiç bir hastada kapak fonksiyon bozukluğu, stent kırığı ya da tekrar daralma izlenmedi.

Hemodinamik Veriler				
	İşlem Öncesi	İşlem sonrası	P değeri	
Sağ ventrikül basıncı (sistolik)	72,4 ± 26,73	43,6 ± 17	<0,001	
Pulmoner arter basıncı (sistolik)	36,4 ± 18,64	37,8 ± 19,56	>0,05	
RV-PA basınç gradiyenti	36 ± 25,27	6,4 ± 3,5	<0,001	
Aort basıncı(sistolik)	113,6 ± 4,77	110,66 ± 5,71	>0,05	
RV/Ao basınç oranı	0,63 ± 0,21	0,39 ± 0,14	<0,001	
Pulmoner yetersizlik	2,2 ± 2,04	0	<0,001	

Tartışma ve Sonuç:

Bizim hastalarımızda, işlemle ilişkili ve perkutan pulmoner kapak implantasyonu kısa dönem sonuçları ümit vericidir. Perkutan pulmoner kapak implantasyonu işlemi, cerrahi olarak konduit değiştirmeye iyi bir alternatiftir. Pulmoner bölgesinde konduit fonksiyon bozukluğu olan her hasta, perkutan pulmoner kapak implantasyonu işlemine aday olarak değerlendirilmelidir.

SB 20

SEMPATOMATİK 6' KG ALTINDAKİ BEBEKLERDE TRANSKATETER YÖNTEMLE PDA KAPATILMASI SONUÇLARI

AHMET ÇELEBİ, REYHAN DEDEOĞLU, HALİL DEMİR, ABDULLAH ERDEM, İLKER KEMAL YÜCEL, FADLİ DEMİR, TÜRKAY SARITAŞ

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Çocuklarda transkateter patent duktus arteriyozus (PDA) kapatılması standart bir işlemdir. Ancak belli kilo ve ayın altındaki bebeklerde işlemin gerçekleştirilmesi periferik

pulmoner stenoz, aort koarktasyonu gibi olası sorunlara yol açması nedeniyle tavsiye edilmemektedir. Bu çalışma ile semptomatik ve düşük ağırlıklı (< 6kg) infantlarda dukt okluder ve kontrollü salınımlı koil kullanılarak transkateter yöntemle kapatılan PDA'larla ilgili deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Belirgin kalp yetersizliği semptomları ve gelişme gerileği bulguları olan 6 kg altındaki PDA'lı olgular çalışma gurubunu oluşturdu. Diğer olgularda olduğu gibi lateral ve sağ oblik pozisyonlarda enjeksiyonlar yapılarak PDA görüntülendi. Pulmoner arter tarafındaki endar PDA'çapından 1-2 mm büyük dukt okluder, 1.5-2 katı çapındaki kontrollü salınımlı koil çapı seçilerek işlemler gerçekleştirildi. İmplantasyon sonrası lateral pozisyonunda koarktasyon görünümünün olup olmadığı kraniyal pozisyonlarda da pulmoner stenoz görüntüsünün olup olmadığı değerlendirildi. Asendan aorta, desendan aorta arasında ve sol pulmoner arter, ana pulmoner arter arasında çekiş yapılarak basınç farklarına bakıldı. Anatomik pozisyona ve gradiyentlere göre device repozisyonları gerçekleştirildi.

Bulgular:

Kliniğimizde Haziran 2005 ile Aralık 2011 tarihleri arasında 6 kg altında toplam 29 hastada işlem gerçekleştirildi. Olguların yaşları ortalama 6.6 ± 2.3 (2-13) ay, ortalama kiloları 5.1 ± 0.68 (3.7-6) kg idi. En dar PDA çapı 4.5 ± 1.8 (2.5-9) mm bulundu. Olgularda kullanılan cihazlar; 4 adet 4x6, 10 adet 6x8, 6 adet 8x10, 1 adet 10x12, 1 adet Duct okluder II (5X4), 3 adet 6.5x5, 2 adet 8X5, 2 adet 5x5 kontrollü salınımlı koil kullanıldı. Tüm olgular göz önüne alındığında salonda tam oklüzyon oranı % 86 (25/29), ertesi gün ekokardiyografik kontrolde %93(27/29) bulundu. Hastaların ortalama 45 ± 27 (3-81) ay süre ile takiplerinde ekokardiyografik incelme ile anlamlı periferik pulmoner stenoz ve aort koarktasyonu saptanmadı. Bu olguların 3. ve 6. ay izlemlerinde anlamlı kilo artışı olduğu saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Altı kilo altındaki semptomatik bebeklerde işlem özelliklerine dikkat edilerek PDA kapatılması etkili ve güvenli bir tedavi şeklidir. İşlem sonrasında olguların daha hızlı kilo aldıkları gözlenmektedir.

İNTAKT VENTRİKÜLER SEPTUMLU PULMONER ATREZİLERDE TRANSKATETER TEDAVİLERİN ERKEN VE ORTA DÖNEM SONUÇLARI

ENDER ÖDEMİŞ, ALPER GÜZELTAŞ, İSA ÖZYILMAZ, MEKİ BİLİCİ, CANSARAN TANIDIR, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

İntakt ventriküler septumlu pulmoner atrezi (IVS-PA) geniş spektrumda değişken sağ ventrikül morfolojisi ile karşımıza çıkmaktadır. Patent duktus arteryozusa stent yerleştirme, atretik kapağın delinmesi ve balon dilatasyonu kliniğimizde giderek artan sıklıkta kullanılan perkütan tekniklerdir. Bu girişimlerin kısa yoğun bakımda ve hastanede kalış süreleri sağlaması gibi cerrahi tedaviye göre bazı avantajları vardır. Primer girişimsel yaklaşımın temel amacı cerrahi tedaviden kaçınmaktır. Ancak, IVS-PA' li hastaların sağ ventrikül büyümeleri yeterli olmadığı için cerrahi tedavinin yapılması gerekir. Bu nedenle, ilk perkütan tedavi başarıları hala tartışmalıdır. Bu yazıda, ilk morfolojiye göre girişimsel tedavinin nihai etkisini araştırmak amacıyla kliniğimizdeki perkütan yaklaşımın erken ve orta dönem sonuçları sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Mayıs 2010 ve kasım 2011 tarihleri arasında yenidoğan 17 hastaya transkateter girişim uygulandı. Girişim öncesi tüm hastaların sağ ventrikül boyutu, triküspit kapak morfolojisi ve koroner sinüzoid varlığı açısından ekokardiyografileri detaylı olarak incelendi. Hastaların 9 tanesi erkek, 8 tanesi kız idi. Ortalama yaş $12,7 \pm 12,1$ gün ve ağırlığı $3,2 \pm 0,9$ kg idi. Hastaların özellikleri ve girişim öncesi ekokardiyografi bulguları Tablo 1' de özetlenmiştir.

Tablo 1

Hasta bilgileri	
Yaş (gün)	12,7 ± 12,1
Cinsiyet (E/K)	9/8
Ağırlık (kg)	3,2 ± 0,9 (2,2-4,7)
Sağ ventrikül boyutları	
Monopartiate	3
Bipartiate	11
Tripartiate	3
Koroner sinüzoid (yok/var)	7/10
Ebstein malformasyonu(yok/var)	15/2

Bulgular:

İşleme bağlı iki hasta kaybedildi. Ortalama izlem süresi $6,9 \pm 5,2$ ay (2-19 ay) idi. Ortalama yoğun bakımda kalış süresi $2 \pm 1,8$ gün idi. IVS-PA' li hastalardan bir tanesinde pulmoner kapak perforasyonu sonrasında biventriküler fizyoloji elde edildi. Üç hasta herhangi bir tekrar girişim veya ameliyat yapılmadan izlendi. On yedi hastanın 14' ünde 6 ay süre stent ile duktus açık olarak izlendi. Bir hastada (1/13; %7,7) yeniden gelişen stent darlığı nedeniyle 5 aylıkken Glenn ameliyatı yapıldı. Yedi hasta herhangi bir komplikasyon gelişmeden ve tekrar girişim yapılmadan Glenn anostomozu için hala beklemektedir (Tablo 2)

Tablo 2

Hasta bilgileri	Medyan (Aralık)
Yoğun bakımda kalış süresi (gün)	$2,54 \pm 3,3$ (1-11)
Hastanede kalış süresi (gün)	$7,2 \pm 4,2$ (3-23)
Balon dilatasyon+ PDA stent	5
RF ile valvotomi	3
RF+ PDA stent	6
PDA stent	3
Nabız oksimetre saturasyonu	
İşlem öncesi	$70 \pm 6,14$ (60-80)
İşlem sonrası	$89,27 \pm 4,61$ (80-96)
Erken/geç ölüm	2 (%12) / 3(%18)

Tartışma ve Sonuç:

Primer tedavi olarak, IVS-PA' li yenidoğanların transkateter tedavisi güvenli, uygulanabilir ve etkili palyasyon sağlamaktadır. Sağ ventrikül boyutu girişim türünü belirler. Erken dönem sonuçları cerrahi palyasyon ile karşılaştırılabilir. Ancak, şiddetli sağ ventrikül hipoplazisine sahip IVS-PA' li hastalarda başarılı primer perkütan girişimden sonra bile cerrahi olarak yaşam elde edilemez.

ÇOCUKLARDA VE ERİŞKİNLERDE TRANSKATETER ATRİYAL SEPTAL DEFEKT KAPATMA İŞLEMİNİN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: ORTA-UZUN DÖNEM SONUÇLAR

AHMET ÇELEBİ ¹, TÜRKAY SARITAŞ ², ABDULLAH ERDEM ¹, İLKER KEMAL YÜCEL ¹, REYHAN DEDEOĞLU ¹, NURDAN EROL ¹, HALİL DEMİR ¹, FADLİ DEMİR ¹

¹ DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

² BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Transkateter atriyal septal defekt (ASD) kapatmanın sonuçlarına ilişkin çalışmalar kapatma işleminin mükemmel etkinliğinin yanı sıra düşük komplikasyon oranlarını göstermektedir. Bununla beraber işlem detayları ve/veya işlemin sonuçları hastanın yaşı ve kilosu gibi bireysel özelliklerinin yanı sıra, defektin morfolojik özelliklerini, eşlik eden diğer hastalıkları içeren çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Bu çalışma ile transkateter ASD kapatma işleminin çocuklardaki ve erişkinlerdeki farklılıklarının, etkinliklerinin ve sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Temmuz 2004 ile Şubat 2012 yılları arasında transkateter yöntemle ASD kapatma işlemi yapılan 467 olgu (310 çocuk ve 157 erişkin) ele alındı. Temel fizik muayeneleri, prosedür öncesi transözefajial ve/veya transtorasik ekokardiyografi bulguları, anjiokardiyografi bulguları ve takip ekokardiyografi bulguları (işlemden 1 gün, 1 ay, 6 ay, 1 yıl sonra ve daha sonra 1'er yıllık aralar ile) değerlendirildi.

Bulgular:

Ortanca yaş çocuklarda 7 yaş; erişkinlerde 32 yaş idi. ($p < 0.001$). Ortalama ASD çapı çocuklarda 14.7 ± 4.1 mm; erişkinlerde 17.6 ± 5.1 mm iken, kompleks defekt oranı çocuklarda % 23.5; erişkinlerde % 29.2 idi (sırasıyla $p < 0.001$ ve $p: 0.18$). Çocuklarda kapatma işlemi % 72.3 oranında transtorasik ekokardiyografi rehberliğinde yapılırken, erişkinlerde ise bu oran % 42.1 idi ($p < 0.001$). Başarı oranları açısından 2 grup arasında fark saptanmadı (çocuklarda % 98.7; erişkinlerde 97.4 idi. ($p > 0.05$). Skopi süreleri ve işlem süreleri bakımından çocuklar ile erişkinler arasında fark saptanmazken; işleme bağlı komplikasyon oranı her iki grupta benzerdi (sırasıyla % 5.1 ve % 5). Her iki grupta mortalite izlenmedi. Rezidüel şant oranı çocuklarda ve erişkinlerde işlemden hemen sonra sırasıyla % 15 ve % 14.3 iken; ertesi gün sırasıyla % 2.6 ve % 7.2 olarak saptandı. Takipde bu oranlar sırasıyla birinci ayda % 1.9 ve % 4.6, 6. Ayda ise % 0.6 ve % 0.7 oranlarına düştü.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklarda akustik özelliklerin daha uygun olması nedeni ile transtorasik ekokardiyografi ile kapatma oranları daha yüksek bulunurken erişkinlerde total septum çapının daha büyük olması nedeni ile daha büyük ölçüdeki defektlerin kapatılması mümkün olabilmektedir. Sonuç olarak erişkin ve çocuklarda benzer etkinlik ve komplikasyon oranları ile transkateter yöntemle ASD kapatılabilmektedir.

SB 23

AMPLATZER OKLÜDER VE VASKÜLER TIPANIN ÇOCUKLARDA RUTİN DIŞI KULLANIMI

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Girişimsel kalp kateterizasyonunda tıbbi cihazların bazen üretim amacı dışında, rutin olmayan durumlarda kullanılmaları gerekmektedir. Bu çalışmada Amplatzer oklüder ve vasküler tıpların rutin dışı kullanımların sıklık ve nedenleri araştırılmıştır

Gereç ve Yöntem:

Çocuk kardiyoloji anjio laboratuvarında üretim amacı dışında kullanılan oklüder ve vasküler tıpa cihazları değerlendirilmiştir. Veriler hasta dosyaları ve anjio kayıtlarından toplanmıştır.

Bulgular:

Amplatzer cihazları kullanılarak 442 hastaya işlem yapılmıştır. Hastaların ortalama yaşları 5.87 ± 4.2 yıl (1 ay -17 yıl) ve ağırlıkları 20.94 ± 13.73 (2-87) kg olarak ölçülmüştür. Rutin amaçlı cihaz sayısı 428 hasta (%96.8) iken rutin olmayan amaçlı cihaz 14 (%3.2) hastada kullanılmıştır. Off-label endikasyon ve kullanılan cihazlar sırasıyla; 1)AVP I ve IV (3 hastada koroner fistül kapatılması, bir hastada sol ventrikül psödoanevrizma kapatılması, bir hastada atipik PDA kapatılması, bir hastada anormal pulmoner venöz drenajın kapatılması), 2) ADO I ve II (üç hastada müsküler VSD, bir hastada perimembranöz VSD kapatılması), 3) Amplatzer müsküler VSD oklüder (iki pulmoner hipertansif hastada çok geniş PDA kapatılması, bir hastada RPA-LA bağlantısı kapatılması), 4) ASO (bir hastada geniş aortopulmoner pencere kapatılması) şeklindedir. Cihazlar off-label olarak sıra dışı, zor veya aşırı farklılık gösteren vakalarda kullanılmıştır

Tartışma ve Sonuç:

Tıbbi cihazların üretim amacı ile kullanımları off-label olarak tanımlanır. Çocuk kardiyolojide rutin dışı bu cihazların kullanımı azımsanmayacak düzeydedir. Rutin dışı Amplatzer cihazların kullanımı, çalışmanın da gösterdiği şekilde güvenli ve yüksek oranda etkindir..

SB 24

İZOLE VEYA KONJENİTAL PATOLOJİLERE EŞLİK EDEN KORONER FİSTÜLLERİN FARKLI CİHAZLARLA TRANSKATETER YOLLA KAPATILMASI

AHMET ÇELEBİ, İLKER KEMAL YÜCEL, ABDULLAH ERDEM, REYHAN DEDEOĞLU, HALİL DEMİR, FADLİ DEMİR, CELAL AKDENİZ, TÜRKAY SARITAŞ

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

İzole veya diğer konjenital kalp hastalıklarına eşlik eden koroner arter fistülleri çok küçük olup asemptomatik olabilecekleri gibi kalp yetersizliğine yol açabilecek kadar geniş olabilirler. Zamanla bu fistüller “koroner steal” ve sonucunda myokardiyal iskemiye, aritmiye ayrıca endarterit, erken ateroskleroz, tromboz gibi komplikasyonlara yol açabilirler. Son yıllarda farklı oklüzyon cihazları kullanılarak bu fistüllerin transkateter yolla kapatılması gündeme gelmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ekokardiyografik olarak tanı konulan koroner kameral fistüller anjiyografik değerlendirmeye alınarak koil veya cihaz yerleştirme işlemi için kateter yerleştirilebilecek olanlarında kapatma kararı alındı. Anjiyografik görüntülemeye çok küçük olanlarında doğrudan ve küçük olup taşıma sistemin yerleştirilmesinin mümkün olmadığı vakalar izleme alındı.

Bulgular:

Kliniğimizde Mayıs 2006 ile Aralık 2011 yılları arasında toplam 15 hastaya koroner kameral fistül ön tanısı ile anjiyografi yapıldı. Olguların medyan yaşı 9 (3-55) yaş idi. Üç olguda fistül çok küçük olduğundan bir olguda da kateter yerleştirilemediğinden kapatma işleminden vaz geçildi. Fistülü kapatılan on hastanın fistülleri dördünde sağ koroner arterden dördünde sol ana koroner arter sistemden, bir olguda sol anterior desendan arterden bir olguda ise ilginç şekilde iki koroner arterden

köken almakta idi. Üç yaşındaki bir olgu daha önce Glenn operasyonu ve valvotomi yapılmış ve fistülü cerrahi olarak müdahale edilmiş intakt ventriküler septumlu pulmoner atrezili, bir diğer olgu ise 39 yaşında myokard fonksiyonları belirgin olarak bozulmuş ventriküler septal defekt pulmoner atrezi tanılı idi. Bir olguda iki adet duct okluder olmak üzere iki olgu duct okluder kullanılarak, 5 olgu vasküler plug kullanılarak üç olguda koil kullanılarak kapatıldı. Hiçbir hastada işlem sırasında ve ilk 48 saat içinde bir komplikasyon gözlenmezken iki ayrı sistemden beslenen fistüle sahip hasta 3. günde ani gelişen ventriküler fibrilasyon atağı sonrası kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

İzole veya farklı patolojilerle birliktelik gösteren koroner kameral fistüllerin transkateter yöntemle uygun cihazlarla kapatılması etkili ve güvenli bir yöntemdir.

SB 25

TRANSKATETER YÖNTEMLE FARKLI CİHAZLAR KULLANILARAK KAPATILAN PERİMEMBRANÖZ VENTRİKÜLER SEPTAL DEFİKTLERİN ORTA DÖNEM TAKİP SONUÇLARI

AHMET CELEBİ, ABDULLAH ERDEM, TÜRKAY SARITAŞ, HALİL DEMİR, REYHAN DEDEOĞLU, İLKER KEMAL YÜCEL, FADLİ DEMİR

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Amplatzer perimembranöz ventriküler septal defekt (PMVSD) okluder özellikle perimembranöz defektlerin kapatılması için geliştirilmiş bir cihazdır. Ancak yerleşim yeri, rim özellikleri, anevrizmatik yapısı dikkate alınarak farklı cihazlarla da bu defektler kapatılabilmektedir. Bu çalışma ile farklı cihazlar kullanarak kapattığımız PMVSD' lerin orta dönem takip sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2007 ile Kasım 2011 tarihleri arasında kliniğimizde transkateter yoldan kapatma girişimi yapılan PMVSD'li 55 olgu irdelendi. Ekokardiyografik incelemede VSD'si geniş olup sol kalp boşluklarında genişleme ve hemodinamik çalışmada $Q_p/Q_s > 1,5$ bulunan ve/veya reversible pulmoner hipertansiyonu olguların defektleri kapatıldı. Perimembranöz VSD'lerde anevrizma yok ise cihazın sol diski septumun sol tarafına veya anevrizma var ise AV blok riskini azaltmak amacı ile anevrizma içine yerleştirildi.

Bulgular:

Kapatma işlemi için alınan PMVSD'li 55 olgunun 50'sinde (% 91) kapatma işlemi başarı ile gerçekleştirildi. Olgularda median yaş 6 yıl (1.1-50 yıl), ortalama izlem süresi 34.7 ± 16.9 (3-59) ay ve ortalama Qp/Qs oranı 1.99 ± 0.62 idi. Ortalama VSD çapı $9.8 \text{ mm} \pm 3.7$ (3.5-20 mm) idi. Olguların 17'sinde membranöz VSD cihazı, 18'ünde muskuler VSD cihazı, 6'sında Nitt-occluder, 7 sinde Duct occluder, bir detachale coil, bir adet duct occluder II kullanıldı. İşlem sonrası tam oklüzyon oranı % 54 (50/29), ertesi gün % 70(50/35), altıncı ay kontrolünde ise % 74 (50/37) idi. İki hastada geçici AV tam blok, bir hastada hemoliz oluşması dışında major komplikasyon görülmedi. Orta derecede TY ile birlikte residü şanti olan bir olgu işlem sonrası opeasyona verildi. İzlem esnasında iki hastada yeni ortaya çıkan minimal aort yetersizliği saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Seçilmiş hastalarda farklı cihazlar PMVSD kapatılması güvenli ve etkilidir. Perimembranöz VSD'lerde cihazın anevrizma içine yerleştirilmesi rezidü şant oranını artırmakla beraber, en korkulan komplikasyon olan AV blok riskini azaltacağını düşündürmektedir

SB 26

VENTRİKÜLER SEPTAL DEFECTİN FARKLI CİHAZLAR KULLANILARAK TRANSKATETER KAPATILMASININ KISA VE ORTA DÖNEM SONUÇLARI: TEK MERKEZ

NAZMİ NARİN, ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, SADETTİN SEZER, SERTAÇ HANEDAN ONAN, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Küçük ventriküler septal defekt (VSD), asemptomatiktir ve takipte spontan olarak kapanabilir. Büyük VSD'ler ise ventrikül dilatasyonu, ventrikül disfonksiyonu, pulmoner hipertansiyon, endokardit ve aritmi nedeni olabileceğinden, bu komplikasyonların önlenmesi için cerrahi ya da transkateter yöntem ile kapatılması gerekir. Bu çalışma ile merkezimizde transkateter yöntem ile kapattığımız VSD'li olguların kısa ve orta dönem sonuçlarını sunmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Eylül 2006 ile Mart 2012 tarihleri arasında transkater VSD kapatma işlemine alınan 37 hastanın analizi yapıldı. Transkater kapatma için hemodimamik önemi olan VSD'ler kabul edilirdi. Dışlama kriterleri ise: hastanın 8 kg altında ve 3 yaşın altında olması, aortik rimin 2 mm'nin altında olması, şantın sağdan sola dönmesi, eşlik eden infeksiyon bulgularının olduğu durumlar olarak belirlendi.

Bulgular:

VSD' li 37 hastaya (29 'u perimembranöz (pmVSD), 8'i musküler) transkateter kapatma işlemi uygulandı. 23 erkek'ü erkek ve ortalama yaşları 7 (3-19) yaş, ortalama vücut ağırlığı 22 kg (13-87) idi. Transözefagiyal ekokardiyografi ve floroskopi ile VSD end diastolik çapı 2,5-8 mm (ortalama $4,4 \pm 0,2$) ölçüldü. Hemodinamik çalışmada Qp/Qs 1,4-5,3 (ortalama $2 \pm 0,2$) ve pulmoner arter ortalama basıncı 12 - 43 mmHg (ortalama $20 \pm 1,1$) saptandı. VSD kapama için 27 olguda membranöz Amplatzer VSD occluder, 6 olguda musküler VSD Amplatzer occluder ve 4 olguda patent ductus arteriosus Amplatzer occluder-I kullanıldı.

37 transkateter kapatma girişiminden 35'i (%95) başarılı oldu. Bir olguda kateter ile VSD geçilmeye çalışıldığında geçici atrioventriküler blok (AVB) gelişmesi üzerine işlem son verildi. Diğer olguda ise cihaz defekte konuşlandırılmadı. İşlem sırasında önemli komplikasyon görülmedi. İzlemde hiçbir hastamızda işlem ilişkili kapak yetersizliği gelişmedi. Ekokardiyografi ile takipte cihaz üzerinde rezidü şant izlenmedi. Ortalama izlem süremiz olan 39 ay süresince ek ritim problemi ile karşılaşmadık.

Bir hastamızda (%2,7) işlemden 5 gün sonra tam AVB gelişti. Diğer bir hastada (%2,7) işlemden 24 saat sonra muhtemel anevrizma rüptürüne bağlı beyin kanaması gelişti. Her iki hasta destek tedavilerine rağmen kaybedildi. Bu komplikasyonlardan sonra transkateter pmVSD kapattığımız olgulara rutin olarak 3 gün prednizolon uygulamasına başladık. Bu oranlar literatürde daha önce bildirilen serilerdeki, komplikasyon oranlarıyla uyumluydu.

Tartışma ve Sonuç:

VSD'nin transkateter kapatılması cerrahiye alternatif ve oldukça etkili bir yöntemdir. Özellikle pmVSD olgularında AVB gelişimi riski vardır. 3 yaş altında ve 8 kg'dan düşük ağırlığı olan çocuklarda bu risk daha fazladır. Uygun olan iyi seçilmiş hastalarda, komplikasyon için gerekli tedbirler alındığında bu işlem VSD tamirinde ideal bir yöntem olarak uygulanabilir.

TRANSKATETER YOLLA VSD KAPATTIĞIMIZ HASTALARDA RİTM VE İLETİM DEĞİŞİKLİKLERİ: ERKEN VE ORTA DÖNEM EKG VE HOLTER İZLEMLERİ

SEVCAN ERDEM, NAZAN ÖZBARLAS, ABDİ BOZKURT, ALEV KIZILTAŞ,
OSMAN KÜÇÜKOSMANOĞLU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ADANA

Amaç:

Anatomik yerleşimine ve komşu kardiyak yapılarla ilişkilerine göre ventriküler septal defektler (VSD) transkateter yolla kapatılabilmektedir. Ancak özellikle membranöz yerleşimli defektlerde EKG değişiklikleri, çeşitli derecelerde AV bloklar görülebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Transkateter yolla VSD'lerini kapadığımız hastaların erken ve orta dönemde gelişen EKG değişiklikleri ve bu hastaların yönetimi retrospektif olarak incelendi

Bulgular:

Transkateter yolla VSD kapatılan 40 hastanın yaş ortalaması 10.7 ± 9.9 (min: 1.3 - maks: 58) yıl bulundu. VSD'lerin 12'si perimembranöz outlet, 14'ü müsküler outlet, 10'u midmüsküler, 2'si müsküler inlet, 2'si müsküler trabeküler yerleşimli idi. Hastaların 14'ünde membranöz, 22'sinde müsküler cihazlar, 4'ünde ADO kullanıldı. İzlemde hastaları 15'sinde (%37,5) major ya da minor EKG değişiklikleri görüldü 3 hastada AV tam blok gelişti; ilk hastada işlemden 5 gün sonra, diğer iki hastada işlem sırasında AV blok görüldü ancak birisinde AV blok intrakardiyak girişimden bağımsız olarak nazofaringeal irritasyona bağlı olarak gelişti. İzlem sırasında 3 hastada sol dal bloğu 2 hastada 2. derece tip II AV blok, bir hastada nodal ritim, 4 hastada supraventriküler ekstrasistol ve/veya ventriküler ekstrasistol görüldü. AV tam blok görülen hastaların ikisine geçici pacemaker yerleştirildi, hepsine steroid tedavisi başlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Transkateter yolla VSD kapatılmasından sonra gelişebilecek ileti bozuklukları yönünden hastalar yakın izlenmelidir. Erken dönemde gelişen değişik derecelerdeki AV ileti bozukluklarının yönetimi ile ilgili fikir birliği yoktur. Transkateter kapatma uygulayan merkezlerin deneyimleri paylaşılarak kapatma sonrası erken dönemde gelişen ileti kusurlarında steroid tedavisinin yeri belirlenmelidir.

NRG-RF TRANSSEPTAL NEEDLE İLE ATRİYAL SEPTAL DEFECT VE FONTAN FENESTRASYONU OLUŞTURULMASI

ALPER AKIN, TEVFİK KARAGÖZ, İLKER ERTUĞRUL, DURSUN ALEHAN, SEMA ÖZER, SÜHEYLA ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Transkateter transseptal defekt veya fontan fenestrasyonu oluşturulması amacıyla yeni bir cihaz olan Baylis NRG-RF transseptal needle ile ilgili deneyimizi sunmayı amaçlıyoruz

Gereç ve Yöntem:

NRG-RF transseptal needle ile ASD oluşturulan 2 hasta ve fontan fenestrasyonu oluşturulan bir hasta sunulmuştur.

Bulgular:

Olgu 1

Glikojen depo hastalığı tip 1a ve pulmoner hipertansiyon (PH) tanılı 14 yaşında erkek hastada kardiyak kateterizasyonda ana pulmoner arter basıncı (APA) 118/48 mmHg ortalama 69 mmHg, Rp 38 U/m² idi. Benzer vakaların oldukça fatal seyretmesi ve senkop nedeniyle ASD oluşturuldu. Transseptal Needle (NRG-71-C1) radyofrekans enerji verilerek defekt oluşturulduktan sonra septostomi bölgesine artan çaplarda balon ile dilatasyon uygulandı. Arteriyel oksijen saturasyonunda (SaO₂) %10 düşüş gözlemlendikten sonra balon dilatasyon sonlandırıldı.

Olgu 2

Transkateter kapatılmış patent duktus arteriyozus ve Eisenmanger sendromu tanılı 12 yaşında kız hastada kardiyak kateterizasyonda APA 106/51 mmHg, ortalama 77 mmHg, Rp 21.5 U/m². Klinik kötüleşme ve senkop nedeniyle ilk hastaya benzer şekilde 6 mm ASD oluşturuldu.

Olgu 3

Triküspid atrezisi tanılı 27 yaşında erkek hastaya lateral tünel fontan konversiyonu yapılarak fenestrasyon açılmış. Fenestrasyonunun kapanması, protein kaybettiren enteropati ve senkop nedeniyle NRG Transseptal Needle ile transkateter fontan fenestrasyonu oluşturuldu. İşlem sonrası 7 mm açıklık oluştu.

Tartışma ve Sonuç:

Pulmoner hipertansiyonda palyatif tedavi amacıyla ASD oluşturulması ve Fontan palyasyonunda fenestrasyon oluşturmak amacıyla NRG-RF Transseptal Needle kullanılması hakkında yeterli veri yoktur. Ancak cihazın bu hastalarda kullanılmasının ponksiyon yerinde kontrol sağlaması nedeniyle faydalı olabileceğini düşünüyoruz

DİSRİTMİ SÖZEL BİLDİRİLER

ÇOCUKLARDA MİNİMAL İNVAZİF YÖNTEM İLE EPİKARDİYAL İMPLANTE EDİLEBİLİR KARDİYOVERTÖR DEFİBRİLATÖR (ICD) YERLEŞTİRİLMESİ

SERTAÇ HAYDİN, MURAT SAYGI, YAKUP ERGÜL, İSA ÖZYILMAZ, ERKUT ÖZTÜRK, CELAL AKDENİZ, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Epikardiyal implante edilebilir kardiyovertör defibrilatör (ICD) hasta yaşının küçük olması, intrakardiyak şant ve venöz yol problemleri varlığında başvurulması gereken bir uygulamadır. En yaygın kullanılan epikardiyal ICD implantasyon tekniği, sternotomi yapılarak epikardiyal yama yerleştirilmesidir. Bu çalışmada minimal invazif yöntem uygulanarak epikardiyal ICD koil implantasyonu yapılan hastalarımızı sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2010 ile Aralık 2011 arasında epikardiyal ICD implante edilen hastalar dahil edildi.

Bulgular:

Toplam 6 hastaya epikardiyal ICD yerleştirildi. Medyan yaş 6,2 yıl (3,8-9,5 yıl) ve ağırlık 15,8 kg (aralık 12-24 kg) idi. ICD endikasyonlarına bakıldığında; 3 hastada uzun QT sendromu ve birer hastada katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi, hipertrofik kardiyomiyopati ve hızlı monomorfik ventriküler taşikardi vardı. Epikardiyal “lead” minimal invazif yöntem ile subksifoid insizyon yapılarak yerleştirildi. ICD koilleri 4 hastada kalbe posterior bölgeden transvers sinüs lokalizasyonuna yerleştirildi. Diğer 2 hastaya ise anterior yaklaşım uygulandı ve sol atriyal apendajın posteriyor epikardiyal bölgesine koiller yerleştirildi. Medyan defibrilasyon eşik değeri (DFT) 10 joule (5-10 joule) idi. En düşük DFT değerleri anterior yaklaşımla koil takılan hastalarda elde edildi (10J vs. 5J). Hastaların ortalama 13 aylık (5-18 ay) takiplerinde 3 hastada uygun ICD şoku gözlemlendi. Uygunsuz ICD şoku gözlenmedi. Bir hastada cerrahi drenaj ve medikal tedavi gerektiren perikardiyal tamponat gelişti. Başka bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Minimal invazif yöntemin uygulandığı epikardiyal ICD implantasyonu çocuklarda etkilidir ve transvenöz yaklaşıma iyi bir alternatiftir.

SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİLİ ÇOCUKLARDA 8-MM UÇLU KRIYOABLASYON KATETERİ İLE TEDAVİ

İBRAHİM C. TANIDIR, CELAL AKDENİZ, YAKUP ERGÜL, HASAN TAHSİN TOLA,
NESLİHAN KIPLAPINAR, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu çalışmanın amacı 8-mm uçlu kriyoablasyon kateterinin çocukluk çağındaki supraventriküler taşikardilerdeki güvenlik ve etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Tüm işlemler EnSite elektroanatomik sistemi (St. Jude Medical Inc, St. Paul, MN) yardımıyla yapılmıştır.

Bulgular:

Temmuz 2010 ile Kasım 2011 tarihleri arasında toplam 33 hastaya (ortalama yaş $12,2 \pm 3,8$) 35 kez 8-mm uçlu kateter ile kriyoablasyon yapıldı. Tüm hastalar değerlendirildiğinde akut başarı oranı $27/33$ (% 82) idi. Hastalardan 18'ine (% 55) 8-mm kateter kullanılmadan önce RF ablasyon kateteri veya 6-mm uçlu kriyoablasyon kateteri kullanılmış ve başarı sağlanamamıştı. Bu hastalarda akut başarı oranı $13/18$ (%72) olarak saptandı. Diğer 15 hastada ise 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ilk tercih olarak kullanılmıştı ve bu hastalarda akut başarı oranı ise $14/15$ (% 93) olarak saptandı. Floroskopi $16/35$ işlemde kullanıldı ve ortalama floroskopi süresi $4,1 \pm 6,6$ dk. (0,1-25 dk) olarak saptandı. Başarı oranları ise sırası ile AVRT'de $19/24$ (% 79), AVNRT'de: $6/6$ (% 100), fokal atrial taşikardide: $1/2$ (% 50), intraatriyal reentran taşikardide $1/1$ (% 100) idi. Ortalama takip süresince ($6,7 \pm 5,1$ ay) $8/27$ (% 30) hastada nüks görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Klasik ablasyon seçeneklerinin başarısız olduğu SVT'li hastalarda, 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ile başarı güvenli bir şekilde sağlanabilmektedir. Bu çalışmadaki nüks oranının nispeten yüksek olması, çalışma grubunun daha önce klasik yöntemlerle başarısız olan ve muhtemelen epikardiyal yerleşimli aritmi substratlara sahip hastaları içermesi ile ilişkili olabilir.

İLACA DİRENÇLİ SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ TANILI YENİDOĞAN VE SÜTÇOCUKLARININ ABLASYON İLE TEDAVİSİ

YAKUP ERGÜL, NESLİHAN KIPLAPINAR, CELAL AKDENİZ, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu çalışmada supraventriküler taşiaritmi (SVT) nedeniyle ablasyon uygulanan 1 yaş altı bebeklerin özellikleri ve tedavi yönetimi sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2010 ile Şubat 2012 arasında SVT tanısıyla başvuran, medikal tedavi ve/veya kardiyoversiyona yanıtız olup sol ventrikül disfonksiyonu gelişmiş bir yaş altı hastalar alındı. Hastaların hepsi yoğun bakım şartlarında izlendi ve genel anestezi altında elektrofizyolojik çalışma-ablasyon uygulandı.

Bulgular:

Toplam 5 hastaya 6 ablasyon işlemi yapıldı. Ortalama yaş 94 gün (12-256), ortalama tartı 5,4 kg (3,5-9) idi. Hastaların 2'sinde PJRT, birinde WPW sendromu ve ikisinde 1:1 geçişli AVRT vardı. Akut başarı oranı %100 idi. L-BAT ve VSD nedeniyle pulmoner bant operasyonu yapılan WPW'lı bir hastada, işlem sonrası birinci haftada nüks gelişti ve ikinci kez ablasyon uygulandı. Diğer 4 hastada yapısal kalp hastalığı yoktu. İki hastada kriyoablasyon, 3 hastada radyofrekans kateter ablasyon ile başarı sağlandı. Dört prosedür elektroanatomik haritalama sistemiyle(EnSite NavX™, St.Jude Medical Inc., St. Paul, MN, USA) yapılırken, diğer iki işlem acil şartlarda floroskopi altında gerçekleştirildi. Ortalama işlem süresi 167,3 dk(100-234) ve floroskopi süresi 8,2 dk(0,7-19,7) idi. Aksesuar yollar, WPW'lı hastada sol posteroseptalde, diğer AVRT'li hastalarda ise sol posterolateral bölgede idi. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Yenidoğan ve sütçocuklarında SVT'nin ilk basamak tedavisi medikaldir. İlaça dirençli olup, sol ventrikül disfonksiyonu ve kardiyomiyopatiye neden olabilecek taşikardilerde ablasyon hayat kurtarıcı olmaktadır ve geciktirilmemelidir.

ÇOCUK VE GENÇ ERİŞKİNLERDE MEKANİK DİLATÖR KILIF YARDIMIYLA PERKÜTAN KARDİYAK ELEKTROT ÇIKARILMASI

TEVFİK KARAGÖZ, H. HAKAN AYKAN, ALPER AKIN, İLKER ERTUĞRUL, E. SEMA ÖZER, DURSUN ALEHAN, SÜHEYLA ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Son birkaç dekatta çocuk ve genç erişkin popülasyonda tranvenöz pacemaker ve ICD implantasyonları önemli ölçüde artış göstermiş, doğal olarak elektrot çıkarılması işlemleride önemli oranda artmıştır. Elektrot disfonksiyonu ve enfeksiyonları başlıca elektrot çıkarma endikasyonlarıdır. Bu yazıda yeni bir yöntem olan ve el gücüyle çalışan; mekanik dilatör kılıf (Evolution mechanical dilator sheath-Cook Medical) yardımıyla kardiyak elektrot çıkarılması deneyimlerimiz sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Kasım 2009 ile Ocak 2012 arasında 9 hastadan toplam 10 kardiyak elektrot çıkarılmıştır. Tüm elektrotlar “Evolution” mekanik dilatör kılıf yardımıyla ve sadece rotasyonel kesme kuvveti uygulanarak çıkarılmıştır.

Bulgular:

Hastaların işlem sırasındaki ortalama yaşları $15,7 \pm 3,3$ (11-23), ortalama elektrot yaşı 6,3 (4-10) yıl idi. Elektrot çıkarma endikasyonları; 6(%66,7) hastada elektrot disfonksiyonu ve 3(%33,3) hastada ise enfeksiyonlardı. Hastaların 7’sinde takılı cihaz pacemaker iken, 2’sinde ICD idi. On elektrottan 8’i sağ ventrikül, 2’si ise atriyal elektrotlardı. Hastaların 5’inden çıkarılan 6 (%60) elektrotta sadece “Evolution” sistemi kullanılarak tam işlem başarısı elde edildi. Bir hastada ek olarak “snaring” işlemi ile başarıya ulaşıldı. İki işlemde ventrikülde kalan <4 cm’lik distal uçlar(1 ve 3 cm) nedeniyle parsiyel işlem başarısı elde edildi. Bir hastada ventrikül içinde kalan distal 8 cm’lik parça nedeniyle işlem başarısız oldu. Bu hastada işlem sonrası ilerleyici olmayan perikardiyal effüzyon görüldü. İşlem Başarısızlığı nedeniyle cerrahiye verilen hastanın operasyon sırasında SVC distal kısmında kendini sınırlayan bir rüptür olduğu kaydedildi. Genel olarak 9 hastanın 8’inde(%88,9) ve 10 elektrotun 9’unda(%90) klinik başarı elde edildi ve hastaların tümü major bir komplikasyon görülmeden taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde çocuk ve gençlerde “Evolution” sistem aracılığıyla mekanik olarak elektrot çıkarılmasına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Erişkin vaka serilerinde bu yöntemin uzun süreli implante elektrotlarda kullanımının etkili ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bizim deneyimlerimiz de bu verileri desteklemektedir.

PARAHISSIAN AKSESUAR YOLLARDA CRYOABLASYON

İLKER ERTUGRUL, TEVFİK KARAGÖZ, SEMA ÖZER, HAKAN AYKAN, DURSUN ALEHAN, ALPER AKIN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Cryomapping ve cryoablasyon parahisian aksesuar yolların ablasyonunda his demetine olan yakınlık nedeniyle tercih edilmektedir. Bu çalışmada 20 aksesuar yolu parahisian olan Wolff Parkinson White sendromlu cryoablasyon uygulanan 20 hasta sunulmuştur .

Gereç ve Yöntem:

Eylül 2010 - Aralık 2011 tarihleri arasında , 20 patients between 8-18 yaş arasında 20 hastaya cryoablasyon uygulandı.

Bulgular:

Hastaların vucut ağırlıkları 25 kg'ın üzerindeydi.Tüm hastalar elektrofizyolojik çalışma sırasında aksesuar yolun parahissian olduğu saptandı. Cryoablasyon -80° derece ısıda ortalama 4 episodda 4-5 dakika uygulandı. Multiple aksesuar yolu olan 6 hastaya radyofrekans ablasyon uygulandı. Cryoablasyon cryomapping sırasında taşikardinin sonlandığı, preeksitasyonun kateter basısıyla veya cryomapping sırasında kaybolduğu bölgelere uygulandı. Multiple aksesuar yolu olan bir hasta hariç tüm hastalarda başarılı olundu. Bir hastada ablasyonun 3. dakikasında geçici AV blok, iki hastada ise sağ dal bloğu gözlemlendi. Ortalama işlem süresi 144 dakika skopi süresi ise 36 dakika idi. Yedi aylık takipte iki hastada rekürrens saptandı, bu hastaların birinde transesofageal elektrofizyolojik çalışmada taşikardi indüklenemedi.

Tartışma ve Sonuç:

Cryoablasyon normal ileti sistemine yakın aksesuar yollarda pediatrik hastalarda güvenle kullanılabilir. Komplikasyon gelişimi RFA'ya göre daha nadirdir. AV tam blok geçici olarak gelişebilir. RFA'ya oranla daha yüksek rekürrens bildirilsede çalışmamızda kabul edilebilir rekürrens hızı saptanmıştır.

ÇOCUKLARDA MAHAİM YOLLARININ KRİYOABLASYON İLE TEDAVİSİ

ERKUT ÖZTÜRK, YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, İBRAHİM C. TANIDIR, HASAN TAHSİN TOLA, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu çalışmada Mahaim aksesuar yolu olan çocuklardaki kriyoablasyon tecrübemizin paylaşılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2010-Kasım 2011 tarihleri arasında kliniğimizde Mahaim taşikardisi tanısı alan 8 hastaya elektrofizyolojik çalışma (EPS) ve kateter ablasyonu uygulandı. Olgular kriyoablasyon veya RFA ile tedavi edildi. Tüm prosedürlerde 3 boyutlu, yüzey elektrod temelli navigasyon sistemi (EnSite NavX™, St.Jude Medical Inc., St. Paul, MN, USA) kullanıldı.

Bulgular:

Hastaların medyan yaşı 10 yıl (8 - 16 yıl); medyan ağırlığı 55 kg (31- 80 kg) idi. Olguların 2'si kız 6'sı erkekti. Mahaim ileti lokalizasyonu 2 hastada sağ lateral bölgede ve 6 hastada sağ posterolateral bölgedeydi. Spesifik Mahaim sinyali 5 olguda saptandı. Bir hastada sadece RFA işlemi uygulandı. İki hastada RFA ile işleme başlandı ve kriyoablasyon ile tamamlandı. Beş hastada yalnız kriyoablasyon işlemi uygulandı. İki hastada 6-mm, 5 olguda 8-mm kriyoablasyon kateteri kullanıldı. Akut işlem başarısı 7/8 (%88) idi. Medyan floroskopi zamanı 2,9 dakika (0 – 14,6) ve prosedür zamanı 250 dakika (170 - 420) idi. Hiç bir hastada major komplikasyon görülmedi. Bir hastada minör komplikasyon gelişti. İki hastada rekürrens görüldü. Rekürrens gelişen bir hastada 8-mm kriyoablasyonla başarı sağlandı. Kriyoablasyonun uzun dönem başarı oranı 6/7 (%84) idi.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklardaki Mahaim ileti yollarının tedavisinde kriyoablasyon, RFA' a alternatif, güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir. Ancak bu yöntemin uzun dönemli başarısının değerlendirilmesi için, prospektif karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÇOCUKLARDA ELEKTROANATOMİK ENSİTE SİSTEMİNİN KULLANIMI İLE VENTRİKÜLER TAŞİKARDİLERİN KATETER ABLASYONU

İSA ÖZYILMAZ, CELAL AKDENİZ, YAKUP ERGÜL, ERKUT ÖZTÜRK, İBRAHİM C. TANIDIR, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Ventriküler taşikardi (VT), çocuklarda morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni olabilir. Ventriküler taşikardilerin kesin tedavisi girişimsel elektrofizyoloji ile halen zor olabilmektedir. Bu çalışmada EnSite (St.Jude Medical Inc., St. Paul, MN, USA) sistemi kullanılarak çocuklarda yapılan VT kateter ablasyon vakaları geriye dönük olarak gözden geçirildi.

Gereç ve Yöntem:

VT tanısı almış 10 çocuğa floroskopi yardımı ile EnSite sisteminin rehberliğinde kateter ablasyon işlemi yapıldı. EnSite sistemi; floroskopi kullanımını tamamen ortadan kaldırma veya önemli ölçüde azaltmanın yanında, elektroanatomik haritalama amaçlı olarak kullanıldı.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 15 ± 2 yıl (12-17 yıl) ve ağırlıkları $57,8 \pm 6,4$ kg idi. Ventriküler taşikardilerden 6'sının sağ ventrikül çıkım yolu, 3'ünün sol posterior fasikülünden ve birinin sol aort kaspından kaynaklandığı görüldü. Ortalama işlem süresi $170,6 \pm 53,2$ dk ve floroskopi zamanı 12 ± 14 dk idi. Üç olguda floroskopi kullanılmadı. Akut başarı oranı 8/10 (% 80) idi. Başarısız olan 2 hastada taşikardi odağı epikardiyal yerleşimliydi. Ortalama 9 ± 7 ay izlem süresinde, üç hastada nüks görüldü. İki hastada ikinci işlemde başarı sağlandı. Üçüncü hastada sol ana koroner artere yakın lokalizasyon nedeni ile daha derin ablasyon yapılması uygun görülmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklarda VT ablasyonu EnSite sistemi kullanılarak ve minimal floroskopi ile güvenli ve etkili bir şekilde yapılabilir.

ÇOCUKLARDA ATRİYOVENTRİKÜLER NODAL REENTRAN TAŞIKARDİNİN KRIYOABLASYON İLE TEDAVİSİ SONRASI AV İLETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

NESLİHAN KIPLAPINAR, YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, MURAT SAYGI, İSA ÖZYILMAZ, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu prospektif çalışmanın amacı atriyoventriküler nodal reentran taşikardi(AVNRT) nedeniyle kriyoablasyon ile başarılı bir şekilde tedavi edilen çocuklarda, işlem sonrası erken dönemde atriyoventriküler(AV) iletinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ekim 2010-Şubat 2012 arasında AVNRT nedeniyle kriyoablasyon yapılan toplam 50 hasta alındı. Hastaların 39'unda (%78) 6-mm uçlu kriyoablasyon kateteri, 11'inde (% 22) ise 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri kullanıldı. Tüm işlemler EnSite sistemi (St. Jude Medical, St Paul, MN) eşliğinde gerçekleştirildi. Hastalara EKG ve 24 saat Holter monitorizasyonu uygulandı.

Bulgular:

Ortalama yaş ve ağırlık sırasıyla $12,81\pm3,73$ yıl, $46,5\pm15,44$ kg idi. Akut işlem başarı oranı %96 idi. İki (%4) hastaya nüks nedeniyle tekrar kriyoablasyon uygulandı. Ortalama işlem süresi 152.5 ± 50 dk idi. Floroskopi sadece 5 hastada kullanıldı ve bu hastaların ortalama floroskopi süresi $2,68\pm2,6$ dk idi. İşlem sırasında komplikasyon olmadı. Dört hastada (%8) işlem bitiminde AV ilet normal olmasına rağmen, işlemi izleyen gün içinde değişik derecelerde geçici AV blok gelişti. Bunlardan biri yaklaşık 2 saat süren 2:1 AV blok, biri 8 saat süren 2:1 AV blok, biri 11,5 saat süren Mobitz tip 1 AV blok, diğeri ise yaklaşık 24 saat süren 2:1 ve Wenckebach tipi AV blok idi ve tamamı 24 saat içinde düzeldi.

Tartışma ve Sonuç:

Kriyoablasyon sonrası erken dönemde nadiren geçici AV blok görülebilmektedir. AVNRT'li hastalar kriyoablasyondan sonra en az 24 saat hastanede monitorize edilmelidir.

CERRAHİ VE GENEL SÖZEL BİLDİRİLER

ATRIOVENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT TAMİRİNDE PRİMER KAPATMA YÖNTEMİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

ECE SALİHOĞLU, SÜLEYMAN ÖZKAN, SALİH ÖZÇOBANOĞLU, ALPAY ÇELİKKER

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Atriyoventriküler septal defekt (AVSD) tamiri patolojinin tipine göre farklı şekillerde tamir edilmektedir. Günümüzde halen sonuçları tartışılmakla birlikte yamasız metodlar gündeme gelmektedir. Bu çalışmanın amacı cerrahi sonuçları ve erken dönem takipleri ile birlikte yeni geliştirilen bir tamir tekniğinin irdelenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Eylül 2009- haziran 2011 20 hasta AVSD tanısı ile kliniğimizde opere edildi. hastalardan 13 tanesine yeni teknikle tamir uygulandı, bu hastalardan 7 tanesi komplet tip, 6 tanesi ise parsiyel tip patolojiye sahipti; 2 hastada ek olarak pulmoner stenoz mevcuttu. Hastaların yaşları 3-168 ay arasında (ortanca değer 13 ay) değişmekteydi, komplet grupta hasta yaş ve ağırlığı daha düşüktü. hastaların % 45 inde Trisomi 21 mevcuttu.

Operasyon sırasında VSD septal krestin sağ tarafına konulan tek tek teflon destekli dikişlerin 'bridging leaflet'ten geçirilerek kapak üzerinde bağlanması ile kapatıldı. ASD komponentinin kapatılması için kapaktan geçirilen VSD dikişleri atriyal septal kalıntıdan da geçilerek tek seferde yamasız olarak kapatıldı. Ek olarak pulmoner stenozu olan iki hastaya aynı seansta infundibuler hipertrofik bantlar rezeke edildi ve transannuler perikard yama ile sağ ventrikül çıkış yolu rekonstrükte edildi.

Bulgular:

Ortalama kardiyopulmoner baypas zamanı ortalama 51,30 ±11,19 dk, ortalama kros klemp zamanı 34,69±10,93 dk olarak tespit edildi. Perioperatif mortalite olmadı, Trisomi21 olan bir hasta taburcu olduktan 2 ay sonra evde mama aspirasyonu ile kaybedildi. Hastaların takip süresi 9-13 ay arasında (ortanca değer 9 ay) idi. Kardiyoloji takibinde hastaların tamamı sinüs ritmindeydi, ekokardiyografik kontrollerde kapak disfonksiyonu ve sol ventrikül çıkış yolu darlığı tespit edilmedi. Takip süresi içinde hiç bir hastada tekrarlayan cerrahi müdahale ihtiyacı olmadı

Tartışma ve Sonuç:

AVSD tamirinde yamasız direkt kapatma yönteminin basit ve hızlı bir cerrahi teknik olduğunu gözlemledik. Erken sonuçları yüz güldürücü olan bu yeni ve kolay uygulanan metodun ümit verici olduğunu düşünüyoruz, ancak kapak fonksiyonu ve diğer potansiyel risk ve faydaların belirlenmesi için daha büyük serilerde ve uzun dönem sonuçları ile tekrar değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

SB 38

ASENDAN AORT ANEVİZMASI VE KOMBİNE AORT KAPAK HASTALIĞINDA ROSS-KONNO PROSEDÜRÜ VE ASENDAN AORT REPLASMANI

MEHMET SALİH BİLAL, CAN YEREBAKAN, ARDA ÖZYÜKSEL, ÖZGÜR YILDIRIM, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Ross prosedürü genç hastalarda aort kapak patolojileri ve sol ventrikül çıkış yolu darlığında Konno tekniği eklenerek uygulanan başarılı bir tekniktir. Bu patolojilere eşlik eden asendan aort anevrizmalarında özellikle pediatrik hastalarda bu tekniğin kullanımı yaygın değildir. Daha önce benzer patolojilere sahip 3 genç erişkin kadın hastaya uyguladığımız bu tekniği ilk kez çocuk yaş grubundaki bir hastaya tatbik ettik.

Gereç ve Yöntem:

12 yaşında kadın hastamız bize biküspid aort kapak, kombine aort kapak yetmezliği ve stenozu ve asendan aort anevrizması ekokardiyografik teşhisi ile gönderildi. Hastaya daha önce aort kapak stenozu nedeniyle komisurotomi uygulanmıştı.

Bulgular:

Operasyon sırasında 4 cm'ye ulaşmış asendan aort genişlemesinin yanısıra ileri derecede kalınlaşmış iki kası barındıran dar bir aort anülüsü görüldü. Sol ventrikül çıkış yolunun Konno insizyonu ile genişletilmesinin ardından pulmomere otograft root replasmanı tekniği ile sol ventrikül çıkış yolunda yerleştirildi ve koroner butonlar ayrı ayrı reimplante edildi. İnominat arter çıkış hizasıyla pulmoner otograft arasında 22 mm Vascutek greft interpose edildi. Sağ ventrikül reskonstrüksiyonu için 23 mm pulmoner homograft implante edilerek operasyona başarılı bir şekilde son verildi. Hasta problemsiz bir erken postoperatif dönemin ardından 2. postoperatif günde servise çıkarıldı ve 7. postoperatif günde taburcu edildi. Postoperatif ekokardiyografide sağ ve sol ventrikül çıkış yollarında bir darlık saptanmadı. Pulmoner otograftın kompetan olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Ross-(Konno)-prosedürü pediyatrik popölasyon için de asendan aort patolojilerinin eşlik ettiği durumlar dahil olmak üzere teknik olarak çok başarılı sonuçlarla uygulanabilir. Alternatif tekniklere üstünlüğü uzun dönem sonuçların değerdendirilmesiyle mümkün olacaktır.

SB 39

DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIĞINA SAHİP BEBEKLERDE KOMPLEKS KALP CERRAHİSİ SONUÇLARI

MEHMET SALİH BİLAL, ARDA ÖZYÜKSEL, CAN YEREBAKAN, ÖZGÜR YILDIRIM, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Olgu:

Düşük doğum ağırlığı konjenital kalp cerrahisi sonuçlarını olumsuz etkileyen faktörlerden biri olarak bilinmektedir. Retrospektif çalışmamızın amacı doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan bebeklerde tek cerrah tarafından uygulanan konjenital kalp cerrahisi sonuçlarını değerdendirmektir.

2006-2012 yılları arasında doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan (minimum 1600 gram) konjenital kalp hastalığına sahip tek cerrah tarafından ameliyat edilen 10 bebek çalışmaya dahil edilmiştir. Düşük doğum ağırlığına sahip patent duktus arteriosus olguları analizin dışında bırakılmıştır. Homojen olmayan bu hasta popölasyonu içinde iki hasta hipoplastik sol kalp, iki hasta büyük arterlerin d-transpozisyonu ve eşlik eden ventriküler septal defekti, iki hasta büyük arterlerin korrekte transpozisyonu bunlardan biri ağır sağ ventrikül hipoplazisinde fonksiyonel tek ventrikül ve arkus hipoplazisi diğeri orta derece sağ ventrikül hipoplazisi ve arkus hipoplazisi, bir hasta tip II trunkus arteriosus, bir hasta sağ ventrikül hipoplazisinde kritik pulmoner stenoz, bir hasta tip A aortik interruption ve ventriküler septal defekt ve bir hasta da komplet atrioventriküler septal defektine sahipti.

Bu hastalarımıza sırasıyla tek ventrikül paliyasyonu gerektiren durumlarda üç Norwood Stage I operasyonu (biri acil), iki hastamıza arteryel switch ve ventriküler septal defekt kapama operasyonu, bir hastamıza koarktasyon tamiri ve pulmoner banding, bir hastaya trunkus arteriosus total tamiri, bir hastamıza sağ modifiye BT-şant ve transanüler patch, aortik interruption hastamıza genişletilmiş uç-uç anastomoz ve ventriküler septal defekt kapaması ve bir hastaya komplet atrioventriküler kanal tamiri uygulanmıştır.

Postoperatif erken dönemde üç Norwood Stage I hastamızdan ikisi 1. Ve 8. postoperatif günlerde kaybedilmiştir. Bu hastalar dışında erken postoperatif dönemde ve bugüne kadar olan izleme süresinde hasta kaybı yaşanmamıştır.

Kompleks konjenital kalp cerrahisi düşük doğum ağırlığına sahip riskli bebeklerde kabul edilebilir mortalite ve morbidite ile uygulanabilir.

SB 40

“INTRA OPERATİF FLOW STUDY”: VERİLER IŞIĞINDA CERRAHİ ENDİKASYON DEĞİŞİKLİĞİ

SERTAÇ HAYDİN, BURAK ONAN, SELEN ONAN, ALPER GÜZELTAŞ, ENDER ÖDEMİŞ, İHSAN BAKIR ¹

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

İntra operatif flow study (ameliyat sırasındaki akım çalışması) (İOFS)VSD,PA ve MAPCAları olan hastalarda unifokalizasyon sonrası VSD’nin kapatılıp kapatılmayacağını göstermek için Reddy ve arkadaşları tarafından 1997 yılında tanımlanmış bir yöntemdir. Biz bu yöntemi unifokalizasyon ihtiyacı olmayan ancak hipoplastik intra perikardiyal konfluen pulmoner arterler sebebi ile düşük pulmoner indekse sahip olan hastalara uygulayarak VSD’nin kapatılabilirliğini inceledik.

Gereç ve Yöntem:

2010 ve 2011 yıllarında yaşları 8 ile 10 arasında değişen 3 hastaya İOFS yapıldı.2 hastada tanı Ventriküler septal defect(VSD),Pulmoner atrezi(PA),Majör aortopulmoner kolleteral arterler(MAPCA),1 hastada Fallot Tetralojisi (FT) idi.VSD-PA hastalarında dual-supply MAPCAlar mevcuttu.1 hastada zayıf çalışan bir santral şant vardı.Pulmoner arter indeksleri 1.4,1.4 ve 1.5 bulundu.Ekstra korporeal dolaşım altında önce pulmoner arter rekonstrüksiyonları yapıldı.Ardından total by-pass altında,sol atriyum vent edilirken bağımsız bir pompa kafasından gelen 2. arter kanülü ile pulmoner arter veya sağ ventrikül (RV)-pulmoner arter (PA) konduiti kanüle edildi.Her iki arter kanülünde tam akıma ulaşıncı pulmoner arter ortalama basıncına bakıldı.Basınç <25 mmHg ise VSD kapatılmasına karar verildi.

Bulgular:

Hastalarda pulmoner arter ortalama basınçları 22, 22 ve 24 mmHg bulundu.2 hastada

RV-PA konduit ve 1 hastada transannuler yama kullanıldı.1 hastaya preoperatif MAPCA koil embolizasyonu ve peroperatif şant divizyonu,bir hastaya da peroperatif MAPCA ligasyonu yapıldı.Postoperatif RV/Ao basınç oranları <0.6 bulundu.2 hasta sorunsuz taburcu edilirken bir hasta erişkin respiratuar distress sendromu sebebi ile başka bir çocuk yoğun bakım ünitesine nakledildi.

Tartışma ve Sonuç:

Hastaların bir tanesi “inoperatif” tanısı ile izlenmekteydi.Bir hastaya Ao-pulmoner şant önerilmişti.Diğer hasta da ameliyat olabileceği bir merkez bulamıyordu.İÖFS verilerine göre daha önce konulan endikasyonlar değiştirilerek tam düzeltme ameliyatları başarı ile uygulandı.

SB 41

YENİ BİR SENNING MODİFİKASYONU İLE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

ECE SALİHOĞLU ¹, SÜLEYMAN ÖZKAN ¹, SALİH ÖZÇOBANOĞLU ², ALPAY ÇELİKER ¹

¹ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

²ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Günümüzde ‘atrial switch’ operasyonları giderek daha az uygulanmaktadır. Ancak gecikmiş büyük damar transpozisyonu olan hasta grubunda ve ‘Double Switch’ ameliyatlarında bu prosedür halen önemli bir çözüm yolu oluşturmaktadır. Literatürde uzun dönem takiplerde ortaya çıkan sorunlar ve onlara yönelik olarak sunulan çözümleri göz önüne alarak Senning prosedüründe yeni bir modifikasyon geliştirdik. Çalışmamızda bu yeni teknikle ameliyat ettiğimiz hastaların erken dönem sonuçlarını sunuyoruz

Gereç ve Yöntem:

2009-2011 tarihleri arasında 17 hastaya büyük damar transpozisyonu tanısı ile modifiye senning operasyonu uygulandı.Hastaların yaşı3 ay-17 yaş (ortanca değer 12 ay), ağırlıkları 3,5 -79 kg arasında (orata nce değ er 8,3 kg) değ işmekteydi.

Tüm hastalar hipotermik kardiyopulmoner baypas ve antegrad kristaloid kardiyopleji kullanılarak opere edildi. Modifiye Senning prosedürü sırasında septum için yama kullanılmadı ve pulomer venöz odacık oluşturulurken in situ perikard ile suturless teknik uygulandı.Operasyonların ortalama kardiyopulmoner baypas süresi 76,3± 14,2 dk, krosklemp süresi 61,6 ± 31,8 dk. olarak tespit edildi.

Bulgular:

Hastaların ortalama $12,76 \pm 7$ ay süre ile takip edildi.Bu süre zarfında mortalite olmadı, hastalarda ritm sorunu, venöz odacık darlığı, mitral kapak veya sol ventrikül disfonksiyonu tespit edilmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Senning prosedürüne uyguladığımız bu yeni modifikasyonun iyi ve umut verici bir teknik alternatif olduğunu düşünüyoruz.Bu teknikle yama kullanılmaması sayesinde uzun dönemde venöz odacık darlığı önlenirken hastanın canlı dokularının kullanılmasına bağlı olarak atriyum boşluklarının büyüme potansiyelinin korunacağına inanıyoruz

SB 42**CERRAHİ SUPRA-/INTRAMİTRAL RİNG REZEKSİYONU – DOKUZ HASTADA ORTA DÖNEM SONUÇLARI**

MEHMET SALİH BİLAL, ÖZGÜR YILDIRIM, ARDA ÖZYÜKSEL, CAN YEREBAKAN, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

2000-2011 yılları arasında tek bir cerrah tarafından ameliyat edilmiş supra-/intramitral ring olgusu bulunan hastalarada cerrahi stratejimizin orta dönem sonuçlarını değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Retrospektif olarak dokuz hasta analiz edilmiştir. Sadece üç hasta sadece supra-/intramitral ringe sahipken, diğer altı hasta ise eşlik eden farklı patolojiler görüldü. Bunlardan üç hasta ventriküler septal defekte, iki hasta Shone's kompleksine ve bir hasta criss-cross atrioventriküler bağlantı varlığında çift çıkışlı sağ ventriküle sahipti.

Bulgular:

Klinik seyirde ve erken postoperatif dönemde mortalite gözlenmedi. Üç hastada sadece supra-/intramitral ring rezeksiyonu, üç hastada aynı zamanda ventriküler septal defekt kapatılması, bunlardan bir hastada papiler adale divizyonu uygulandı. Shone's kompleksi olan 2 hastada sirasiyla aort kapak valvotomisi ve subaortik fibromusküler rezeksiyonla birlikte aortik yama plastisi uygulandı. Ortalama 13 ay sonra yapılan transtorasik ekokardiyografide belirlenen mitral kapakta gradyenti preoperatif dönemde ölçülen

13.6 ± 4.4 mmHg değerinden 5.0 ± 2.6 değerine düşüş gösterdi. Hiçbir hastada mitral yetersizlik gözlenmedi ve mitral kapak nedeniyle bir girişim yapılmadı. Opere edilen tüm hastalar 48 ± 53 ay ortalama gözlem süresi içinde mortalite olmaksızın iyi bir genel durumda bulunmaktadır.

Tartışma ve Sonuç:

Supra-/intramitral ring hastaları eşlik eden ağır patolojilere rağmen çok iyi orta dönem sonuçlar verecek şekilde cerrahi olarak tedavi edilebilmektedir.

SB 43

FALLOT TETRALOJİLİ HASTALARDA PTFE PULMONER KAPAK İLE TOTAL KORREKSİYON

MUHAMMET BOZGÜNEY ¹, İLKER ÇETİN ², FİLİZ EKİCİ ¹, KANAT ÖZİŞİK ¹,
UĞURSAY KIZILTEPE ¹

¹ DİŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² DİŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ,
ANKARA

Amaç:

Fallot tetralojili hastaların büyük bir kısmında sağ ventrikül çıkım yolu, geleneksel olarak transannular yama ile rekonstrükte edilmektedir. Geçmişte iyi tolere edildiği düşünülen ve erken ve/veya geç dönemde pulmoner yetmezlikle sonuçlanan bu durumun başlangıçta basınç yükü olan sağ ventrikülün volüm yükü ile genişlemesine yol açması nedeni ile ideal olarak nasıl yönetilmesi gerektiği halen tartışmalıdır. Özellikle sınırda pulmoner yatağı olan hastalarda bu durum daha erken dönemde dekompanzasyona yol açmaktadır. Bu sunum ile, erken dönemde ciddi sağ ventrikül yetmezliğinin geliştiği böyle bir hasta nedeni ile kliniğimizde uygulamaya başladığımız total korreksiyon sırasında pulmoner kapak yapılması yönteminin sonuçları tartışıldı.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2010-Aralık 2011 arasında kliniğimizde Fallot Tetralojisi tanısı ile opere edilen, yaşları 4-5 arasında değişen 5 hastada yapılan total korreksiyon operasyonu sırasında 0.1 mm kalınlığında PTFE membran kullanılarak pulmoner kapak oluşturuldu. Hastalardan birinde intraoperatif nativ pulmoner kapak endokarditi saptandı.

Bulgular:

Hastaların 2 sinde çift, 3 ünde tek “cusp” oluşturuldu. Hastaların 2 sinde 18 mm, 2

sinde 20 ve 1 inde 22 mm çaplı pulmoner annulus oluşturuldu. Hastaların hepsi operasyonu iyi tolere ettiler. Erken ve geç dönemde mortalite gelişmedi. Postoperatif yapılan kontrollerde 2 hastada eser, 3 hastada minimal pulmoner yetmezlik görüldü. Hastalarda ortalama çıkım yolu gradiyenti 18 ± 5 mmHg idi. Ortalama 8 ay sonra yapılan kontrol ekokardiyografiler, erken bulgular ile benzerdi.

Tartışma ve Sonuç:

Özellikle pulmoner yatağın sınırda olduğu Fallot Tetralojili hastalarda uygulanan transannuler onarım sonrası pulmoner yetmezlik gelişimi ciddi klinik sonuçlara yol açabilmekte, erken veya orta dönemde bu kapağın replasmanına yol açabilmektedir. 0.1 mm kalınlığında porsuz bir yapıya sahip olan PTFE membrandan mono-bicuspid kapak yapılması tekniği erken-orta dönemde göstermiş olduğu iyi performans ve gelecekte perkütan pulmoner kapak replasmanına izin vermesi nedeni ile tercih edilebilir.

SB 44

ÇOCUK KALP AMELİYATI SONRASINDA EKSTRAKORPOREAL YAŞAM DESTEĞİ (ECLS/ECMO) DENEYİMLERİ

ERSİN EREK, SERTAÇ HAYDIN, BURAK ONAN, SELEN ONAN, PINAR YAZICI,
ÖZGEN KOÇYİĞİT, CANSARAN TANİDİR, PERİHAN YİVLİ, ENDER ÖDEMİŞ, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Ekstrakorporeal yaşam desteği veya ekstrakorporeal membrane oksijenasyonu (ECLS/ECMO) geçici, şiddetli kardiyorespiratuar yetersizliğin tedavisinde, dolaşım ve/veya solunumun mekanik cihazlarla belirli bir süre desteklenmesi olarak tanımlanır. Bu çalışmada çocuk kalp ameliyatları sonrasında hayat kurtarıcı olabilen bu uygulama ile ilgili deneyimlerimiz sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Aralık 2009 ile Şubat 2012 arasında toplam 615 konjenital kalp ameliyatı yapıldı. Bu süre içerisinde 13 hastaya ECLS uygulandı. Üç hastanın endikasyonu, ameliyat sonunda kardiyopulmoner bypass (KPB)' dan ayrılamama iken 8 hastada postoperatif erken dönemde ECLS gerekti. Bu hastaların 4'ünde ECLS, kardiyopulmoner resusitasyon (CPR) sırasında uygulandı. Kalp kateterizasyonu sırasında PH krizi gelişen bir hastada CPR' a cevap alınamadığı için ECLS kullanıldı. Son hasta ise şant ameliyatı sonrasında sorunsuz taburcu edilmiş, ancak 3 ay sonra şant oklüzyonuna bağlı derin hipoksi ve asidoz ile acilen getirilmiş bir hastaydı. Yine CPR ile birlikte ECLS kullanıldı.

Hastaların yaşları 16 gün ile 33 yıl arasında idi. İki hasta, yenidoğan; 7 hasta infant; 3 hasta pediatric ve 1 hasta erişkin konjenital gruptandı. Tüm hastalarda Medos DPlI ECLS sistemi kullanıldı. Vasküler erişim için 2 hastada boyun damarları kullanılırken, diğerlerinde kardiyak (aorta-sağ atriyum) kanülasyon tercih edildi. ECLS süresi 27 saat ile 24 gün arasında (ortalama $6,2 \pm 5,8$ gün) gerçekleşti.

Bulgular:

İkisi infant, 2' si pediatric gruptan olmak üzere 4 hasta ECLS desteğinden ayrıldı (% 28,5). Ancak 2 hasta hastaneden taburcu edilebildi (% 14). Hastalardan birinde CPR' a bağlı hafif nörolojik sekel kaldı. ECLS uygulaması sırasında mekanik komplikasyon görülmedi. En sık komplikasyon cerrahi sahadan ve kanülasyon yerlerinden oluşan kanama ve trombositopeni idi.

Tartışma ve Sonuç:

ECLS uygulaması ile kaybedilmesi kaçınılmaz olan hastaların bir kısmının yaşama döndürülebilmesi mümkün olabilmektedir. İyi sonuçların alınabilmesi için en önemli parametreler endikasyon ve sistemin yönetimidir.

SB 45

YENİ BAŞLAYAN BİR ÇOCUK KALP CERRAHİSİ PROGRAMININ ANALİZİ: İKİ YILLIK SONUÇLARIMIZ

İSMİHAN SELEN ONAN, ERSİN EREK, SERTAÇ HAYDİN, BURAK ONAN, ONUR ŞEN, KÜRŞAD ÖZ, BURAK ERSOY, ALPER GÜZELTAŞ, ÖZGEN ILGAZ KOÇYİĞİT, MÜZEYYEN İYİĞÜN, ENDER ÖDEMiŞ, MEHMET YENİTERZİ, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kliniğimizde başlatılan çocuk kalp cerrahisi programının 2 yıllık sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2009 ile Şubat 2012 tarihleri arasında korreksiyon ve palyasyon amaçlı opere edilen 616 konjenital kalp cerrahisi hastası retrospektif olarak incelendi. Hastaların 340'ı kız (%55), 276'sı erkek (%45) olup, %64'ü 1 yaştan altında 132'si yenidoğan (%22), 260'ı infant(%42) ve 224'ü çocuk (%36) hastalardı. Hastaların 471'ine (%76) korrektif ve 145'ine (%24) palyatif işlemler uygulandı. Hastaların Rachs-1 kategorileri level I ile VI arası değişim göstermekteydi.

Bulgular:

Hastalardan 51'inin (%8) Rachs-1 kategorisi level-I ve bu grupta mortalite 0 (%0), 250'sinin (%41) level-II ve bu grupta mortalite 11(%4), 199'unun(%32) level-III ve bu grupta mortalite 33(%16), 53'ünün(%9) level-IV ve bu grupta mortalite 10(%18), 14'ünün(%2,3) level-V ve level-VI ve bu gruplarda da toplam mortalite 11(%92) idi. Kalan 49 hasta(%8) Rachs-1 kategorisi dışında olup bu grupta da mortalite 1(%2) idi. Hastaların mortalitelerine bakıldığında palyatif operasyonlarda mortalitenin korrektilere oranla daha yüksek olduğu, aynı şekilde yenidoğan yaş grubundaki mortalitenin infant yaş grubuna göre, infant yaş grubundaki mortalitenin de çocuk grubuna göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Spesifik prosedürler incelendiğinde 40 hastaya 'Arteriel Swich Operasyonu' uygulanmış olup, bu hastaların 9'unda (%22) koroner anomali mevcuttu. 15'inde (%37) ilave olarak VSD kapatılmış, 2'sinde (%5) arkus rekonstrüksiyonu işlemi gerçekleştirilmiştir. ASO uygulanan grupta mortalite 5 (%12,5) idi, hastaların 2'si (%20) koroner anomalisi bulunan hastalardı. 16 hastaya TAPVD tamiri yapılmıştır ve bu grupta mortalite 2'dir(%13). Kaybedilen hastaların 1'inde kardiyak tipte ve obstrüktif, 1'inde de suprakardiyak ve obstrüktif TAPVD mevcuttur.

Tartışma ve Sonuç:

Nispeten yeni bir çocuk kalp cerrahisi programı olmakla beraber hasta yoğunluğumuz ağırlıklı olarak 1 yaş ve altındadır. Rachs-1 kategorisinde level V ve VI 'daki sonuçlarımızda iyileştirmeye ihtiyaç bulunmaktadır. Uygun alt yapı ve pediatrik kardiyolog, anestezi uzmanı ve kalp cerrahından oluşan takım çalışmamızın devamıyla orta ve uzun dönemde daha iyi sonuçlara ulaşabileceğimizi düşünmekteyiz.

SB 46

INOPERABILITE SINIRINDAKİ PULMONER HİPERTANSİYONLU VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKTLİ OLGUDA FLAP VALVE YAMA İLE CERRAHİ ONARIM

ÖZGÜR ERSOY¹, FİLİZ EKİCİ², ALPER ÖZGÜR¹, ALİ BULUT¹, İLKER ÇETİN²,
UĞURSAY KIZILTEPE¹

¹ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Ventriküler septal defekt onarımı pediatrik kardiyak cerrahide en sık uygulanan prosedürlerden birisidir. Geniş VSD'ler yaşamın ilerleyen evrelerinde genellikle pulmoner hipertansiyonla sonuçlanır. Bu hastalarda cerrahi tedavi pulmoner hipertansif kriz ve dekompanzasyon nedeni ile çok yüksek riskli olabilir.

Gereç ve Yöntem:

Tanıda gecikilmesi nedeni ile VSD tanısı ile 5 yaşından beri, dış merkezlerde inoperabl kabul edilerek takip edilen 11 yaşındaki Down Sendromlu kız hastaya yapılan kardiyak kateterizasyonda basınçların pulmoner arterde 73/28/47 mmHg, aortada 75/52/61 mmHg ve Qp/Qs in 2,5 olduğu saptandı. Pulmoner vasküler rezistansı (PVR) 4,45 iken verilen İloprost sonrasında 5,8 Wood Ü ve sistemik vasküler rezistansın ise 12,4 Wood Ü den 18,3 Wood Ü ne yükseldiği görüldü. PVR/SVR oranı iloprost öncesi 0,36 iken iloprost sonrası 0,31 olarak saptandı. Bu sonuçlarla pulmoner reaktivite testi negatif kabul edilen hastaya 4 ay süreyle bosentan ve ilomedin uygulanmasını takiben yapılan ekokardiyografide sol boşlukların geniş, soldan sağa şant ve transseptal 20 mmHg gradiyent olduğu görüldü. Çabuk yorulma, gelişme geriliği ve sık pulmoner enfeksiyonların mevcut olduğu hasta çok yüksek riskli kabul edilerek operasyona alındı. 0.5 mm çaplı bir ASD oluşturulmasına ek olarak sağdan sola tek yönlü geçişe izin veren “flap valve” li 4 mm çapındaki delikli bir yama ile VSD kapatıldı. Erken dönemde nitrik oksit inhalasyonu uygulanan hasta postoperatif periyodu iyi tolere etti. Postoperatif pulmoner arter basıncı 60 mmHg a, 1. ayda 41 mmHg a düşen hastada başlangıçta VSD yamasında iki yönlü şant izlenirken, postoperatif 6 ayında eser rezidü geçiş, transseptal 80 mmHg gradiyent izlendi. Son takibinde Kalsiyum kanal blokeri dışında medikasyon almayan hastanın fonksiyonel kapasitesi 2 idi.

Tartışma ve Sonuç:

İnoperabilite sınırındaki pulmoner hipertansiyonlu geniş VSD’lerin kapatılması, artmış mortalite ve morbidite ile beraberdir. Bu hastalarda, perioperatif dönemde uygulanabilecek pulmoner antihipertansif tedavilere ek olarak, gerektiğinde kalbin sağ tarafının dekomprese edilmesine izin veren rezidü interatriyal ve interventriküler bağlantı gibi stratejilerden faydalanılarak, cerrahi tedavi kabul edilebilir bir risk ile uygulanabilir.

GENEL SÖZEL BİLDİRİLER

PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYONLU ÇOCUKLARDA ENDOTELİN RESEPTÖR ANTAGANİSTİ VE PROSTASİKLİN ANALOĞU İLE TEDAVİNİN SONUÇLARI

EMİNE AZAK, M. KEMAL BAYSAL, METİN SUNGUR, H. CANDAŞ KAFALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN

Amaç:

Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH)'lu çocuklarda endotelin reseptör antagonisti ve prostasiklin anoloğu ile tedavinin kısa ve uzun dönem sonuçları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2001-2012 yılları arasında izlenen PAH'lu 25 çocuk (16 kız, 9 erkek) çalışmaya kabul edildi. Hastalar tedavi öncesi ve sonrası kardiyak kateterizasyon (akımlar oranı, ortalama pulmoner ve sistemik arter basıncı, pulmoner ve sistemik vasküler direnç indeksi), ekokardiyografi (sağ ventrikül basıncı), fonksiyonel kapasite (NYHA) ve 6 dakika yürüme mesafesi (6-MWT) ile değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların ortanca yaşı 12.5 yıl (1.5-28), ağırlık 30 kg (6-60), tedaviye başlama yaşı 9 yaş (1,5-17), tedavi süresi 18 ay (6-120), iki hemodinamik çalışma arası 2 yıl (6 ay-13 yıl) olarak saptandı. Olguların % 16'sı idiyopatik pulmoner arteriyel hipertansiyon (İPAH), %84'ü ise sekonder pulmoner hipertansiyonlu idi. Hastaların % 32'sine Down sendromu eşlik etmekteydi. Tedavide olguların %52'sine İloprost, %48'ine Bosentan başlandı. İPAH'lu hastaların 2'si exitus oldu. Hastalardan 3'nün (%12) tedavisi (1 disfoni ve tedaviye direnç, 1 tedaviye direnç, 1 tedaviye uyumsuzluk) İloprost'tan Bosentan'a değiştirildi.

Hastaların tedavi sonrası ortalama pulmoner arter basınçlarında tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşme olduğu saptandı. Tedavi sonrasında PVRI ve NYHA fonksiyonel kapasitede istatistiksel olarak anlamlı bir azalma tespit edilirken 6-dakika yürüme mesafesinde (6-MWT) ise anlamlı bir artış olduğu görüldü (Tablo I). Tedavi öncesi ve sonrası ekokardiyografi ile hesaplanan sağ ventrikül basınçları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

İzlemde hastaların klinik ve hemodinamik parametrelerinde İloprost ve Bosentan tedavisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p>0.05$).

Tablo I: Tedavi öncesi ve sonrası kateterizasyon, 6-MWT ve NYHA değerleri

	*Tedavi öncesi	*Tedavi sonrası	p ; Z
Ortalama PAB (mmHg)	71 (44-108)	65 (41-95)	0.002 ; -3.118
PVRI (WUm ²)	20.23 (6.66-46)	15.98(4.05-38.6)	0.001 ; -3.296
PVRI/SVRI	8.84 (0.38-1.68)	0.89 (0.17-1.47)	0.007 ; -2.677
6-MWT (m)	340m (240-420)	470 (340-540)	0.000 ; -3.631
NYHA fonksiyonel kapasite	2.52 (1-3)	2.48 (3-1)	0.001 ; -3.317

*ortanca (min-maks)

Tartışma ve Sonuç:

Spesifik PAH tedavisi hastaların yaşam kalitesini olumlu olarak etkilemesine rağmen, uygulanan ilaçlar klinik ve hemodinamik parametrelere etkileri açısından önemli farklılık göstermemektedir. İlaç seçiminde hastanın yaşı, hasta ailesinin ve/veya hastanın tedaviye uyumu, kullanım kolaylığı, ilacın etkinliğinin başlama süresi ve yan etkileri göz önünde bulundurularak karar verilmesi gerektiği kanısındayız.

SB 48

ÇOK DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEK (ÇDDAB)'LERDE DOĞUM SONRASI DUKTAL ANATOMİK ÖZELLİKLERLE TAKİPTE SAPTANAN ANLAMLI DUKTAL ŞANT ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TUĞÇİN BORA POLAT, İSTEMİHAN ÇELİK, ÖMER ERDEVE, UĞUR DİLMEN

ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Duktal ligasyon gerektiren premature bebeklerde yaş ve kilodan bağımsız olarak duktal yapıların benzerlik gösterdiği bildirilmiştir. Bu durum kapanmayıp anlamlı duktal şantla sonuçlanan patolojik bir duktus tipini düşündürmektedir. Bu çalışma ÇDDAB'lerde anlamlı duktal şanta sebep olabilecek duktus tipinin erken dönemde tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

28. doğum haftasından küçük ve 1000 gr altı 58 bebeğe doğumunun 6. ve 72. saatlerinde ekokardiyografik değerlendirme yapıldı. Erken dönemde duktal çaplar, duktal daralma mesafeleri hesaplandı. 72. saatte önemli duktal şanta sahip olanlarla ölçümler arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular:

Duktal uzunluğu 5.2 mm'den ve duktal daralma noktası-pulmoner giriş mesafesi 1.7 mm'den kısa duktuslar sırasıyla %82 ve %83 duyarlılıkla ve %83 ve %86 özgüllükle anlamlı PDA'yı göstermektedir. Bu iki bulgunun birlikteliği anlamlı duktus gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur (beta 0.91, $p < 0.001$; kümülatif $R^2 = 0.49$, SE = 0.36, $p < 0.0001$; duyarlılık %91, özgüllük %81).

Tartışma ve Sonuç:

ÇDDAB'lerde pulmoner arter tarafındaki duktal daralma mesafesi az olan kısa duktuslar kapanmıyarak anlamlı duktal şantla sonuçlanmaktadır. Bu çalışma bu duktus tipinin erken dönemde tespiti ve tedavisi ile anlamlı duktal şanta bağlı komplikasyonların azalması yönünde yapılabilecek çalışmalara öncü olması ile değerli olduğunu düşünmekteyiz.

SB 49

ÜNİTEMİZDE, EKİM 2011-ARALIK 2011 TARİHLERİ ARASI, MYOPERİKARDİT TANISI ALAN 16 OLGUNUN KLİNİK BULGULARI VE DEMOGROFİK ÖZELLİKLERİ

ABDULLAH ÖZYURT, ALİ BAYKAN, ÖZGE PAMUKÇU, ÖZGÜR CEYLAN,
MUSTAFA ARGUN, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Ekim-Aralık arasındaki 3 aylık dönemde belirli semptom ve bulgularla pediatrik kardiyoloji polikliniğine gönderilen ve fizik muayene, laboratuvar ve telekardiyografi, ekokardiyografi gibi görüntüleme yöntemleriyle myoperikardit tanısı alan 16 olgu retrospektif olarak incelendi.

Gereç ve Yöntem:

Erciyes Üniversitesi Çocuk Kardiyoloji polikliniğine Ekim 2011-Aralık 2011 tarihleri

arasında başvuran, myoperikardit tanısıyla izlenen 16 olgu alındı. Hastaların demografik verileri, başvuru şikâyetleri (ateş, çarpıntı, göğüs ağrısı vs.), fizik muayene bulguları, tam kan sayımı değerleri, serum biyokimya analizleri, CK, CK-MB, Troponin I, NT-ProBNP düzeyleri, kan gazı, CRP, sedimentasyon, elektrokardiyografi, telekardiyografi, ekokardiyografik bulguları (EF, FS düzeyleri ve perikardiyal effüzyon miktarı) kaydedildi. Etiyolojiye yönelik Adenovirus, Influenza ve RSV için nazofarengeal aspirat örnekleri ile Enterovirus, EBV ve Parvovirus için serum PCR sonuçları incelendi.

Bulgular:

Olguların 9' u (%57) kız, 7' si (%43) erkek; yaşları 2 ay-16 yaş arasında değişmekteydi. Olguların başvuru anında veya son 1 ay içerisinde ateşli üst solunum yolu enfeksiyon öyküsü vardı. Olguların %75'inin EKG'sinde anormal ST-T değişikliği, %25'inde taşikardi vardı. Ekokardiyografide %75'inde perikardiyal efüzyon belirlendi, %12.5' inde EF <%50, FS<%25 olarak belirlendi. Olguların onu (%62.5) herhangi bir tedavi verilmeksizin, iki olgu(%12.5) ayaktan ibuprofen tedavisi verilerek, dört olgu(%25) yatırılarak izlendi. Yatırılarak izlenen iki olguda dilate kardiyomiopati (DKMP) gelişti. Bir olguda ilaçlarla kontrol edilemeyen semptomatik sinüs taşikardisi, diğerinde 1 hafta süreyle devam eden göğüs ağrısı gelişti. Mikrobiyolojik incelemelerde etyolojik ajanı ortaya koyacak bulgu elde edilemedi. DKMP hastalığının önemli komplikasyonu olarak düşünüldüğünde sol ventrikül disfonksiyonunu öngörmede semptomların şiddeti, serum CK-MB, Troponin I, sedimentasyon, CRP düzeyleri, efüzyon miktarı arasında anlamlı ilişki saptanmazken serum NT-ProBNP düzeyleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi(p<0,04).

Tartışma ve Sonuç:

Mikrobiyolojik incelemelerde herhangi bir ajan belirlenememiş olsa da 3 aylık zaman diliminde 16 olgunun myoperikardit tanısı almış olması bir enfeksiyöz ajanı düşündürdü. Serum NT-ProBNP düzeyleriyle DKMP gelişmiş olması arasında istatistiksel anlamlı ilişki belirlenmesi myoperikardit olgularında NT-ProBNP düzeylerine bakılmasının yararlı olabileceği düşünüldü.

ÇOCUKLARDA TROMBÜS TEDAVİSİNDE REKOMBİNAN DOKU PLAZMİNOJEN AKTİVATÖRÜ İLE KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

HAŞİM OLGUN, MUSTAFA BÜYÜKAVCI, NACİ CEVİZ, ZUHAL KESİN YILDIRIM,
İRFAN OĞUZ ŞAHİN, İBRAHİM CANER, CANAN YOLCU, KADİR ŞERAFETTİN TEKGÜNDÜZ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Amaç:

Trombotik olaylar yenidoğan ve çocuk hastalarda klinik seyri komplike hale getirebilir. Saptanan trombüsün cerrahi ya da farmakolojik yolla ortadan kaldırılması olası embolik sonuçları önleyebilir. Trombüsün, rekombinan doku plazminojen aktivatörleri (r-tPA) kullanılarak non-invazif yolla eritilmesinin avantajları vardır. r-tPA kullanımına ait deneyimler çocuk kliniklerinde yetişkindekilere göre az olmakla birlikte gittikçe artmaktadır.

Bu çalışmada çocuk hastalarda r-tPA kullanımına ilişkin deneyimlerimiz sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Nisan 2006-Şubat 2012 tarihleri arasında toplam 12 hastada r-tPA kullanım ihtiyacı oldu.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 4.7 ± 6.4 idi. Rekombinan doku plazminojen aktivatörü; kalp boşluklarında (n=6), prostetik kalp kapağında (n=1) ve periferik arterde (n=5) saptanan trombüsler nedeniyle kullanıldı. Olguların sekizinde tam düzelme görülürken bir hastamızda tedavi minör kanama nedeniyle sonlandırılıp cerrahi girişime ihtiyaç duyuldu. İki olguda trombüs organize olurken bir yenidoğan hastamız fibrinolitik tedaviye cevap gözlenmeden sepsis nedeniyle kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Rekombinan doku plazminojen aktivatörleri kullanılarak yapılan trombolitik tedavi cerrahi girişime alternatif olan etkili, güvenli ve kolay uygulanabilir bir tedavidir.

AORTOPULMONER PENCERE TANISIYLA İZLENEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYLA OKTAY, KÜRŞAT TOKEL, BİRGÜL VARAN, İLKAY ERDOĞAN, ALPER GÜRSU,
MURAT ÖZKAN, SAİT AŞLAMACI

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Bu çalışmada aortopulmoner pencere (APP) tanısı ile izlenen hastaların tanı sırasındaki bulgularının ve cerrahi düzeltme yapılan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Hastanemizde Mayıs 1996–Şubat 2012 tarihleri arasında APP tanısı almış olan 17 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Tanı yaşı 7 gün ile 17 yıl arasında (median 2.5 ay) idi. Onbeş hastaya kalp kateterizasyonu yapıldı. On hastada (%59) ek kardiyak anomali saptandı. Üç (%18) hastada sağ arkus, 3 (% 18) hastada kesintili aortik ark, 2 (%12) hastada pulmoner arter dallarında darlık, 2 (%12) hastada valvüler aort stenozu, 1 (% 6) hastada ventriküler septal defekt, 1 (% 6) hastada komplet atriyoventriküler septal defekt, 1 (% 6) hastada sağ koroner arterin pulmoner arterden orijin aldığı kardiyak anomali eşlik etmekteydi. Ortalama akımlar oranı 3.5 ± 1.8 , sistolik pulmoner arter basıncı 54.2 ± 14 mmHg, pulmoner vasküler direnç median 4.7 Ü (0.9-31Ü) hesaplandı. Hastalardan üçü Eisenmenger sendromu, biri kompleks doğumsal kalp hastalığı nedeniyle inoperabl idi. Onüç hasta 7 gün ile 3.5 yaş arasında (median 3 ay) opere edildi. Operasyon sırasında, sonrasında erken ve geç dönemde eksitus saptanmadı. Hastaların izlem süresi 1 ay-12 yıl arasında idi. Bir (%12.5) hasta rezidüel şant nedeniyle postoperatif 3. yılda tekrar ameliyat edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Aortopulmoner pencere anomalisi nadir görülen, ekokardiyografi ile tanısı atlanabilen ve cerrahi olarak tam düzeltilmesi mümkün olabilen bir kardiyak anomalidir. Eisenmenger sendromu gibi komplikasyonların önlenmesi için erken tanı konulması önemlidir.

SON BİR YIL İÇİNDE 400 HASTADA YAPTIĞIMIZ TİLT TESTİ SONUÇLARIMIZ

YILMAZ YOZGAT¹, TİMUR MEŞE¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, TALİHA ÖNER¹, RAHMİ ÖZDEMİR¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, SEÇİL KURTULMUŞ², VEDİDE TAVLI¹

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Tilt testi açıklanamayan senkop ve vazovagal senkop şüpheli çocuk hastalarda 1990'lı yıllardan beri kullanılmaktadır. Testin endikasyonu genel olarak refleks senkop süresi olan fakat başlangıç değerlendirmesiyle tanısı doğrulanamayan hastalardır. Tilt testi hastanın refleks senkopa yatkınlığını değerlendirilerek medikal tedavi başlanması için yol göstericidir. Bizde son bir yıl içinde çocuk kardiyoloji polikliniğinde 400 hastada yaptığımız tilt testi sonuçlarımızı bildirmek istedik.

Gereç ve Yöntem:

2011-2012 yılları arasında Dr. Behçet Uz çocuk Hastanesi çocuk kardiyoloji polikliniğine senkop nedeniyle müracaat eden en az 2 veya daha fazla senkop atağı geçiren ve başlangıç değerlendirmesi ile kesin olarak refleks senkop tanısı koyamadığımız 400 hastada yaptığımız tilt testi sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirdik. Kliniğimizde farmakolojik provokasyonsuz tilt testi yapılmaktadır. Hasta İV kanülasyonu takiben 20 dakika dinlenmekte ve 60-70 derece açılı tilt masamızda toplam 35 dakika süre ile 5 dakikalık aralarla otomatik tansiyon ve nabız ölçümleri yapılarak izlenmektedir. Testin sonlanım noktası refleks hipotansiyon, bradikardi, senkop veya presenkop gelişmesidir

Bulgular:

Olguların 264'ü (%66) kadın, 136'ı (%34) erkekti. Yaşları 5 -18 yaş arasında idi ve yaş ortalaması 12.66 saptandı. Tilt testi pozitif olgu sayısı 172 (%43), negatif olgu 228 (%57) idi. Olgularımızın 23'ü (% 5.8) Tip 1 (Mix Tip), 11'i (%2.8) Tip2A, 5'i (% 1.2) Tip2B, 9'si (% 2.3) Tip 3 (Vazodepresif tip) ve 128'i (% 32) Postural taşikardi sendromu (POTS) saptandı. Tilt testi pozitif olan hastalarda tilt testi esnasında en sık şikayetler bayılma 36 (%9), baş dönmesi 31(% 7.8), mide bulantısı 25 (%6.5), renk solması 23 (5.8), göz kararması 17 (%3), terleme 16 (%4), halsizlik 12 (% 3) saptandı. POTS'lu hastalarımızın 84'ü (%65.6) kadın, 44'ü (%34.3) erkekti yaşları 8 -18 yaş arasında ve yaş ortalaması 14.33 saptandı. Tilt testinde semptom tespit edilen POTS'lu hastalar beta bloker tedavisi verilerek izlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç:

Tilt testi sonuçlarımıza göre hastalarımızda en sık POTS tespit edilmiştir. Literatürde POTS daha çok genç kızlarda bildirilmektedir. Çalışmamızda POTS %65.6 oranında kız çocuklarda izlenmiştir. Tilt testinde semptom tespit edilen POTS'lu hastalar beta bloker tedavisinden yarar görmektedir.

SB 53

İKİ YÖNLÜ KAVOPULMONER ANASTAMOZ YAPILAN HASTALARIMIZDA KLİNİK SONUÇLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

CANAN AYABAKAN, MUHAMMED KARABULUT, ÖZLEM SARISOY, KÜRŞAD TOKEL, BÜLENT SARITAŞ, CAN VURAN, EMRE ÖZKER, RIZA TURKOZ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

İki yönlü kavopulmoner anastomoz (BCPC), fonksiyonel tek ventrikül fizyolojisinde Fontan ameliyatından önceki palyatif aşamadır. Çalışmamızda BCPC ameliyatı yapılan farklı patolojilere sahip hastalar incelenerek klinik sonuçları etkileyen faktörler araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2007-2012 yılları arasında fonksiyonel tek ventrikülü olup BCPC yapılan 50 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Ameliyat yaşı, dominant ventrikülün yapısı, atrioventriküler kapak yetersizliği, tanı sırasında pulmoner kan akımının artmış veya azalmış olması, ortalama pulmoner arter basıncı, ventrikül fonksiyonu, oksijen satürasyonu gibi parametreler değerlendirildi. Bu parametrelerin yoğun bakımda izlem ve entübasyon süreleri, inotropik ajan miktarı ile ilişkisi araştırıldı.

Bulgular:

Yaş ortalaması 19,69±20,58 ay, ağırlığı 8,76 ±3,54 kg olan hastaların % 24'ü (n=12) 6 ayın altında idi. Başlangıç tanısında pulmoner kan akımı az olanlar (PS) % 70 (n=35), fazla olanlar (PH) ise %30 (n=15) bulundu. Dominant ventrikül 35 hastada sol, 15'inde sağ ventrikül yapısındaydı. Preoperatif ortalama pulmoner arter basıncı 14,91±3,4 mmHg, ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) %66,25±11,37, kısalma fraksiyonu (KF) %37,45±9,48, oksijen satürasyonu %76,16±9,4 saptandı. BCPC ameliyatından sonra EF ve KF'de anlamlı artış olduğu belirlendi (p=0.001). 6 aydan küçük hastaların büyüklere göre yoğun bakımda izlem süreleri (10,92±9,76 ile 3,32±5,09 gün), entübe kalma süreleri (157,17±181,86 ile 18,08±19,34 saat) ve inotropik destek miktarları anlamlı

olarak fazlaydı ($p<0,05$). Benzer şekilde başlangıçta PS grubundaki hastaların PH'dekilere göre yoğun bakım ($6,34\pm8,3$ ile $2,33\pm1,23$ gün) ve entübasyon süreleri ($66,31\pm124,21$ ile $16,80\pm16,33$ saat), inotropik ajan miktarları daha fazlaydı ($p<0,05$). Preoperatif satürasyon ile yoğun bakımda kalış süresi ve inotropik ajan miktarı arasında negatif korelasyon izlendi ($p<0,05$). Toplam 6 hasta kaybedildi, bunlardan 3'ü 6 aydan küçüktü. Eksitus olan hastaların 5'i PS grubunda bulunmaktaydı. Eksitus olanlarda pulmoner arter indeksi anlamlı olarak daha düşüktü ($184,86\pm20,39$; $235,41\pm93,06$ $p<0,05$).

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızda erken BCPC ameliyatının (6 aydan önce) ve başlangıçta azalmış pulmoner kan akımına sahip kalp patolojisinin bulunmasının postoperatif morbiditeyi arttırdığı; pulmoner arter indeksinin ise mortalite üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

SB 54

SCIMITAR SENDROMLU OLGULARIN TANI VE TEDAVİ SONUÇLARI

FADLİ DEMİR, ABDULLAH ERDEM, İLKER KEMAL YÜCEL, REYHAN DEDEOĞLU, HALİL DEMİR, TURKAY SARITAS, ALİ RIZA KARACI, NUMAN ALİ AYDEMİR, AHMET ÇELEBİ

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Scimitar sendromu (SS) sağ akciğerin tamamı yada bir kısmının pulmoner venöz drenajının vena kava inferiora (VKİ), VKİ-sağ atrium bileşkesine veya sağ atrium alt ucuna olduğu, farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilen bir sendromdur. Bu çalışmada SS tanısı almış olgularımızı değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 2003-2012 yılları arasında kliniğimizde SS tanısı almış olgular alındı. Olguların klinik, muayene, telekardiyografi, ekokardiyografi, kalp kateterizasyonu, cerrahi uygulanan olgularda ameliyat notları, ameliyat sonrası yoğun bakım izlem notları geriye dönük gözden geçirildi. Yine bu hastaların izlemdeki bulguları değerlendirildi.

Bulgular:

Yaşları üç gün ile 16 yaş arasında değişen ve medyan yaşı 24 ay olan, ağırlıkları 3.6 kg ile 80 kg arasında değişen (median 5.0) olan, 9'u kız, 3'ü erkek 12 olgudan 5'i (%41.6) infantil, 7'si (%58.4) çocuk/erişkin tip SS olarak değerlendirildi. İnfanitil tipteki olguların 4'ünün de taşipne ve kalp yetersizliği bulguları, çocuk/erişkin tipteki olguların birinde

tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Bir olgu bilateral SS, 1 olgu ise VSD-pulmoner atrezi ile birlikte SS olarak değerlendirildi. İnfantil tipte SS'lu olguların tümü ciddi pulmoner hipertansiyonlu iken, çocuk/erişkin tipteki olguların hiçbirinde PHT yoktu. Altı olguda sağ pulmoner arter hipoplazisi, 8 olguda aorto-pulmoner kollateral saptandı. Altı olguda AP kollateral transkateter yolla kapatıldı. Dokuz olguya (%75) cerrahi girişim uygulandı. İnfantil SS'lu 1 olgu cerrahi sonrası yoğun bakım takiplerinde, cerrahi girişim uygulanmayan bilateral SS'lu bir olgu ise takipte akciğer enfeksiyonu nedeniyle kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Scimitar sendromu farklı formlarda görülebilen nadir bir sendromdur. AP kollaterallerin oklüzyonu semptomatik iyileşme sağlayabilir. Ancak özellikle Scimitar veni obstrüktif ve ilave kardiyak anomali bulunan olgularda cerrahi girişim gerekir. Çocuk/erişkin tipteki olgular ise sıklıkla asemptomatik veya bazen tekrarlayan akciğer enfeksiyonu tablosu ile baş vurabilmektedir.

SB 55

KAWASAKI HASTALIĞI'NDA KORONER ARTER TUTULUMUNUN PERSİSTE ETMESİNDE ETKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

MURAT MUHTAR YILMAZER¹, TALIHA ÖNER², BARİŞ GÜVEN², TİMUR MEŞE²,
VEDİDE TAVLI²

¹ *DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DİYARBAKIR*

² *DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR*

Amaç:

Kawasaki Hastalığı (KD) koroner arter tutulumu ile seyreden hayatı tehdit eden bir vaskülitir. Bu çalışmanın amacı koroner arter tutulumunun persiste etmesinde etkili risk faktörlerinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Bu retrospektif çalışmaya Mayıs 2007-Şubat 2011 tarihleri arasında KH tanısı almış 43 hasta (ort yaş 36.30±30.36 ay) dahil edildi. Hastaların 25'i komplet KH (kKH), 18'i ise inkomplet KH (iKH) tanısı almış ve IVIG tedavisi uygulanmıştı. Demografik, laboratuvar, klinik, ekokardiyografik ve terapötik veriler medikal kayıtlardan analiz edildi. Komplet ve inkomplet KH tanısı 2004 yılında yayınlanmış rehber yayın baz alınarak konulmuştu. Hastaların takip süresi ort 2.58±1.39 yıl idi.

Bulgular:

Tedavi öncesinde hastaların 12'sinde (6 komplet, 6'sı inkomplet vakada) koroner arter tutulumu mevcuttu. Başvuru sırasındaki ateş süresi ort 8.93±3.84 gün idi. Koroner arter tutulumu açısından cinsiyet arasında fark yoktu ($p<0.05$). Tedavi sonrasında 4 hastada (2'si komplet, 2'si inkomplet vakada) koroner arter tutulumu persiste ederken kalan 8 hastada normale dönmüştü. Bu 4 hastadan 3'ü ateşin 10. gününden sonra başvurmuştu. Bununla birlikte standart IVIG tedavisi sonrasında 8 hastada tedaviye yanıtızsızlık saptandı. Logistik regresyon analizinde başvuru sırasında sedimantasyon yüksekliği ve steril pyürinin mevcut olması (model I) ile birlikte ateşin süresi (model II) koroner arter etkilenmesinin persiste etmesiyle ilişkili bulundu.

Tartışma ve Sonuç:

Bir çok çalışmada KH'nda koroner arter etkilenmesindeki risk faktörleri araştırılmış ve üzerinde uzlaşılan tek risk faktörü ateş süresi olarak bildirilmişti. Bizim çalışmada ise farklı olarak koroner arter tutulumunun persiste etmesinde etkili risk faktörleri araştırıldı ve yine ateş süresi risk faktörü olarak saptanırken sedimantasyon yüksekliği ve steril pyürinin de koroner arter tutulumunun devam etmesinde önemli risk faktörleri olduğu bulundu. Burdan hareketle; daha uzun süren veya daha şiddetli inflamasyonun koroner arterlerde tedaviye rağmen düzelmeyen bir değişim meydana getirdiği öne sürülebilir.

SB 56

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA KARDİOVASKÜLER SİSTEM ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

AYŞE ŞİMŞEK, ÇAĞLA SERPİL DOĞAN, MURAT ÇİFTEL, ÖZLEM TURAN
FIRAT KARDELEN, GAYAZ AKÇURİN, SEMA AKMAN, HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

Amaç:

Kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) erken evrelerinden itibaren gelişen kardiyovasküler hastalıklar, çocuk ve adolesan KBY hastalarında mortalitenin en sık nedenidir ve farklı çalışmalarda %23- %50 oranında bildirilmektedir.

Amaç: Kronik böbrek yetersizliği tanılı, diyaliz tedavisi almayan hastalarda konvansiyonel ekokardiyografi ve doku doppler ekokardiyografi (DDG) ile sol ventrikül sistolik ve diastolik fonksiyonlarının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya kronik böbrek yetmezliği tanısı ile takipli 58 hasta (25 kız-33 erkek), yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 15 kontrol grubu dahil edilmiştir. Hastalar glomerüler filtrasyon hızlarına göre (GFR) evre 2-3-4 KBY olarak 3 gruba ayrılıp konvansiyonel ve DDG uygulandı

Bulgular:

Hasta ve kontrol grubu arasında sistolik fonksiyonlar açısından anlamlı farklılık bulunmadı. Hastalarda sol ventrikül MPI $0,59\pm0,24$, kontrol grubunda $0,37\pm0,06$ ($p<0,05$) anlamlı olarak yüksek bulundu. Mitral E/A oranı hasta grubunda kontrollere göre anlamlı olarak düşük bulundu. ($1,83\pm0,55$ ve $2,18\pm0,61$ $p<0,05$). KBY'li hastaların GFR'ye göre yapılan evrelemesinde 18 hasta evre 1, 18 hasta evre 2, 22 hasta evre 3 KBY'liydi. KBY evreleri arasında da MPI ve sol ventrikül geometrisi arasında anlamlı fark saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

KBY'de gelişen kardiyovasküler hastalık patofizyolojisi sol ventrikül hipertrofisi (SVH) ve vasküler hasar olmak üzere birbirine paralel iki süreci içerir. Her iki durumda da kronik böbrek hasarlanması erken dönemlerden itibaren gelişir böbrek fonksiyonu azaldıkça daha sık ve belirgin hale gelir, sol ventrikülün sistolik ve diastolik fonksiyonlarının bozulmasına yol açar.DDG sistolik, diastolik fonksiyon,sol ventrikül hemodinamisini kantitatif göstermesi nedeni ile kullanılabilir bir tekniktir. Hastalarımızda da sistolik fonksiyonları korunmuş olduğu halde, diastolik disfonksiyon geliştiğini saptadık.

KBY'li çocuklar, anlamlı kardiyovasküler hastalık yüküne sahip olmalarına rağmen sıklıkla son döneme kadar klinik bulgu vermezler. Renal fonksiyon, kardiyovasküler olaylar ve ölüm arasındaki ilişki nedeni ile KBY'nin erken dönemlerinden itibaren risk faktörleri tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.

Sonuç: KBY'li hastalarda doku doppler ekokardiyografi kardiyovasküler etkileri erken evrede değerlendirmek amacıyla standart ekokardiyografiye ek olarak kullanılabilir.

YENİDOĞANLARDA PERSİSTAN PULMONER HİPERTANSİYONUN İLOPROST VE ORAL SILDENAFİL İLE TEDAVİSİ

İ. İLKER ÇETİN, FİLİZ EKİCİ, SEVİM ÜNAL, LEYLA BİLGİN, ABDULLAH KOCABAŞ,
M. EMRE ARI

ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

2011 yılı içinde persistan pulmoner hipertansiyon tanısı konularak iloprost ve sildenafil ile tedavi edilen 11 yenidoğana ait veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Tedaviye intravenöz iloprost (2 ng/kg/dk) ile başlandı. pH <7.3 ise 4-6 saat aralarla iloprost dozu 1 ng/kg/dk artırıldı. Diastolik kan basıncı -2 SD altına düşen ve en az 20 dk süresince düşük seyreden hastalarda dopamin (>10 µg/kg/dk) başlanarak, iloprost dozu bir alt doza düşüldü. İloprost dozu 2 ng/kg/dk'ya kadar düşülmesine rağmen hipotansiyonu devam eden hastalarda iloprost tedavisi sonlandırılarak tedaviye oral sildenafil (1 mg/kg/gün, 8 saat aralarla) ile devam edildi. pH <7.3 ise 4-6 saat aralarla sildenafil dozu önce 2 daha sonra 3 mg/kg/gün'e çıkıldı. Diastolik kan basıncı -2 SD altına düşen hastalarda sildenafil dozu bir alt doza düşüldü. Sildenafil dozu 1 mg/kg/gün'e kadar düşülmesine rağmen hipotansiyonu devam eden hastalarda sildenafil tedavisi sonlandırıldı. Ekstübe edilen hastalarda tedaviye inhale iloprost (250 ng/kg/doz, 2 saat aralarla, 6 doz) ile devam edildi.

Bulgular:

Hastaların yaşı 2.3 ± 0.8 (1 - 3) gün, gebelik süresi 38.4 ± 1.2 (37 - 40) hafta, doğum ağırlığı 2788 ± 546 (2065 - 3650) gr, 6'sı kız (% 54.5), 5'i erkek (% 45.5) idi. İntravenöz iloprost dozu 4 ng/kg/dk'ya kadar çıkılabildi. 5 hastada hipotansiyon nedeniyle median 2 (2-3) gün sonra oral sildenafil tedavisine geçildi. Oral sildenafil başlanan 5 hastanın 4'ünde sildenafil dozu 3 mg/kg/gün'e kadar çıkıldı. Hiçbir hastada bu dozda hipotansiyon gelişmedi. Ekstübe edilebilen 10 hastada inhale iloprost ile tedaviye devam edildi. İntravenöz iloprost verilen hastalarda median 5, ortalama 7.3 ± 5.7 (1 - 18) gün, oral sildenafil başlanan hastalarda ise median 6, ortalama 15 ± 6.4 (2 - 27) gün tedaviye devam edildi. İlk 2 gün sonunda 9 hasta intravenöz iloprost, 2 hasta ise oral sildenafil tedavisi almakta iken, 1 hafta sonunda 3 hasta intravenöz iloprost, 3 hasta inhale iloprost, 4 hasta ise oral sildenafil tedavisi alıyordu (Şekil 1). Ekstübasyon süresi ortalama 11.5 ± 10 (1 - 30) gün, inhale iloprost kullanım süresi ortalama 17.9 ± 29.5 (3-100) gün, izlem süresi median 16, ortalama 29.4 ± 35.7 (9 - 127) gün idi (Şekil 2). Sağ

ventrikül sistolik basıncı tedavi öncesi ortalama 48.3 ± 5.2 (45 - 58) iken, taburculuk öncesi 33.5 ± 2.5 (30 - 38) idi (Şekil 3). Hastaların izlemi sonrasında 11 hastanın 10'u (% 91) taburcu edilirken, 1 hasta eksitus oldu.

Tartışma ve Sonuç:

Bu sonuçlar intravenöz iloprost ve oral sildenafil tedavilerinin persistan pulmoner hipertansiyon tanısı alan yenidoğanlarda iyi tolere edildiğini göstermiştir.

SB 58

FETAL EKOKARDİYOĞRAFİNİN KONJENİTAL KALP HASTALIKLARINI SAPTAMADAKİ ETKİNLİĞİNİN VE KOMPLEKS KONGENİTAL KALP HASTALIKLI OLGULARIN PROGNOZLARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

SEVDA ÇAM, TİMUR MEŞE, YILMAZ YOZGAT, TALİHA ÖNER, SAVAŞ DEMİRPENCE, VEDİDE TAVLI

DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Prenatal tanı alan kompleks kongenital kalp hastalıklarının tipleri ve prognozları ile ilgili bildiriler farklıdır. Bizde kendi merkezimizde yaptığımız fetal ekokardiyografik çalışmalarımızı retrospektif inceleyerek, fetal ekokardiyografik incelemelerimizin konjenital kalp hastalıklarının Prenatal Tanısındaki etkinliğini ve kompleks konjenital kalp hastalığı (KKH) tanısı alan olguların prognozunu değerlendirmek istedik.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada ocak 2010-ocak 2011 tarihleri arasında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde fetal ekokardiyografi yapılan 990 olgu retrospektif incelendi. Olgulardan 440'ının sağlıklı olarak prenatal ve post natal sonuçlarına ulaşılabilirdi. Olguların fetal ekokardiyografi sonuçları önce postnatal ekokardiyografi sonuçları daha sonra postnatal opere olan olguların operasyon tanıları ile karşılaştırıldı. İntrauterin exitus olan, postnatal exitus olan ya da medikal abortus uygulanan olguların varsa postmortem inceleme raporları ile de fetal ekokardiyografik incelemeleri karşılaştırıldı.

Bulgular:

Çalışmada 440 gebe(12'si ikiz gebelik) toplam 452 fetüs değerlendirilmeye alındı. Olguların fetal ekokardiyografik incelemesinde 399 (%88.3) 'ü normal, 53 (%11.7)'si

anormal kardiyak bulgular izlendi. Olgulardan 7 (%1.5)'sinde medikal abortus, 4 (%0.8) 'ünde intrauterin exitus vardı. Kompleks kardiyak patolojili 11 olgunun prenatal tanıları ve prognozları ise AVSD+DROV+d-TGA (post –op izlem), DORV+ Pulmoner atrezi (operasyoda eksitus), simple d-TGA (post-op izlem), d-TGA + hidrops (medikal abortus), 3 olgu Hipoplastik sol kalp(medikal abortus, Post-op ex,Post-op izlem), Hipoplastik Sağ ventrikül+ Tam A-V blok (post-op izlem), Fallot tetralojisi (post op izlem), Trikuspid Atrezisi + Pulmoner atrezi (medikal abortus), Hipertrofik kardiyomiyopati (normal eko bulguları) idi. Disritmi 6 olguda saptandı. 2 olguda A-V tam blok (epikardiyal pil, epikardiyal pil), 2 olgu sinus bradikardisi (normal sinus ritmi, normal sinüs ritmi), 4 olgu premature atriyal vuru (hepsi normal sinüs ritmi) idi.

Tartışma ve Sonuç:

kompleks KKH tanısı alan olguların sıklığı ve prognozunu literatürle uyumlu bulundu. Gebeleri sevk nedenlerini göre düşük ya da yüksek risk grubuna göre ayrılmadan yaptığımız çalışmamızda fetal ekokardiyografinin tüm patolojileri saptamadaki duyarlılığı %24.2, özgüllüğü %99 saptandı. Fetal ekokardiyografi KKH'larının prenatal tanısında etkili olduğunu düşünüyoruz..



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



TARTIŞMALI POSTER BİLDİRİLER

CERRAHİ

İZOLE BÜYÜK ARTER TRANSPOZİSYONLU OLGULARDA GEÇ (1 AY SONRASI) ARTERİAL SWITCH OPERASYONU

BÜLENT SARITAŞ, RIZA TÜRKÖZ, CAN VURAN, EMRE ÖZKER, UYGAR YÖRÜKER, HALİM ULUGÖL, MUHAMMED KARABULUT, CANAN AYABAKAN, KÜRŞAD TOKEL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Arterial switch operasyonu (ASO) büyük arter transpozisyonunda (TGA) günümüzde en çok tercih edilen ve uzun dönem sonuçları en iyi olan ameliyat yöntemidir. Ancak intakt ventriküler septumlu (IVS) olguların genellikle ilk 2 hafta içerisinde opere edilmesi sol ventrikül kas kitlesinin sistemik dolaşımı sürdürebilme yeteneğinin kaybolmaması yönünden önemlidir. Kliniğimizde 1 aydan büyük IVS'lu geç ASO uyguladığımız olgular değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:

2007-2012 tarihleri arasında 1 ay ve üzerindeki yaş grubunda 3 izole TGA olgusu opere edildi. Her 3 olguya pulmoner arteriyel band (PAB) yapılmadan ASO uygulandı. Olguların yaş ortalaması $36,6 \pm 11,5$ (30-50) gün ve kilosu $3,5 \pm 0,14$ kg idi.

Bulgular:

Olguların ortalama krosklemp süresi 97 ± 13 dk ve pompa süresi 186 ± 16 dk idi. Olguların 1'inde ameliyattan sternum açık çıkılırken hastalarımızın hiçbirinde sol ventrikül destek cihazı (LVAD) ihtiyacı olmadı. Postoperatif ekstübasyon süresi $5,3 \pm 4,5$ gün, yoğun bakımda kalış süresi $9,6 \pm 3,7$ gün, hastanede kalış süresi 18 ± 12 gün idi. Hiçbir olguda mortalite görülmedi. Üç olguda sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Atrial switch operasyonlarının uzun dönemde ortaya çıkan problemler sebebiyle IVS'lu TGA olgularında 2 aya kadar PAB kullanmadan ASO önermekteyiz.

NEONATAL ROSS KONNO OPERASYONU

ERSİN EREK, KÜRSAD ÖZ, SELEN ONAN, BURAK ERSOY, BANU BİNBAŞ,
ALPER GÜZELTAS, ENDER ÖDEMİŞ

İSTANBUL MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Yenidoğan olgularda önemli aort kapak stenozuna, aortik anulus hipoplazisinin eşlik etmesi, tedavi seçeneklerini sınırlar. Sol ventrikül genişliği yeterli olan olgularda Ross Konno operasyonu tek alternatif olabilir.

Gereç ve Yöntem:

Doğum sonrası 2. günde kritik aort stenozu tanısı ile entübe olarak hastanemize sevk edilen 2830 gr, erkek bebek. Yapılan ekokardiografisinde, aort kapak bikuspid, displastik, açılımı kısıtlı, annulusu 4,5 mm (z skoru:-3,6) kapak seviyesinde 88 mmHg, (ortalama: 47 mmHg) gradient mevcuttu. Aort stenozu (valvuler önemli) mitral yetersizliği (önemli), PDA VSD(midmuskuler küçük), PFO ve PH tespit edildi. Hastaya 6. gün ve 52. gün olmak üzere iki kez balon aortik valvüloplasti uygulandı. Girişimler kısmen başarılı olmakla birlikte, aort stenozu devam etti ve gradientin aortik anulus hipoplazisine bağlı olduğu düşünüldü. Son yapılan girişim sonrası yoğun bakımda entübe ve inotropik destek altında olan hasta ameliyata alınarak 26° C orta derecede hipotermi altında Ross- Konno operasyonu uygulandı. Pulmoner rekonstrüksiyon için 16 mm Contegra kondüit kullanıldı. Kardiyopulmoner bypass süresi: 202 dk; Aort klemp süresi: 144 dk idi. Hasta sternum açık olarak yoğun bakıma alındı.

Bulgular:

Postoperatif erken dönemde hemodinamisi stabil seyreden hastanın 3.gün sternumu kapatıldı. Alt solunum yolu enfeksiyonu tedavisi aldı. Entübasyon süresi 9 gün, yoğun bakımda takibi 23 gün, hastanede yatış süresi 29 gün idi. Takiplerinde sorunsuz izlemde olan hastanın postoperatif 1ve 3 aydaki ekokardiografi sonucu; sol ventrikül çıkım yolu açık, 10 mm.; Aort annulusu 9 mm. sol ventrikül hipertrofik, neoaortik kapak açılımı iyi, gradient yok, yetersizlik yoktu.

Tartışma ve Sonuç:

Ross-Konno operasyonu, aort kapak hastalığı ile birlikte aortik annuler hipoplazi ve/veya tünel tip subaortik obstruksiyon olan bebeklerde etkili ve tercih edilen cerrahi prosedürdür. Bilgimize göre, olgumuz, Ülkemizde Ross-Konno ameliyatı uygulanan en küçük bebektir.

TPB-3

KONJENİTAL KALP CERRAHİSİ SONRASINDA RESPİRATUAR SİNSİSYAL VİRÜS ENFEKSİYONUNA BAĞLI AKUT RESPİRATUAR DİSTRES SENDROMU – EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENASYONU İLE TEDAVİ

CAN YEREBAKAN, ARDA ÖZYÜKSEL, ÖZGÜR YILDIRIM, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN, MEHMET SALİH BİLAL

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Respiratuar Sinsisyal Virüs (RSV) enfeksiyonu iki yaş altı hastalarda bronşiyolit en yaygın nedenidir. Hastaların yalnızca %1' i hastanede tedavi gerektiren semptomlar gösterir ve bunların yaklaşık %3'ü hayati risk arz eder. Ancak konjenital kalp hastalarında mortalite %40'a kadar çıkabilmektedir.

Irak'tan 9 aylık bir bebek hastanemize geldikten sonra ekokardiyografik incelemesinde situs solitus, dextrokardi, çift çıkımlı ve hipoplazik sağ ventrikül, pulmoner atrezi ve büyük arterlerin D-transpozisyonu teşhisleriyle izlendi. Preoperatif hikayesinde sadece adenovirüse bağlı diyaresi olan hastaya ön tedavinin ardından 4 mm PTFE greft kullanılarak aortopulmoner şant operasyonu uygulandı.

Gereç ve Yöntem:

Maksimum mekanik ventilasyon desteğine cevap vermeyen hasta 4. postoperatif günde Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS) tanısıyla venovenöz Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) desteğine alındı (Basiñ kontrollü ventilasyon: FiO₂ %100, PEEP 6 mmHg, Tidal volüm 70, P_{max} 44 mmHg, pO₂ 52 mmHg, PCO₂ 104.3 mmHg). Gönderilen endotrakeal aspirasyon sıvısında RSV enfeksiyonuyla uyumlu bulgu nedeniyle Ribavirin tedavisiyle desteklenen hasta 10 günlük ECMO desteğini takiben 25. postoperatif günde ekstübe edildi. 28. postoperatif günde servise çıkarılan hasta 36. postoperatif günde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

RSV enfeksiyonları konjenital kalp hastalıklarında preoperatif ve özellikle postoperatif dönemde ARDS'ye bağlı önemli mortalite riski ile karşımıza çıkabilir. Maksimum mekanik ventilasyon desteğine cevap vermeyen hastalarda ECMO terapisi umut veren bir alternatif olarak kabul edilebilir.

TPB-4

ATRIOVENTRİKÜLER SPTAL DEFEKLİ FALLOT TETRALOJİSİ OLGULARIMIZ

EYLEM TUNÇER, MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, FÜSUN GÜZELMERİÇ, NACİ ÖNER, AYŞE YILDIRIM İNCE, MEHMET DEDEMOĞLU, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Komplet atriyoventriküler septal defekt (AVSD) ve Fallot tetralojisinin (TOF) birlikteliği nadir görülen bir doğuştan kalp anomalisidir. Bu çalışmada son 1 yılda opere ettiğimiz AVSD eşliğinde TOF vakaları incelendi.

Metod:

Kliniğimizde bir yıl içinde 4 hasta (3 erkek, 1kız; yaş dağılımı 1-7 yaş) AVSD+TOF tanısı ile opere edildi. Bir hastada Down sendromu vardı. 4 hastanın üçüne tam düzeltme operasyonu yapılırken, bir hastaya modifiye Blalock-Taussing şanti yapıldı. Tam düzeltme ameliyatı yapılan 3 hastamızın hepsine transannüler yama kondu. Bunlardan 2 tanesinde yama pulmoner arter bifurkasyon distaline uzatıldı.

Sonuç:

İki hastamızda uzamış entübasyon ve şilotoraks gelişti. Bu hastalardan biri şilotoraks nedeni ile explore edildi ve sağ total plevrektomi yapıldı. Bu hastamız ameliyat sonrası 38. günde sepsis nedeni ile kaybedildi. Eko kontrollerinde, pulmoner arter bifurkasyon rekonstrüksiyonu yapılan bir hastamızda sol ve sağ pulmoner arterde orta derecede darlık gradiyenti tesbit edildi. Bir hastamızda pulmoner kapakta hafif yetmezlik tesbit edildi.

Tartışma:

Uygun cerrahi strateji ve kabul edilebilir bir mortalite ve morbidite ile AVSD+TOF hastaları opere edilebilirler. Hastaların AV kapak fonksiyonları, pulmoner darlık, yetersizlik ve ventrikül fonksiyonları açısından uzun dönem takipleri sürdürülmelidir.

İNVAZİV

AORT KOARKTASYONUNA STENT UYGULADIĞIMIZ HASTALARIMIZDAKİ ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

ENDER ÖDEMİŞ, MURAT SAYGI, ALPER GÜZELTAŞ, MEKİ BİLİCİ, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Aort koarktasyonu, arkus aortanın doğumsal olarak en sıklıkla sol subklaviyan arter distalinde diskret veya uzun segment halinde daraldığı bir lezyondur. Tedavi cerrahi ya da transkateter olarak obstrüksiyonun giderilmesidir. Cerrahi ile başarı oranları yüksek olmasına rağmen anevrizma gelişimi ve re-stenoz gibi olası uzun dönem komplikasyonlar nedeniyle son yıllarda girişimsel uygulamalar popüler olmuştur. Bu çalışmada aort koarktasyonuna stent uyguladığımız hastalarımızla ilgili bulguları retrospektif olarak değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem:

Eylül 2010 ile Mart 2012 arasında merkezimize başvuran ve aort koarktasyonu nedeniyle stent yapılan toplam 16 hasta çalışmaya dahil edildi (%81'i erkek). Olguların medyan yaşı 10,6 yıl (4,9-21 yıl) medyan vücut ağırlığı 40 kg idi (18-65 kg). Bir hastada Turner sendromu tespit edilmesi dışında genetik ya da morfolojik bozukluk saptanmadı.

Bulgular:

Tüm hastalarda koarktasyon stent işlemi başarıyla uygulandı. Stent uygulamalarının hepsinde genel anestezi kullanıldı ve hastalar entübe iken işlem yapıldı. Ortalama işlem süresi 106 dk (60-210 dk) ve ortalama skopi süresi 23,6 dk (11,5-53 dk) idi. Tüm hastalara CP stent uygulandı. Beş hastaya (%31) cover stent uygulandı. Birden fazla stent gerektiren hasta olmadı. İki olguda(%12,5) arkus hipoplazisi mevcuttu. Koarktasyon lokalizasyonu 12 olguda(%75) istmus distali, 1 olguda(%7) istmus proksimali ve 3 olguda (%18) kompleks idi. İşlem öncesi anjiyografide hesaplanan ortalama koarktasyon gradiyenti 36,8 mmHg iken işlem sonrası 4,7 mmHg oldu(p:<0.05). Olguların 13'ünde (%81) nativ koarktasyon mevcut iken 3 olguda(%18,75) re-koarktasyon ve 1 olguda (%6) re-rekoarktasyon mevcuttu. İki hastada (%12,5) ilave kardiyak patoloji mevcuttu(n=1 VSD,n=1 PDA). Altı olguda(%38) biküspit aortik kapak mevcuttu. İşlem sonrası izlem süresi ortalama 8,7 ay idi(1-18 ay). Hiçbir olguda işlem sırasında ve sonrasında komplikasyon gözlenmedi ve izlemde rekoarktasyon nedeniyle yeniden müdahale gereksinimi olmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Aort koarktasyonu saptanan olgularda transkateter stent yerleştirilmesi, büyük çocuklar ve yetişkinlerdeki nativ koarktasyonlar ve rekoarktasyonlarda giderek yaygınlaşan oranlarda uygulanmaktadır. İşlemin etkinliği ve güvenilirliği de oldukça yüksek olup erken dönem tekrar girişim gereksinimi kabul edilebilir düzeydedir.

TPB-6

PFM NİT-OCCLUD® LÊ VSD COİL CİHAZI İLE TRANSKATETER VSD KAPATILMASI ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

ENDER ÖDEMİŞ, ALPER GÜZELTAŞ, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, MEKİ BİLİCİ

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Transkateter VSD kapatılması yaklaşık 25 yıldır girişimsel kardiyologlar tarafından yapılmaktadır. Bugüne kadar birçok cihaz VSD kapatılması için kullanılmıştır. Uzun yıllar PDA kapatılması için kullanılan coiller VSD kapatılmasında da denenmiş ancak optimal sonuçlar elde edilememiştir. Burada özellikle transkateter VSD kapatılması için geliştirilmiş olan PFM Nit-Occlud® Lê VSD Coil ile transkateter VSD kapatılan olgularımızın erken dönem sonuçları sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Kasım 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında 5 hastaya Nit-Occlud® Lê VSD Coil cihazı ile VSD kapatılması yapıldı. Hastaların bilgileri geriye dönük olarak tarandı.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaş ve kiloları sırası ile $6,7 \pm 5,8$ yıl (1,6 – 16,7 yıl) ve $24,7 \pm 19,2$ kg (10 – 58 kg) idi. İşlem süresi ortalama 122 ± 41 dk. (90-180 dk.) olarak saptandı (Tablo-1). Hastaların işlem öncesi ve sonrasında takılan 24 saatlik ritm Holter ve EKG bulgularında patolojik bulgular saptanmadı. Erken oklüzyon oranı % 80, 1 hafta sonraki kontrolde ise % 100 olarak saptandı. Rezidü kalan 1 hastada medikal tedavi ve şantın kapanması ile düzelen hemoliz dışında komplikasyon gözlenmedi.

OLGU	Yaş	Kilo	VSA varlığı	Qp/QS	VSDnin LV tarafı	VSDnin RV tarafı	Cihaz	İşlem süresi	Erken Rezidü	Geç Rezidü*	komplikasyon
1	5,92	22,5	var	80	7	5	10/6	90	yok	yok	Yok
2	5,67	16,8	var	60	8	5	10/6	150	Hafif	yok	Hemoliz
3	3,50	16	var	85	9	6	12/6	180	yok	yok	Yok
4	16,67	58	var	100	9	5	8/6	90	yok	yok	Yok
5	1,67	10	var	80	8	4,5	8/6	100	yok	yok	Yok

Tartışma ve Sonuç:

Amplatzer Membranöz VSD cihazı 2003, Amplatzer Müsküler VSD cihazı 2005, Nit-Occlud® Lê VSD cihazı 2006 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Cihazların neredeyse hiç biri ideal değildir. Her cihazın kendine özgü avantaj ve dezavantajları vardır.

PFM coil ile subarteryel tip dahil transkateter VSD kapatılması yapılabilmekle birlikte ventriküler septal anevrizması olan hastalarda idealdir. Tam oklüzyon oranının yüksek olmasının yanında, cihaza bağlı bugüne kadar hiç blok bildirilmemiş olması da en büyük avantajı olarak görülmektedir.

EKOKARDİYOĞRAFI

YAYGIN PULMONER VENÖZ TROMBÜSLERLE BİRLİKTE AKUT PULMONER TROMBOEMBOLİ: PEDİATRİK OLGU SUNUMU

ABDULLAH ÖZYURT, ALİ BAYKAN, ERTUĞRUL MAVİLİ, MEHMET KÖSE, MUSA KARAKÜKÇÜ, TÜRKAN PATIROĞLU, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Çocuklarda son derece nadir gözlenen pulmoner tromboemboli(PTE), pulmoner arter veya dallarının daha çok venöz trombüslerle tıkanması sonucu oluşan bir tablodur. Yetişkinlerde tromboembolinin nedeni hemen çoğu zaman alt extremité venleriyken çocuklarda trombüs kaynağı her zaman belirlenemez. Tanı, tedavi ve yönetimiyle ilgili bilgiler daha çok yetişkin hasta deneyimlerinden elde edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

İki gündür baş dönmesi, çarpıntı, göğüs ağrısı ve nefes darlığı olan 15 yaşındaki kız hasta acile başvurdu. Taşikardi ve taşipnesi olan hastanın akciğer sesleri dinlemekle normaldi. Tansiyonu, kapiller oksijen satürasyonu, kan gazı ve akciğer filminde patoloji izlenmedi. Başvurusuna kadar hiçbir şikâyeti olmayan hastanın soy geçmişinde babada derin ven trombozu, halada 13 kez tekrarlayan abortus öyküsü vardı. D-Dimer 3850 olan hastanın PTE ön tanısıyla yapılan ekokardiyografik incelemesinde sağ kalp boşluklarında genişleme, triküspit ve pulmoner kapak rejurjitasyonu belirlendi. Pulmoner arter ve dalları açık olarak izlendi. Spiral toraks tomografisinde sağ alt pulmoner vende ve sağ pulmoner arterde totale yakın daralmaya neden olan trombüsle uyumlu dolum defekti izlendi. Vena cava inferiorda kontrast madde stazı belirlendi. Hastaya PTE tanısı kondu. 75 Ü/kg intavenöz heparin yükleme sonrası 18 /ü/kg/saat infüzyon tedavisi ile devam edildi. Tedavinin 14. gününde Warfarin başlandı. INR kontrolleriyle uygun Warfarin dozu belirlendi ve 17. günde heparin tedavisi kesildi. Genetik risk faktörlerine yönelik hastadan ve aileden trombofili paneli gönderildi. Protein C düzeyi sınırda düşük saptandı. Heterozigot faktör V Leiden mutasyonu olarak değerlendirildi.

Bulgular:



Bir ay sonra çekilen toraks tomografisinde sağ pulmoner arterdeki trombozda belirgin küçülme belirlendi, pulmoner venlerindeki trombüsler düzeldi.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklarda sıklığı yaklaşık 1/100.000, mortalitesi %20 olarak bildirilen PTE akut solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, çarpıntı gibi şikâyetlerle başvuran ve aile öyküsü pozitif olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Günümüzde artmış sedanter yaşam tarzı, santral venöz kateterizasyon sayıları ve obezite gibi risk faktörleri nedeniyle sıklığı artan ve non-invaziv tanı yöntemlerinin yaygınlaşmasıyla da pediatrik hastalarda daha sık olarak tanı koyma imkanı olan pulmoner tromboemboli ile ilgili deneyimimizi paylaşmak istedik.

TPB-8

İNTRAOPERATİF TRANSÖZOFAGEAL EKOKARDİYOĞRAFİNİN KONJENTİTAL KALP HASTALIKLARININ DEĞERLENDİRMESİNDEKİ ÖNEMİ

ALPER GÜZELTAŞ, ENDER ÖDEMİŞ, İ. CANSARAN TANIDIR, MEKİ BİLİCİ, SERTAÇ HAYDİN, ERSİN EREK, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Pediatrik kalp damar cerrahisinin hızla yaygınlaşması ve ameliyat sayılarının ve merkezlerinin artması intraoperatif transözefageal ekokardiyografinin kullanım alanlarını da arttırmıştır. Preoperatif transözefageal ekokardiyografi ile transtorasik ekokardiyografi ve anjiyografi ile koyulan tanıların doğrulanması mümkün olmakta ve

varsa ilave patolojiler tespit edilmekte; postoperatif transözefageal ekokardiyografi ile de cerrahi onarım kontrol edilerek tekrar girişim ihtiyacı belirlenmekte; ayrıca miyokard performansı ve inotrop ihtiyacı değerlendirilebilmektedir.

Merkezimizde konjenital kalp hastalığı nedeniyle opere edilen hastanın preoperatif ve postoperatif transözefageal ekokardiyografi bulgularını ve buradan elde ettiğimiz sonuçları paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde Kasım 2009- Aralık 2011 tarihleri arasında 553 hasta konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyata alındı. Ameliyat edilen hastaların 186'sına ameliyathanede transözefageal ekokardiyografi uygulandı. Ameliyathaneye alınan ve transözefageal ekokardiyografi yapılması planlanan her hastaya genel anestezi altında entübe iken transözefageal ekokardiyografi probu yerleştirildi. Transözefageal ekokardiyografi incelemeleri GE Vivid S5 (General Electric VingMed Systems, Horten, Norway) ile biplan pediatrik transözefageal ekokardiyografi (9T) probu kullanılarak yapıldı. Tüm hastalarda standart transözefageal ekokardiyografik incelemelerin yanı sıra, hastadaki patolojiye uygun incelemeler yapıldı.

Bulgular:

Transtorasik ekokardiyografi ve gereken hastalarda ilave tanısal işlemler yapıldı. Bu hastalardan operasyon kararı alınan 186'sının 182'sinde preoperatif yapılan transözefageal ekokardiyografi ile tanı doğrulanarak alınan karar uygulandı. Kalan 4 hastada preoperatif yapılan transözefageal ekokardiyografi ile strateji değiştirildi. Tüm hastalar içersinde preoperatif transözefageal ekokardiyografi ile strateji değiştirilen hastaların oranı % 2 olarak tespit edildi (Tablo-1). Postoperatif transözefageal ekokardiyografi ile 9 (% 4,8) hastada rezidüel defektler nedeniyle tekrar pompaya girildi (Tablo-2). 186 hastanın 13'ünde (% 6,9) preoperatif ve postoperatif transözefageal ekokardiyografi karar değişikliğine neden olmuştur.

Tablo-1: Preoperatif TEE ile strateji değiştirilen hastaların dağılımı

Transtorasik ekokardiyografi	Karar	Transözefageal ekokardiyografi	Per-operatif karar
VSD (perimembranöz, geniş)	VSD kapatılması	Apikal müsküler ilave multipl defektler	Pulmoner banding
Fallot tetralojisi	VSD kapatılması, Transanuler yama	Aort kapağı RVOT'de obstrüksiyon yapıyor	VSD kapatılması+aort kapak tamiri
Fallot tetralojisi	VSD kapatılması, Transanuler yama	Aort kapağı RVOT'de obstrüksiyon yapıyor	VSD kapatılması+aort kapak tamiri
VSD (perimembranöz, geniş)	VSD kapatılması	İlave subpulmonik defekt	Her iki VSD nin kapatılması

Tablo-2: Postoperatif TEE ile tekrar pompaya girilen hastaların özellikleri

	Transtorasik ekokardiyografik tanı	Postoperatif TEE tanısı	İlave Cerrahi girişim	Postoperatif TEE kontrol
1	c-TGA (vsd kapatılması-LV-PA konduiti - önemli konduit darlığı)	Önemli triküspit yetersizliği	Konduit banding	Minimal TY
2	TAPVD	Kese - LA anastomoz yerinde darlık	Anastomoz hattının genişletilmesi	Obstrüksiyon yok
3	Supravalvüler aort stenozu	Supravalvüler bölgede darlık	Darlığın genişletilmesi	Supravalvüler darlık yok
4	c-TGA+VSD+PS	Önemli PS	Konduit uygulaması	Konduitde darlık yok
5	Subaortik ridge rezeksiyonu	Subaortik darlık	Ridge rezeksiyonunun genişletilmesi	Darlık yok
6	DORV	LVOT obstrüksiyonu	LVOT obstrüksiyonunun giderilmesi	LVOT obstrüksiyonu yok. Tam AV Blok
7	Ventriküler septal defekt	Rezidüel ventriküler septal defekt	Yapılmadı	Rezidü vsd yok
8	Fallot tetralojisi	RVOT obstrüksiyonu	Transanular yama	RVOT açık
9	Fallot tetralojisi	RVOT obstrüksiyonu	Transanular yama	RVOT açık

Tartışma ve Sonuç:

Konjenital kalp cerrahisinin uygulandığı merkezlerde intraoperatif transözefageal ekokardiyografinin kullanılması mortalite ve morbiditede önemli azalmalara yol açar. Bu nedenle intraoperatif transözofageal ekokardiyografi deneyimli pediatrik kardiyologlar tarafından mutlaka uygulanmalıdır.

DiSRiTMi

ÇOCUKLARDA ATRİYOVENTRİKÜLER NODAL REENTRAN TAŞIKARDİNİN KRIYOABLASYON İLE TEDAVİSİ SONRASI AV İLETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

NESLİHAN KIPLAPINAR, YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, MURAT SAYGI, İSA ÖZYILMAZ, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu prospektif çalışmanın amacı atriyoventriküler nodal reentran taşikardi(AVNRT) nedeniyle kriyoablasyon ile başarılı bir şekilde tedavi edilen çocuklarda, işlem sonrası erken dönemde atriyoventriküler(AV) iletinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ekim 2010-Şubat 2012 arasında AVNRT nedeniyle kriyoablasyon yapılan toplam 50 hasta alındı. Hastaların 39'unda (%78) 6-mm uçlu kriyoablasyon kateteri, 11'inde (% 22) ise 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri kullanıldı. Tüm işlemler EnSite sistemi (St. Jude Medical, St Paul, MN) eşliğinde gerçekleştirildi. Hastalara EKG ve 24 saat Holter monitorizasyonu uygulandı.

Bulgular:

Ortalama yaş ve ağırlık sırasıyla $12,81 \pm 3,73$ yıl, $46,5 \pm 15,44$ kg idi. Akut işlem başarı oranı %96 idi. İki (%4) hastaya nüks nedeniyle tekrar kriyoablasyon uygulandı. Ortalama işlem süresi 152.5 ± 50 dk idi. Floroskopi sadece 5 hastada kullanıldı ve bu hastaların ortalama floroskopi süresi $2,68 \pm 2,6$ dk idi. İşlem sırasında komplikasyon olmadı. Dört hastada (%8) işlem bitiminde AV ileti normal olmasına rağmen, işlemi izleyen gün içinde değişik derecelerde geçici AV blok gelişti. Bunlardan biri yaklaşık 2 saat süren 2:1 AV blok, biri 8 saat süren 2:1 AV blok, biri 11,5 saat süren Mobitz tip 1 AV blok, diğeri ise yaklaşık 24 saat süren 2:1 ve Wenckebach tipi AV blok idi ve tamamı 24 saat içinde düzeldi.

Tartışma ve Sonuç:

Kriyoablasyon sonrası erken dönemde nadiren geçici AV blok görülebilmektedir. AVNRT'li hastalar kriyoablasyondan sonra en az 24 saat hastanede monitorize edilmelidir.

NORMOTENSİF OBEZ ÇOCUK VE ADÖLESANLARDA ELEKTROKARDİYOGRAMDA QT İNTERVAL DİSPERSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE QT DİSPERSİYONUNUN DİĞER DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

EBRU AYPAR, AHMET SERT, MUSTAFA ÖZGÜR PİRGON, MUAMMER BÜYÜKİNAN,
DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

QT interval dispersiyonu(QT-d), elektrokardiyogramda (EKG) maksimum ve minimum QT intervalinin farkıdır. Artmış QT-d ventriküler aritmiler ve ani kardiyak ölümlerle ilişkilidir. Amaç normotensif obez çocuklarda EKG’de QT-d’nin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:

144 normotensif obez (ort. yaş:13,7±2,2yıl(6-17), ort. vücut kitle indeksi (VKİ):29,3±4,3kg/m²(21-49)) ve 49 sağlıklı çocukta (ort. yaş:11,9±3,7yıl (5-17), ort. VKİ:18,5±2,5kg/m²(14,1-23,2)) vücut ağırlığı, boy, VKİ, kalp hızı, sistolik/diastolik kan basıncı (KB), serum lipid, glukoz, insülin, AST/ALT, QT-d değerleri, sol ventrikül çapları, duvar kalınlıkları, sol atrium/aort (LA/Ao) oranı, sol ventrikül sistolik/diastolik işlevleri ölçüldü. Sistemik hastalığı, doğumsal, edinilmiş kalp hastalığı olan, ilaç kullanan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular:

Obez çocuklarda sistolik/diastolik KB, serum lipid düzeyleri, sol ventrikül diastol sonu çapı(LVEDD), LA/Ao oranı daha yüksek bulundu. QT-d obez çocuklarda (41±14(20-80)) sağlıklı çocuklara (23,3±7,5(20-40)) göre artmıştı (p<0,0001). QT-d değerleriyle VKİ, sistolik KB, LVEDD arasında pozitif ilişki saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Bu çalışma normotensif obez çocuklarda QT-d’yi değerlendiren ve değişkenlerle ilişkisini araştıran geniş bir hasta grubunda yapılmış ilk çalışmadır. Bu bulgular normotensif obez çocukların ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm açısından risk altında olduğunu göstermektedir.

GENEL

DİLATE KARDİYOMİYOPATİ İLE İLİŞKİLİ İNTRAKARDİYAK TROMBÜSÜ ÖNLEMEK İÇİN, PROFLAKTİK AMAÇLI ANTİAGREGAN/ANTİTROMBİK TEDAVİ NE ZAMAN VERİLMELİ?

AHMET İRDEM, OSMAN BAŞPINAR, MEHMET KERVANCIOĞLU, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Dilate KMP'li olguların takibi, antikoagülan/antiagregan tedaviye yaklaşım ve intrakardiyak trombüs gelişme sıklığının, ventrikül disfonksiyon ve dilatasyonu ile ilişkisine dikkat çekmek istedik.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada Haziran 2004 ile Aralık 2011 tarihleri arasında kliniğimizde takip ettiğimiz 83 DKMP'li olgunun dosyaları geriye dönük olarak incelendi. İstatistiksel yöntem olarak, ortalama $\pm$ Standart Deviasyon, iki grubun karşılaştırılmasında nonparametrik testlerden Mann-Whitney-U testi, PASW 18.0 (SPSS, Chicago, IL) kullanıldı.

Bulgular:

Toplam 83 olgu (42 erkek, 41 kız) DKMP tanısı ile takip edildi. Ortalama yaşları 3.9 ± 5.2 yıl (1 ay-40 yaş) idi. DKMP'nin etyolojisinde 80 (%96.4) olgu idiyopatik, 2 (%2.4) olgu kronik böbrek yetersizliği ve 1 (%1.2) olgu ise persistan junctional resiprokan taşikardi vardı. 5 olguda (%6) intrakardiyak trombüs saptandı. Transtorasik ekokardiyografide trombüslü olguların sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ortalama 35.2 ± 2.7 (%32-38), intrakardiyak trombüsü olmayan olguların ise ejeksiyon fraksiyonu ortalama 34.7 ± 11.1 (%10-55) ($p=0.910$) bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Dilate kardiyomiyopatide, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %30'un altına düştüğünde rutin olarak, antiagregan dozda verilen asetilsalisilik asitin, intrakardiyak trombüsü önlediği saptandı. İnttrakardiyak trombüslü olgularımızın ejeksiyon fraksiyonları %30'un üstünde olmasına rağmen trombüs görüldü. Bu nedenle proflaktik amaçlı verilen antitrombotik/antiagregan ajanların başlama kriterlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

AORTOPULMONER PENCERE OLGULARININ TANILANDIRILMASI VE TEDAVİ SONUÇLARI

HALİL DEMİR, ABDULLAH ERDEM, TURKAY SARITAS, FADLİ DEMİR, NURDAN EROL, İLKER KEMAL YÜCEL, NUMAN ALİ AYDEMİR, AHMET ÇELEBİ

DR. SİYAMİ ERSEK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Aortopulmoner pencere (APP) iki ayrı semilunar kapak varlığında çıkan aorta ile pulmoner arter arasında bağlantı olması ile karakterize nadir görülen bir konjenital anomalidir. Erken teşhis ve tedavi ile geri dönüşümsüz pulmoner vasküler hastalık gelişimi engellenebilir. Bu çalışmada APP'li olgularımızda tanısal değerlendirme ve onların tedavi sonuçlarıyla ilgili deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2003 – Ekim 2010 tarihleri arasında 12 hasta APP tanısı aldı. Hastaların klinik özellikleri, yapılan ekokardiyografik incelemeler ve anjiyografik girişimler, cerrahi müdahale ve sonrasındaki takipleri geriye dönük olarak dosyalarından tarandı.

Bulgular:

En küçüğü 1 aylık en büyüğü 16 yaşında, medyan 5 aylık 10 olguda defekt cerrahi yöntemle 12 aylık bir olguda ise transkateter girişimle kapatıldı. Defektler 7 hastada suni yama, 3 hastada perikard yama ile kapatıldı. Cerrahi tamir sırasında eş zamanlı 2 olguda VSD kapatılması, bir olguda Tip A kesintili arkus aorta tedavisi ile birlikte hemitrunkus tamiri ve PDA ligasyonu uygulandı. Gerek cerrahi gerek transkateter yoldan tedavi edilen 11 hastada işleme bağlı ölüm olmadı. Operasyon sonrası dönemde üç hastada ağır pulmoner hipertansiyon nedeniyle inhale nitrik oksit ve intravenöz prostosiklin kullanıldı. Olgular medyan 40 ay süreyle (6-84 ay) izlendi. İzlemde kesintili arkus aorta (TipA) ve hemitrunkus nedeniyle total tamir uygulanan olguya rekoarktasyon nedeniyle 6.ayında balon anjioplasti uygulandı. Genetik anomalili bir olgu (Cornellia De Lange sendromu) aspirasyon pnömonisi nedeniyle müdahale edilemeden kaybedildi. Diğer 11 olgu iyi klinik durumda takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

APP erken dönemde geri dönüşümsüz pulmoner vasküler hastalık gelişmeden transkateter yöntemle veya cerrahi olarak kapatılmalıdır. Geç tanı almış olgular pulmoner vazoreaktifite testi yapılarak operabilite açısından değerlendirilmelidir.

TPB-13

VENTRİKÜL DESTEK CİHAZININ KALP NAKLINE KÖPRÜLEME TEDAVİSİ OLARAK KULLANILDIĞI ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ZÜLAL ÜLGER, MUSTAFA ÖZBARAN, TAHİR YAĞDI, CAĞATAY ENGİN, FATİH AYIK,
ERTÜRK LEVENT, MURAT DEVECİ, SİBEL BOZABALI, RUHİ ÖZYÜREK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Medikal tedaviye dirençli, ileri dönem kalp yetmezliği olan çocuklarda, kalp nakline köprüleme amacıyla ventrikül destek cihazı kullanılmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu sunumda, Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde son 3 yıllık dönemde kalp nakline köprüleme amacıyla ventrikül destek cihazı(VAD) takılan olguların izlem sonuçları sunulacaktır.

Bulgular:

Toplam 9 çocuk hastaya VAD implante edildi. Bu hastaların yaşları 22 ay-16 yaş arasındaydı(8 erkek, 1 kız). Hastaların 5'ine kalp nakli yapılabildi.

Tartışma ve Sonuç:

VAD, kliniği uygun çocuklarda kalp nakline köprüleme tedavisi olarak kullanılabilir.

SOL PULMONER ARTER AGENEZİ İLE BERABER FALLOT TETRALOJİLİ HASTALARDA TOTAL KORREKSİYON

ŞAHİN ŞAHİNALP, ÖMER ULULAR, İLKER ÇETİN, FİLİZ EKİCİ, ALP DOLGUN, KANAT ÖZİŞİK, UĞURSAY KIZILTEPE

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Tek taraflı pulmoner arter yokluğu nadir görülen bir anomalidir. İzole ya da Fallot Tetralojisi, Ventriküler septal defekt ve pulmoner atrezi gibi konjenital anomaliler ile birlikte görülebilen bu anomalinin ipsilateral pulmoner artere açılan atipik duktusun kapanması sırasında obstrükte olan pulmoner arter dalının involüsyonu ile geliştiği düşünülmektedir. Tedavi edilmediğinde ipsilateral akciğer hipoplazisi, ventilasyon-perfüzyon dengesizliği ve kontrateral akciğerde pulmoner hipertansiyona yol açabilmektedir. Bu sunum ile Fallot Tetralojisi ile birlikte sol pulmoner arterin agenezinin olduğu 3 hastadaki cerrahi tecrübemiz paylaşılacaktır.

Gereç ve Yöntem:

Hastaların 2 si kız, 1 i erkek, 2 si 4 biri 5 yaşında idi. Hastalara preoperatif dönemde yapılan kardiyak kateterizasyon ve çok kesitli tomografilerde ana pulmoner arterle bağlantılı bir sol pulmoner arterin olmadığı ancak sol akciğer hilusunda 1 hastada hipoplazik 2 hastada ise ileri derecede hipoplazik sol pulmoner arter olduğu görüldü. Hastalarda değişen derecelerde sol akciğer hipoplazisi görüldü.

Bulgular:

Hastalardan biri tek seansda 2 si ise 2 seansda opere edildiler. Sol pulmoner arterin görece iyi gelişmiş olduğu hastaya aynı anda unifokalizasyon ve total korreksiyon, ileri hipoplazisinin söz konusu olduğu hastalara önce sol modifiye B-T şant uygulanarak bu arterin gelişmesi için beklendi. Hastalardan 2 sinde ana pulmoner arter flebi+otolog perikardiyal yama ile, 1 inde ise otolog perikardial tüp oluşturularak sol-ana pulmoner arter devamlılığı sağlandı. 2 hastada pulmoner yatağın yetersiz olabileceği düşünülerek “flap valve” yama ile ventriküler septal defekt kapatıldı. 3 hasta da operasyonu iyi tolere etti, ancak hastalardan biri erken postoperatif dönemde kontrateral pulmoner parankimal kanama nedeni ile kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Fallot tetralojisi ile birlikte pulmoner arterin tek taraflı yokluğu total korreksiyon ameliyatını olanaksız kılabilir. Yeterli pulmoner yatak oluşturulması ve hipoplazik akciğerin gelişimi amacıyla tek ya da çok seansta sol ve sağ pulmoner arterlerin devamlılığının sağlanması total korreksiyon ve fizyolojik bir onarım şansını arttırabilir.



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



POSTER BİLDİRİLER

CERRAHİ

ATRIAL SEPTAL OKLUDER CİHAZININ MİGRASYONU SONUCU CİHAZ EMBOLİSİ GERÇEKLEŞEN ACİL CERRAHİ UYGULADIĞIMIZ OLGULARIMIZIN OPERASYON TEKNİĞİ ÖZELLİKLERİ

UFUK YETKİN¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, ZEHRA İLKE AKYILDIZ¹, ORHAN GÖKALP², ÖMER TETİK³, BANU LAFÇI¹, OKTAY ERGENE¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³BURSA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, BURSA

Amaç:

Perkütanöz ASD kapatılması giderek kolaylaşan ve tercih edilen birincil yöntem haline gelmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Haziran 2009 ile Haziran 2011 tarihlerini kapsayan 2 yıllık sürede toplam 6 olgu sekundum atriyal septal defektin transkateter kapatılmasını takiben erken dönemde gelişen cihaz migrasyonuna bağlı embolizasyon oluşumu nedeniyle acil olarak operasyona alınmıştır. Olgularımızın transkateter kapatma işlemleri merkezimizin Kardiyoloji kliniği ile bir olgu da dış merkezde uygulanmış ve acil cerrahi amacıyla kliniğimize olgular refere edilmiştir.

Bulgular:

Altı olgu da acil olarak ameliyata alındı. Olgularımızın tümüne uygulanan operasyon tekniği standart olup cihaz migrasyon lokalizasyonuna göre pulmoner arteriyotomi planlandı. Mediyan sternotomiyi takiben perikardın açılması sonrasında standart bikaval kanülasyon gerçekleştirilerek kros-klemp sonrası tüm olgularımızda antegrad kan kardiyoplejisi kullanılmıştır. Tüm olgularda standart sağ atriyotomi gerçekleştirildi. Olgularımızdan dördüne uygulanan vertikal pulmoner arteriyotomiyi takiben ana pulmoner arterdeki cihaz bulguları. Bu 4 olguda cihazın ana pulmoner arterden başarılı çıkarımı sonrası tüm olgularda olduğu gibi ASD'nin primer kapatılması gerçekleştirildi. Bu 4 olgumuzda da cihazın pulmoner artere migrasyonu sonrası çapının yaklaşık 50 mm'ye ulaştığı da saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

ASD'nin transkateter kapatılma yönteminin bizim serimizde gözlemlendiği üzere arz ettiği başlıca komplikasyonları; kalbin sağ odacıklarına cihazın migrate ya da embolize olabilmesi ve rezidüel interatriyal şantın yeniden oluşabilmesidir.

KALICI ENDOKAVİTER PACEMAKER LEAD'İ ÜZERİNDE BULGULANAN DEV VEJETASYONUN KARDİYOPULMONER BYPASS YARDIMIYLA ÇIKARTILMASI İLE EŞ ZAMANLI UYGULANAN ATAN KALPTE KORONER BYPASS PROSEDÜRÜ

ALİ GÜRBÜZ ², UFUK YETKİN ¹, TEVFIK GÜNEŞ ³, ZEHRA İLKE AKYILDIZ ¹, İSMAİL YÜREKLİ ¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³DİYARBAKIR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, DİYARBAKIR

Amaç:

Pacemaker (PM) lead' i infeksiyonuna bağlı infektif endokardit insidansı %0.13 ile %19.9 arasında rastlanılmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Başvurusundan 6 yıl önce DDD pacemaker(PM) implante edilen olgunun batarya cebinde 10 gün önce başlayan akıntı ve erozyon gelişmesi üzerine olgunun bataryası ve lead' i çıkarıldı. Sol venöz yapıdan VDD PM implantasyonu planlandı. Ancak subklavian venin ileri derecede tortiyoz oluşu nedeniyle transjugular yaklaşım denendi fakat aynı morfolojik yapı nedeniyle başarılı olunamayınca olgunun cerrahiye yönlendirimi sonrası olguya gerçekleştirilen transtorasik ekokardiyografik incelemede sağ atriyum ve ventrikül içinde lead ucunda hareketli hiperekojen kitle vejetasyon lehine yorumlandı. Transözegageal ekokardiyografik incelemede sağ atriyum içinde ventriküle girip çıkan hareketli 16x14mmboyutlarında vejetasyonla uyumlu kitle bulguları.

Bulgular:

Koroner anjiyografide LAD mid portion' da ciddi stenoz bulguları. Safen greftle Ao-LAD anastomozu beating heart protokolü ile gerçekleştirildi. Ardından inflow oklüzyonla lead ekstirpasyonu denendi ancak sağ atriyum içinde ileri derecede yapışıklık ve vena cava superior subtotal oklüdasyonla uyumlu bulguları. Bunun üzerine CPB uygulaması başlatıldı. Sağ atriyaotomi güvenle genişletilerek lead, üzerindeki iricesametteki iki ayrı vejetasyonla çıkarıldı. Son evrede de sol rektus kası kılıfına yeni kalıcı epikardial PMjeneratörü yerleştirildi.

Tartışma ve Sonuç:

İnfekte PMmateryalinin çıkarımı rekürren infeksiyonu önlediği gibi mortaliteyi azaltmada ve uzamış sağkalımı teminde de gereklidir.

ATAN KALPTE İNFLOW OKLÜZYON YÖNTEMİYLE ENFEKTE PACE SİSTEMLERİNİN ÇIKARILDIĞI OLGULARIMIZIN ÖNCESİNDEKİ KARDİOVASKÜLER PATOLOJİLERİ VE İLK BAŞVURU YAKINMALARI

UFUK YETKİN¹, ORHAN GÖKALP², İSMAİL YÜREKLİ¹, TAYFUN GÖKTOĞAN¹, LEVENT YILIK¹, MURAT YEŞİL¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Lead endokarditinde enfekte pace cihazının tümüyle intrakardiyak olarak cerrahi yolla çıkartımı enfeksiyonun tam eradikasyonunda birincil koşuldur.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Temmuz 2007 ile Ağustos 2011 tarihlerini kapsayan 4 yıllık sürede toplam 6 olgu endokardit oluşturan ve enfekte vejetasyon barındıran pacemaker lead(PML) ve ayrı lokalizasyondaki bataryasının çıkartımı ve gereğinde eş zamanlı yeni kalıcı epikardiyal pacemaker implantasyonu amacıyla operasyona alınmıştır.

Bulgular:

Olgularımızın cinsiyet dağılımı olarak 5(%83) olgu erkek, diğer tek olgu da kadındı. Olgularımızın demografik özellikleri, ilk başvuru yakınmaları ve operasyon öncesi nitelikleri Tablo 1.'de görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Kültürantibiyogramla özelleşen antibiyotik uygulanım olasılığına ve geniş spektrumlu kombine antibiyoterapi protokolüne karşın enfekte pace cihazının tüm ekleriyle cerrahi çıkartımı esas birincil yaklaşım kabul edilmektedir.

ACİL CERRAHİ UYGULADIĞIMIZ ATRİAL SEPTAL OKLUDER CİHAZININ MİGRASYONU SONUCU CİHAZ EMBOLİSİ GERÇEKLEŞEN OLGULARIMIZIN OPERASYONA AİT AORT KROS KLEMP, KARDİYOPULMONER BYPAS, YOĞUN BAKIMDA KALIŞ SÜRELERİ, KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI VE MİDİASTİNAL DRENAJ MİKTARLARININ KARŞILAŞTIRMASI

UFUK YETKİN¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, ZEHRA İLKE AKYILDIZ¹, ORHAN GÖKALP², ÖMER TETİK³, BANU LAFÇI¹, OKTAY ERGENE¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³BURSA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, BURSA

Amaç:

Bu çalışmada ASD kapatma cihazı migrasyonuna bağlı embolizasyonu ile karşılaştığımız olgularımıza acil cerrahi yaklaşımımızın özelliklerini literatür bilgisiyle sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Haziran 2009 ile Haziran 2011 tarihlerini kapsayan 2 yıllık sürede toplam 6 olgu sekundum atriyal septal defektin transkateter kapatılmasını takiben erken dönemde gelişen cihaz migrasyonuna bağlı embolizasyon oluşumu nedeniyle acil olarak operasyona alınmıştır. Olgularımızın transkateter kapatma işlemleri merkezimizin Kardiyoloji kliniği ile bir olgu da dış merkezde uygulanmıştır. Cinsiyet dağılımı 3(%50) olgu erkek, diğer 3 (%50) olgu da kadındı.

Bulgular:

Olgularımızın aort kros klemp süresi ortalama 27.6 dakika olup kardiyopulmoner bypas süresi de ortalama 48.5 dakika olarak belirlendi. Pulmoner arteriyotomi gerektiren olgularda bu her iki zaman ölçeği daha yüksek olarak bulgulandı. Olgularımızın postoperatif dönemde yoğun bakımda kalış süresi ortalama 2.2 gün ve taburculuk süresi ortalama 6 gün olup postoperatif kan ve kan ürünleri transfüzyon miktarları da Tablo 1&2’de yer almaktadır. Olgularımızın postoperatif mediastinal drenaj miktarı ortalama 516.6 cc olarak belirlendi. Pulmoner arteriyotomi gerektiren olgularda bu miktar daha fazla bulgulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Günümüzde birincil seçenek konumuna gelmeye aday transkateter kapamanın, bizim serimizde görüldüğü üzere cihazın sağ kalp boşluklarına göçü ve rezidüel atriyal şant gelişmesi gibi komplikasyonları olduğu bilinmelidir.

SİRKUMFLEKS KORONER ARTER SİSTEMİ İLERİ DERECEDE ANEVİRİZMATİK PATOLOJİYE SAĞ KORONER ARTERİNİN DİFFÜZ EKTAZİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ OLGUDA CERRAHİ TEDAVİ STRATEJİMİZ

UFUK YETKİN¹, SERKAN YAZMAN¹, KAZIM ERGÜNEŞ¹, HAMZA DUYGU¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Koronar arter çapının, normal çapına oranla 1.5 kat ya da daha yüksek oranda fuziform veya sakküler şekilde genişlemesi ile tanımlandırılan koroner arter anevrizması nadir bulgulanmasının yanı sıra klinik özellikleri ve uzun dönem sağkalımına ait literatür bilgileri sınırlı olan bir patolojidir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Merkezimize başvurusunda gerçekleştirilen koroner anjiyografisini takiben planlanan koroner revaskülarizasyon amacıyla kliniğimize yatırıldı. Olgumuzun koroner anjiyogramında sol ön inen koroner arter ve ana dallarında çoklu segmentte bulgulan ciddi daralmaların yanı sıra sağ koroner arterinde diffüz ektazi bulgulandı. Ayrıca sirkumfleks arterin anjiyografik görüntüsünde ileri derecede anevrizmatik genişlemenin yanı sıra 2.obtus marjinal dalında %85 oranında daralma oluşturan trombüs içeren lezyon da bulgulandı.

Bulgular:

Olgumuza bu bulgularla Kalp Damar Cerrahisi + Kardiyoloji ortak konseyinde erken koroner revaskülarizasyon kararı verilmesi üzerine operasyona alındı. İkili koroner baypas işlemi başarıyla gerçekleştirildi. Hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi. Olgumuzun geç dönem poliklinik izlemi sorunsuz devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Koronar arter anevrizmalarında anevrizmanın ligasyonu ve distal baypas, izole koroner arter baypas grefti, anevrizma plikasyonu, safen venle yamalanımı, ve anevrizma tamiri gibi ana koroner arter anevrizmalarına yönelik cerrahi girişim yaklaşımları mevcuttur. Seçilecek cerrahi girişim tipinin her hastaya göre bireyselleştirilmesi gerektiği önerilmektedir.

CİDDİ KORONER ARTER HASTALIĞI İLE EŞ ZAMANLI BULGULANAN İLERİ DERECEDE TIKAYICI KAROTİD ARTER HASTALIKLI OLGUDA UYGULANAN KOMBİNE OPERASYONDA BULGULANAN KAROTİD ARTERİN SIFON BÖLÜMÜ CİDDİ ELONGASYON ANOMALİSİNDE REKONSTRÜKSİYONEL YAKLAŞIMIMIZ

ALİ GÜRBÜZ ², UFUK YETKİN ¹, BANU LAFÇI ¹, MEHMET BADEMÇİ ¹, GAMZE GÖKALP ³, TAYFUN GÖKTOĞAN ¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Koroner ve karotid arter sistemine bağlı serebrovasküler olaylar tüm gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadırlar. Ayrıca oluşturduğu işgücü kaybı ve ağır maddi yük de azımsanmayacak derecededir. Internal karotid arterin sifon elongasyonu patolojisi nadir görülen bir gelişim anomalisidir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. İki aydır süregelen baş dönmesi, unutkanlık ve denge bozukluğu yakınmalarına yönelik gerçekleştirilen incelemelerde ciddi çoklu koroner arter hastalığı ile kombine solda ciddi olmak üzere iki taraflı karotid arter daralması bulgulanması üzerine kliniğimize operasyon amacıyla yatırıldı. Koroner anjiyografisinde bulgulanan ciddi 3 damar hastalığı selektif iki taraflı karotid DSA incelemesinde sol internal karotid arter(İKA) proksimalinde lümende %80 darlık oluşturan ülsere aterosklerotik plak saptandı.

Bulgular:

Bu bulgularla operasyona alınan olguya ikili koroner arter bypass greftlemem işlemi uygulandı. Eş zamanlı olarak kardiyopulmoner bypass eşliğinde 25^o 'de sol karotid arter endarterektomi işlemi eversiyon yöntemiyle tamamlanarak cerrahi eksplorasyon sırasında bulgulanan sol İKA sifon elongasyonu anomalisine yönelik sifon segmenti restorasyon girişimi gerçekleştirildi. Postoperatif ek sorun görülmeyen hasta 8. günde şifa ile taburcu edildi ve geç dönem poliklinik izleminde sol karotid arteriyal sistemin normal yapıda olduğu bulgulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Karotid arteriyal sistemin cerrahisinde morfolojik değişikliklerin ve konjenital varyasyonların tanımlanması ve cerrahi anatominin doğru değerlendirilmesi özellikle kombine uygulanacak operasyonlarda önem arz eder.

MEKANİK VENTİLATÖREN AYRILAMAMANIN NADİR BİR NEDENİ; SEKONDER HİPOTİROİDİ

İBRAHİM CANSARAN TANIDIR¹, TOLGA ÜNÜVAR², SERTAÇ HAYDİN¹, ALPER GÜZELTAŞ¹, ENDER ÖDEMİŞ¹

¹MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

²KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kompleks pediatrik kalp cerrahisi sonrası hastaların yoğun bakım takibi beklenenden uzun olabilir. Bunun nedeni hem cerrahinin zor olması hem de hastaların yeni fizyolojiye alışmasının zaman almasıdır. Ancak yoğun bakım takibi uzadıkça bazı ikincil hastalıklar gelişebilir ve bunlarda hastanın iyileşme süresini etkileyebilir.

Gereç ve Yöntem:

5 aylık kız hastaya pulmoner atrezi-ventriküler septal defekt nedeni ile Mee Şanti yapıldı. Ameliyat sonrası 1 aylık dönem içinde 5 kez ekstubasyon denen hasta 72 saat üzerinde ekstübe kalamadı. Bu durumun MAPCA'lerden akciğere fazla akımı olmasına bağlanarak, ilk ameliyattan 39 gün sonra 2. kez operasyona alındı ve MAPCA'lerden büyük olan 2 tanesi kapatıldı. İkinci Ameliyattan sonra 3 kez başarısız ekstubasyon geçiren hastada bu dönem içinde asit, perikardiyal efüzyon ve plevral efüzyon gelişti. Yaygın ödemi olan hastanın durumu kardiyak yetmezliğe bağlanarak hastaya inotrop destek ve diüretik verildi. Postoperatif 14. günde kardiyak yetersizlik bulgularının gerilemesi asit efüzyonlarının kaybolması sonrası miksödem bulgusunun saptanan hastada ölçülen TSH yüksek, serbest T4 düşük olması üzerine hipotiroidi tanısı konuldu. Levotiron tedavisinin başlanmasından 4 gün sonra ekstübe edildi ve tedavinin 10. Gününde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Hipotiroidizm tedavi edilebilen ventilatör bağımlı solunum yetersizliğinin nadir bir nedenidir. Solunum kaslarında zayıflık, diyafragmatik disfonksiyon, pelvral efüzyon, alveolar hipoventilasyon yaparak hastaları ventilatör desteğine bağımlı hale getirir. Özellikle kalp cerrahisi geçiren hastalarda hipotiroidizmin bulguları olan kalp yetmezliği, asit, plevral efüzyon, uzamış mekanik ventilasyon ve ödem hipotiroidiye değil kalp yetmezliğine bağlanabilir ve tanıyı geciktirebilir.

Sonuç:

Kalp cerrahisi sonrasında geçici hipotiroidi sık görülmektedir. Bu durum bazen, kullanılan ilaçların da etkilemesi ile derinleşebilir. Özellikle kalp yetmezliği ile karışabilen bu durum kalp cerrahisi geçiren hastalarda gözden kaçabilir. Mekanik ventilatörden ayrılmayan hastalarda bu tedavi edilebilir neden akıldan çıkarılmamalıdır.

ABERRAN SAĞ SUBKLAVIAN ARTERİN CERRAHİ TEDAVİSİ

MURAT ÖZEREN, KEREM KARACA, OLGU HALLIOĞLU, DERYA ÇITIRIK, CANER BOZALI, BARLAS AYTAÇOĞLU, NEHİR SUCU

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MERSİN

Amaç:

Aberran sağ subklavian arter (Disfaji lusoria) nadir bir arter seyir patolojisi olup genellikle asemptomatiktir. Hastalar semptomatik olduğu durumlarda cerrahi endikasyonu vardır. Tedavisi cerrahi olup, yaklaşımda farklılıklar mevcuttur.

Gereç ve Yöntem:

Çocuk cerrahisi kliniğine kusma ve disfaji yakınmaları ile başvuran 14 yaşında bayan hastanın yapılan özefagoskopisinde bası bulguları bulunması nedeniyle çocuk kardiyoloji tarafından angio planlandı.

Bulgular:

Angiosunda aberran sağ subklavian arter tespit edildi. Hasta elektif şartlarda operasyona alındı. Sol torakotomi ile aberran sağ subklavian arter inen aortaya posteriordan birleştiği noktadan bağlandı. Torakotomi kapatılarak hasta supin pozisyona çevrilerek, sağ subklavilar insizyonla subklavian arter diseke edildi ve basıncın düştüğü izlendi ve el dolaşımı pulse oksimetrik ve intraarteriyel basınçla değerlendirildi ve yeterli bulunması üzerine karotid subklavian bypas yapılmadı ve operasyon sonlandırıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde sol torakotomi, midline sternotomi ile yaklaşılarak sağ subklavian arterin divizyonu ve karotis artere anastomozu veya subklavian çalma sendromu olma olasılığı nedeniyle subklavian arterin tekrar bağlanarak karotid subklavain bypass önerilmektedir. Bu poster sunusu ile cerrahi olarak tedavi edilen bir aberran sağ subklavian arteri olan olgusu sunulmaktadır.

HENNEKAM SENDROMUNDA BAŞARI İLE UYGULANAN PERİKARDİYEKTOMİ

ZEHRA KARATAŞ, SEVİM KARAARSLAN, HAYRULLAH ALP, ALİ SARIGÜL, TAMER BAYSAL

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Hennekam sendromu yüz, genital bölge ve ekstremitelerde lenfödemle birlikte iç organlarda lenfanjiektazinin görüldüğü, zeka geriliği ve dismorfik yüz görünümü ile karakterize otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında plevral veya perikardiyal efüzyonlar da görülebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Doğuştan lenfatik sistem hastalığı düşünülen ve perikardiyal sıvı saptanan hastaya lenfosintigrafi, perikardiyal sıvı incelemesi ve perikardiyektomi yapıldı.

Bulgular:



Resim 1. Hastanın fiziki görünümü ve ekokardiyografide perikardiyal sıvı görüntüsü

On bir aylık erkek hasta tekrarlayan bronşiolit ve vücudunun sağ tarafının sol tarafa göre daha büyük olması nedeniyle polikliniğimize getirildi. Fizik muayenesinde sağ üst göz

kapağından başlayarak mandibulaya kadar uzanan yumuşak doku ödemi, hipertelorizm, basık burun kökü, geniş burun kemeri ve iki taraflı epikantusu olduğu görüldü. Kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp seslerinin şiddeti azalmıştı ve solunum sistemi muayenesinde ekspiryumda uzama mevcuttu. Ekstremiteler muayenesinde sağ elde daha belirgin olmak üzere sağ kol ve bacakta hemihipertrofi mevcuttu. Ayrıca hidroseli ve prepsiyumda ödemli görünüm dikkat çekiciydi. Zeka gelişimi kronolojik yaşı ile uyumlu idi. Ekokardiyografik incelemede sistolde 10 mm, diyastolde 4-5 mm perikard sıvısı saptandı. Lenfosintigrafide sağ üst ekstremitede, lenfatik obstrüksiyon ile uyumlu sinyal değişiklikleri izlendi. Hastaya uzun zincirli yağlardan fakir orta zincirli yağlardan zengin diyet başlandı. Diyet ve diüretik tedavisi ile perikardiyal sıvı da bir değişiklik olmaması üzerine 21 aylıkken totale yakın perikardiyektomi uygulandı. Perikard sıvısı şilöz vasıfta idi ve perikardın patolojik incelemesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın perikardiyektomi sonrası perikardiyal efüzyonu tekrarlamadı.

Tartışma ve Sonuç:

Hennekam sendromlu hastaların tedavisinde uzun zincirli yağdan fakir diyet uygulansa da başarı oranı düşüktür. Diyet tedavisine rağmen perikardiyal efüzyonu sebat eden Hennekam sendromlu olgularda perikardiyektomi etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Hennekam sendromu, perikardiyal efüzyon, perikardiyektomi.

PB-10

TOTAL CERRAHİ DÜZELTME YAPILAN FALLOT TETRALOJİLİ HASTALARIMIZIN SONUÇLARI: 20 YILLIK DENEYİM

ZEHRA KARATAŞ, FATİH ŞAP, HAYRULLAH ALP, HAKAN ALTIN, TAMER BAYSAL, ALİ SARIGÜL, SEVİM KARAARSLAN

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Bu çalışma kliniğimizde takip edilen ve total cerrahi düzeltme yapılan Fallot tetralojili hastaların prognozunu değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

1990-2011 yılları arasında total düzeltme yapılan ve bilgilerine ulaşılabilen 75 (36 kız, 39 erkek) hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Spell nöbeti veya siyanozda artış nedeniyle 15 hastaya [medyan 11 ay (2 – 24 ay)] modifiye B-T şant yapılmıştı. Tam düzeltme cerrahi yaşı medyan 30 ay (8 - 142

ay); cerrahi sonrası takip süresi ise 51 ay (1 - 88 ay) idi. Otuz dokuz hastaya (%52) transanüler yama gereksinimi olurken dört hastaya konduit konulmuştu. Exitus olan hastaların hepsi operasyondan sonraki ilk on günde kaybedildi; bunların üçünde böbrek anomalisi, birinde multipl konjenital anomali, birinde geçirilmiş serebro-vasküler olay hikayesi vardı. Operasyon sonrasında; 11 hastada rezidü VSD, 10 hastada rezidü PS (≥ 36 mmHg), dört hastada rezidü VSD ve PS birlikteliği, sekiz hastada orta derecede pulmoner yetmezlik, on iki hastada sağ ventrikül yetmezliği (üçü semptomatik) mevcuttu. Dört hasta ikinci kez opere edildi. Dokuz hastada holter monitorizasyonu ile disritmi (dördünde ventriküler ekstrasistol, ikisinde supraventriküler taşikardi, diğer ikisinde prematüre atriyal erken vuru, birinde hasta sinüs sendromu) saptandı. Operasyon sonrasında hastaların QRS ve QT sürelerinin belirgin uzadığı görüldü (her ikisi için $p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç:

Ek sorunları olmayan hastalarda Fallot tetralojisinin total cerrahi düzeltme sonrası yakın dönem sonuçları oldukça iyidir.

Anahtar Kelimeler: Fallot tetralojisi, cerrahi, prognoz, disritmi.

PB-11

ACİL CERRAHİ YAKLAŞIM UYGULADIĞIMIZ ATRİAL SEPTAL OKLUDER CİHAZININ MİGRASYONU SONUCU CİHAZ EMBOLİSİ GERÇEKLEŞEN OLGULARIMIZIN CİHAZ EMBOLİZASYON ZAMANLAMASI VE CİHAZ ÖZELLİKLERİ

UFUK YETKİN¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, ZEHRA İLKE AKYILDIZ¹, ORHAN GÖKALP², ÖMER TETİK³, BANU LAFÇI¹, OKTAY ERGENE¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³BURSA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, BURSA

Amaç:

Transkateter oklüzyon yöntemleriyle atriyal septal defekt (ASD) onarımı ekstrakorporal dolaşımla gerçekleştirilen cerrahi tedaviye alternatif hale gelen seçkin tedavi yöntemidir. Cihazın embolizasyonu olası komplikasyonlarının başında gelmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Haziran 2009 ile Haziran 2011 tarihlerini kapsayan 2 yıllık sürede toplam 6 olgu sekundum ASD'nin transkateter kapatılmasını takiben erken dönemde gelişen cihaz migrasyonuna bağlı embolizasyon gelişimi nedeniyle acil olarak operasyona alınmıştır. Olgularımızın cinsiyet dağılımı 3(%50) olgu erkek, diğer 3 (%50) olgu da kadındı. Olgularımızın transkateter kapatma işlemleri merkezimizin Kardiyoloji kliniği

ile bir olgu da dış merkezde uygulanmış ve acil cerrahi amacıyla kliniğimize olgular refere edilmiştir.

Bulgular:

Olgularımızın acil olarak operasyona alınma zamanlaması cihaz ile ASD kapatılmasını takiben 10. dakika ile 2. hafta arasındaki kontrollerinde saptanan migrasyon bulgusuna bağlı olarak gerçekleştirilmiştir. Olgularımızın demografik özellikleri ve operasyon öncesi kullanılan cihaz nitelikleri Tablo 1.'de görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Perkütanöz ASD kapatılması, basit ve kolay uygulanabilir yöntem olması sebebiyle son 10 yılda giderek yaygınlaşmaktadır. Bunun yanısıra distal migrasyon ve rezidüel şant oluşumu gibi komplikasyonları mevcuttur. Özellikle cihaz embolizasyonunda uygunsuz anatominin yanısıra cihazın çapının asıl rol oynayan etkenler olduğunu düşünmekteyiz. Migrasyon riskini olağandışı ölçümün de arttırdığı aşıkardır.

PB-12

INFLOW OKLÜZYON TEKNİĞİYLE ATAN KALPTE INFEKTE PACE LEAD ÇIKARIMI GERÇEKLEŞTİRİLEN OLGULARIMIZDA POSTOPERATİF YOĞUN BAKIM KALIŞ SÜRESİ, TRANSFÜZE EDİLEN KAN ÜRÜNLERİ VE TABURCULUK SÜRELERİNİN KARŞILAŞTIRIMI

UFUK YETKİN¹, ORHAN GÖKALP², İSMAİL YÜREKLİ¹, TAYFUN GÖKTOĞAN¹, LEVENT YILIK¹, MURAT YEŞİL¹, ALİ GÜRBÜZ²,

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Bu çalışmada kliniğimize iri vejetasyonların eşlik ettiği pacemaker lead endokarditi tanılı olgularda uyguladığımız IOBH yöntemiyle başarılı çıkartma yaklaşımımızı ve bu işlem sonrasında olgularımızın postoperatif dönemde yoğun bakımda kalış sürelerini, taburculuk zamanlamalarının yanısıra postoperatif kan ve kan ürünleri transfüzyon miktarlarını aktarmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Temmuz 2007 ile Ağustos 2011 tarihlerini kapsayan sürede toplam 6 olgu enfekte vejetasyon barındıran pacemaker lead(PML) çıkartımı ve gereğinde eş zamanlı yeni pacemaker implantasyonu amacıyla operasyona alınmıştır.

Bulgular:

Olgularımızın postoperatif dönemde yoğun bakımda kalış süresi ortalama 2.2 gün ve

taburculuk süresi ortalama 6 gün olup postoperatif kan ve kan ürünleri transfüzyon miktarları da Tablo 3.'de yer almaktadır. Ortalama IOBH zamanı:100±34 sn idi. Olgularımızın yoğun bakımda kalış süresi ortalama 2.3 gün ve taburculuk süresi ortalama 11.1 gün olup postoperatif kan ve kan ürünleri transfüzyon miktarları da Tablo 3.'de yer almaktadır. Ortalama postoperatif izlem süresi 23.8 ay olup postoperatif geç dönem komplikasyonu kaydedilmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Birçok majör komplikasyondan kaçınılarak uygulanan enfekte pace bölümlerinin açık intrakardiyak inflow yöntemle çıkarılması güvenilir bir yöntem olmayı devam ettirmektedir.

PB-13

BAŞARISIZ PERKÜTAN KAPATMA İŞLEMİ UYGULANAN GEÇ DÖNEMDE TANILANMIŞ POST MI VSD OLGUSUNDA CERRAHİ YAKLAŞIM

ALİ GÜRBÜZ ², UFUK YETKİN ¹, MEHMET BADEMCİ ¹

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Miyokard infarktüsü sonrası gelişen ventriküler septal defekt (post MI VSD) nadir rastlanan fakat mortal seyreden bir komplikasyondur. Olguları çoğunda anteroapikal septumda yerleşim bulgulanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz kadındı. Beş ay önce geçirdiği MI sonrası sağ koroner artere PTCA uygulaması mevcuttu. Son 2 aydır nefes darlığı yakınması ile başvurduğu Kardiyoloji kliniğince gerçekleştirilen incelemelerinde transözefageal ekokardiyografisinde üst interventriküler septum ile posterior duvarın birleştiği bölgede yaklaşık 8 mm'lik ruptüre ait defekt izlendi.Koroner anjiyografisinde önemli stenotik lezyon bulgulanmayan olgunun sol ventriküler ejeksiyon fraksiyonu %50 olarak saptandı. Perkütan girişim ile VSD kapatılması başarılı olamayan olgu kliniğimizde operasyona alındı.

Bulgular:

Operasyonda sağatriyotomi sonrası eksplorasyonda ekokardiyografik inceleme bulgusu olarak belirtilen psödoanevrizma saptanmadı. Ardından sağ ventrikülotomi sağ ventrikül outflow'undan distale doğru gerçekleştirildi. Triküspit kapak altında bazal septumda 10x10mm'lik kenarları düzgün VSD, 6 adet pledgetli sütürle PTFE yama kullanılarak sekonder kapatıldı. Postoperatif sorun gelişmeyen olgu 8.günde şifayla taburcu edildi. Postoperatif taburculuk ve 3. ayda yinelenen ekokardiyografik incelemelerde İVS'de geçiş gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

PostMI VSD'de yüksek morbidite ve mortaliteyi engellemek için hastalar acilen operasyona alınmalıdır. Operasyonun acil koşullarda gerçekleştirilmesi, hastanın kardiyojenik şok tablosunda olması ve diğer sistemlerde disfonksiyon başlamış olması mortalite oranını arttırmaktadır.

PB-14

ATRIAL SEPTAL OKLUDER CİHAZININ MİGRASYONU SONUCU CİHAZ EMBOLİSİ GERÇEKLEŞEN ACİL CERRAHİ UYGULADIĞIMIZ OLGULARIMIZIN CİHAZ EMBOLİZASYONU TANILANDIRIM YÖNTEMLERİ

UFUK YETKİN¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, ZEHRA İLKE AKYILDIZ³, ORHAN GÖKALP², ÖMER TETİK¹, BANU LAFÇI¹, OKTAY ERGENE¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Sekundum tip atriyal septal defektin (ASD) transkateter yöntemle kapatılması deneyimli uygulayıcılar tarafından kullanılan çeşitli ASD kapatma cihazlarının bu mükemmel performansının yanında düşük de olsa migrasyon veya embolizasyon komplikasyonları da bulunmaktadır. Cihazın erken başarısızlık etmeninin başında embolizasyon ilk sırada yer almaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Haziran 2009 ile Haziran 2011 tarihlerini kapsayan 2 yıllık sürede toplam 6 olgu sekundum atriyal septal defektin transkateter kapatılmasını takiben erken dönemde gelişen cihaz migrasyonuna bağlı embolizasyon gelişimi nedeniyle acil olarak operasyona alınmıştır. Olgularımızın cinsiyet dağılımı 3(%50) olgu erkek, diğer 3 (%50) olgu da kadındı.

Bulgular:

Olgularımızın tümünde cihaz migrasyonu, operasyon öncesi transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile bulgulanmıştır. Özellik arz eden 1 nolu olguda cihaz migrasyonu skopi esnasında işlemin tamamlanmasının 10. dakikasında saptanırken 3 nolu olguda da 48. saatte işlem sonrası kontrol akciğer filminde vizüalize olundu. Birinci olguda girişim ekibinin macrospace ve biyopsi forsepsi kullanarak embolize cihazı sağ ventrikülden başarısız çıkarma deneyimi dışında diğer 5 olgu acil cerrahi girişim amacıyla kliniğimize refere edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç:

Cihazla transkateter ASD kapatılma komplikasyonlarını ortaya koyarak kar/zarar oranını belirlemek mümkün olacaktır. Bu komplikasyonlardan şüphe anında transtorasik ekokardiyografi tanılandırımda ilk başvurulacak yöntem olmalıdır.

PB-15

KRONİK KONSTRİKTİF İDYOPATİK PERİKARDİTE SEKONDER TÜM KALBİN KEMİK KAFES FORMASYONUNDA ÇEVRELENİMİ

UFUK YETKİN¹, BERKAN ÖZPAK², AYLİN ÇALLI¹, ALİ GÜRBÜZ³

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ, TEKİRDAĞ

³İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Kalsifik depozitler mikroskobik boyuttan masif yoğun boyuta dek birçok şekilde görülebilmektedir. Radyolojik incelemelerde rahatlıkla gözlenebilen kalbin bir bölümünden tümüne kadar onu çevreleyebilen formlarda karşımıza çıkmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada kalbin idyopatik etiyojolojiye bağlı masif yoğunlukta perikardiyal kalsifikasyon gelişmiş patolojisine bağlı tümüyle çevrenmesini bulguladığımız olgumuzu aktarmayı amaçladık.

Bulgular:

Patogenezin yanı sıra operasyon açısından klinik ve cerrahi endikasyonları ve prognozu da sunmayı planladık.

Tartışma ve Sonuç:

Mediyan sternotomiyle gerçekleştirilen klasik açık perikardiyektomi güvenli, ucuz ve de oldukça etkili bir yaklaşımdır. Semptomların giderilmesinin yanı sıra hemodinamik bulgular da optimal düzelmeler sağlayabilmektedir.

PACE LEAD ENDOKARDİTİ ÖN TANISIYLA BAŞARILI CERRAHİ CİHAZ ÇIKARTIMI UYGULANAN OLGULARIMIZDA ANTİBİYOTERAPİ REJİMİ

UFUK YETKİN¹, ORHAN GÖKALP², İSMAİL YÜREKLİ¹, TAYFUN GÖKTOĞAN¹, LEVENT YILIK¹, MURAT YEŞİL¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Lead endokarditinde antibiyoterapi baskısında cerrahi cihaz çıkartımı enfeksiyon kontrolünde birincil seçenek olsa da %12.5 mortalite oranına sahiptir. Oysa cerrahi uygulanmayan medikal takipteki olgularda mortalite %33 oranına ulaşmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Temmuz 2007 ile Ağustos 2011 tarihlerinde 6 olgu endokardit oluşturan ve enfekte vejetasyon barındıran pacemaker lead(PML) ve bataryasının çıkartımı ve gereğinde yeni kalıcı epikardiyal pacemaker implantasyonu amacıyla operasyona alınmıştır. Olgularımızın PML enfeksiyon ve içerdiği vejetasyona dair ilk tanıları merkezimize başvuru yakınmalarına göre Kardiyoloji ve İntaniye kliniklerinin ortak bakı değerlendirilmeleri sonucu kesinleştirilmiştir. Olguların hemokültürleri ve ön tanıları uyarınca kombine parenteral antibiyoterapileri bu iki klinik tarafından düzenlenerek sürdürülmüştür.

Bulgular:

Olgularımızdan 1 noluda methicillin-sensitive koagülaz negatif staphylococcus aureus kan kültürü üremesi olmuş,ilk beş olguya ampirik olarak İntaniye+Kardiyoloji klinik izleminde ceftriaxon+vancomycine +gentamycine üçlü kombine parenteral antibiyoterapisi uygulanmış olup 6 nolu olgumuzda ceftriaxon+daptomisin kombine parenteral tedavisi tatbik edilerek operasyon öncesi tüm olgular refere edildikleri merkez dahil 4-6 hafta süreyle bu parenteral kombine antibiyotik tedavilerini almışlardır. Operasyon öncesi son kan kültürantibiyoqramlarında üreme olmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Postoperatif kan kültürleri dahil olgularımızda üreme bulgulanmadı. Antibiyoterapi 6 hafta daha sürdürüldü. Ortalama postoperatif izlem süresi 23.8 ay (range 4-52 ay) olup postoperatif geç dönem komplikasyonu kaydedilmedi.

İLERİ DERECEDE YAPIŞIKLIK GÖZLENEN İDYOPATİK ETİYOLOJİLİ KRONİK KONSTRIKTİF PERİKARDİT OLGUSU

UFUK YETKİN¹, MUHAMMET AKYÜZ¹, SERKAN YAZMAN¹, ZEHRA İLKE AKYILDIZ¹,
UĞUR KOCABAŞ¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Günümüzde etyolojik nedenleri değişse bile kronik konstriktif perikardit halen önemini ve ciddiyetini koruyan bir patolojidir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Ekokardiyografik incelemede septumda bouncing bulgusu gözlenirken IVC kollabe olmuyordu. Ayrıca triküspid inflow akımda peak E dalgasında inspirasyonla %25'den fazla artış olması ve pulmoner arter basıncının normal saptanması KKP'yi destekleyen diğer bulguları. Kardiyak MR ile kalp ön yüzünde ve ön-bazal kesimlerde perikardın 6.3 mm'ye ulaştığı ve KKP lehine kalınlığının arttığı saptandı. Yapılan kardiyak kateterizasyonda sol ventrikül end-diastolik basıncıyla (EDP) sağ ventrikülünki arasında 3mm Hg fark olduğu ve sağ ventrikül EDP'sinin, end-sistolik basıncına oranı da 1/3 olarak bulgulandı. Dip-plato ve karekök bulgular hastanın basınç traselerinde gözlemlendi.

Bulgular:

Hastaya standart median sternotomi insizyonunu takiben perikard serbestleştirimi planlandı. Perikardın ileri derecede tüm kardiyak yapılara yapışmış olduğu gözlemlendi. Frenik sinirden frenik sinire tüm anterior perikard çıkarıldı. Operasyon sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 6. günde cerrahi şifa ile taburcu edildi. NYHA(New York Heart Association) klasifikasyonuna göre ameliyat öncesi dönemde class III olan hasta postoperatif 3. ayda class I olarak değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç:

KKP'de perikardiyektomi, günümüzde çok güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir. Hastalar ameliyat öncesi dönemde daha detaylı değerlendirilebilmekte ve emniyetli cerrahi işlemler yapılabilmektedir.

VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT NEDENLİ TRİKÜSPİT KAPAK ENDOKARDİTİ

YAPRAK ENGİN, M. FATİH AYIK, İLKNUR CİHAN, ENGİN KARAKUŞ, SİNAN ERKUL,
BORA BAYSAL, YÜKSEL ATAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Ventriküler septal defektler tüm konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Birçok ortaya çıkış şekli olan bu anomalinin nadir olmakla birlikte bir ortaya çıkış şekli de enfektif endokardittir.

Gereç ve Yöntem:

Beş yıl önce ventriküler septal defekt tanısı almış olan 19 yaşındaki olgu, yaklaşık iki aydır uygulanan çeşitli tedavilere rağmen tekrarlayan ateş öyküsü ile başvurmuştur. Başvurduğunda belirgin lökositoz, c-reaktif protein yüksekliği ve anemi saptanan, daha önce başvurduğu merkezde tüberküloz, brucella, menenjit ve pnömoni tanıları dışlanan hastaya yapılan ekokardiyografide ventriküler septumda perimembranöz 1 cm çapında defekt, triküspit kapağın septal leafleti üzerinde 0.6 X 0.4 cm'lik kitle saptanmış, Qp/Qs 1.3 , sistolik pulmoner arter basıncı 50 mmHg ölçülmüştür. Alınan kan kültüründe metisilin duyarlı staphylococcus aureus üreyen hastaya sefazolin ve gentamisin tedavisi başlanmış, gentamisin tedavisi 15. gününde kesilmiş, sefazolin 6 haftaya tamamlanmıştır. Yapılan kontrol ekokardiyografide defekt bölgesinde sağ ventriküle uzanım gösteren hareketli vejetasyon ve triküspit kapakta ileri derecede dejenerasyon saptanması üzerine hastanın opere edilmesine karar verilmiştir. Operasyonda vejetasyonları tümüyle temizlenen hastanın ventriküler septal defekti politetrafloroetilen yama ile, atrial septal defekti primer olarak kapatılmış ve triküspit kapağı 33 mm bioprotez ile replase edilmiştir.

Bulgular:

Postoperatif dönemde enfektif bulguları hızla gerileyen hastanın operasyon sonrası ekokardiyografisinde herhangi bir kaçak veya vejetasyon saptanmamıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Ventriküler septal defektin nadir bir prezentasyon şekli olan enfektif endokarditin cerrahi tedavisi oldukça riskli olsa da bu olguda başarıyla uygulanmıştır.

SOLUNUM YOLUNA BASI OLUŞTURAN ABERAN SUBKLAVYEN ARTERLER VE CERRAHİ TEDAVİLERİ

ERSİN EREK, SELEN ONAN, KÜRŞAD ÖZ, MURAT SAYGI, BANU BİNBAŞ, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Aberan subklavyen arter anomalisi, aortanın en sık görülen vasküler anomalisidir ve popülasyonun yaklaşık % 0,5' inde bulunmaktadır. Aberan subklavyen arter sağ veya sol taraflı olabilir. Nadiren disfajiye neden olabilirler ancak, aberan subklavyen arterlerin solunum sistemi ile ilgili semptomlar oluşturmaları çok nadir görülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Yedi aylık ve 4,5 yaşında iki hasta, solunum sistemi ile ilgili semptomlar oluşturan aberan subklavyen arter tanılarıyla ameliyat edildiler. Her iki hastada da wheezing ve taşipne mevcuttu. İkinci hasta, 3 yaşına kadar nazogastrik sonda ile beslenmiş ve mükerrer defalar aspirasyon pnömonisi geçirmiş ve mekanik ventilasyon ihtiyacı olmuştu. Bu hastada ayrıca mental motor retardasyon söz konusu idi. İki hastada da ilave kardiyak patoloji mevcut değildi. İkinci hastada ince PDA açıklığı mevcuttu. Hastaların tanıları ekokardiyografi, BT anjiyografi ve bronkoskopi ile konuldu. İlk hastada antero-posterior pozisyonda sağ arcus aorta, sağ taraflı desandan aorta mevcuttu. Aberan sol subklavyen arter karinanın sağ alt bölgesinden trakea basısı oluşturmaktaydı. Diğer hastada sol arcus aorta ve solda seyreden desandan aorta vardı ve aberan sağ subklavyen arter mevcuttu. Solunum yolu şikayetleri aberan sağ subklavyen arter ile ilişkilendirildi. Her iki hastada da desandan aortanın bulunduğu taraftan torakotomi yapılarak subklavyen arterler divize edildi.

Bulgular:

Her iki hasta da postoperatif dönemi sorunsuz geçirdiler. Erken dönemde mekanik ventilasyondan ayrıldılar. Sırasıyla 5 ve 6. Günlerinde taburcu edildiler. Solunum yolu semptomlarında azalma gözlenen hastalar, 3 ay sonra yapılan kontrollerinde sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Aberan subklavyen arterler nadiren de olsa, solunum sistemi ile ilgili semptomlar oluşturabilirler. Desandan aortanın bulunduğu taraftan yaklaşımla uygulanan damar divizyonu ile başarılı sonuçlar alınabilir.

TİP 1 TRUNCUS ARTERİOSUS TAMİRİNDE HOMOGREFT İLE PULMONER ARTER REPLASMANI

ÖZLEM BALCIOĞLU, M.FATİH AYIK, ZEHRA KURŞUNLU, ÜMİT KAHRAMAN, EMRAH OĞUZ, PELİN ÖZTÜRK, ZULAL ÜLGER, YÜKSEL ATAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Homograft pulmoner kapak replasmanı uygulanmış olan Tip 1 truncus arteriosus tanılı hastayı sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Miadında, 2600 gr, 46 cm olarak doğan, 3 aylık olgunun ağlarken morarma şikayeti olması üzerine yapılan transtorasik ekokardiyografide (TTE) Tip 1 Truncus arteriosus tanısı koyuldu. Aort ve pulmoner arterin tek kök halinde çıktığı, subaortik 7-8 mm ventriküler septal defektin (VSD) olduğu ve aortada akıma bağlı 40 mmHg gradient saptandı. Hastada ek olarak, koroner arterlerin tek kök halinde çıktığı saptandı.

Bulgular:

Genel anestezi altında median stenotomi yapıldı. Aorta bikaval kanülasyon yapılarak kardiyopulmoner baypasa girildi. Sağ atriotomi yapıldı. Atrial septal defect (ASD) görülerek primer kapatıldı. Sağ ventrikülotomi yapıldı ve ventriküler septal defect (VSD) görülerek gore-tex patch ile kapatıldı. Aortotomi yapılarak aort ve pulmoner arter girişleri görüldü, aortadan pulmoner arter ayrıldı, aort gore-tex patch kullanılarak tamir edildi. Pulmoner arter ve sağ ventrikülotomi arasına Pulmoner homograft yerleştirildi. Dacron patch Hood yöntemiyle sağ ventriküle 6/0 prolene ile suture edildi. Sternum açık olarak yoğun bakım takibine alınan hastaya nitrit oksit tedavisi uygulandı. Postoperatif 2. gün sternum kapatıldı ve nitrit oksit sonlandırıldı. Hasta entübe olarak çocuk hastalıkları yoğun bakımına transfer edildi. Postoperatif yapılan TTE’de anlamlı bir patoloji saptanmadı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Yenidoğan döneminde Tip 1 truncus arteriosus tamirinde pulmoner pozisyonunda homograft kullanımı, temin edilmesi zor olsa da iyi bir seçenektir ve sağkalımının uzun olacağına inanılmaktadır.

TOTAL ANORMAL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALILI YENİDOĞANDA DÜZELTİLME SONRASI HIZLI SOLUNUMSAL İYİLEŞME

İLKUNUR CİHAN, M. FATİH AYIK, ÜMİT KAHRAMAN, EMRAH OĞUZ, ÖZLEM BALCIOĞLU, ZULAL ÜLGER, YÜKSEL ATAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Total anormal pulmoner venöz dönüş anomalisi (TAPVD) ve Atriyal septal defektli (ASD) 9 günlük olguda cerrahi tedavi sonrası postoperatif hızlı klinik iyileşme ve radyolojik düzelmeyi sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz in vitro fertilizasyon ile gelişen gebelik sonrası ve sezaryen ile doğan 50 cm boy, 3500 gr ağırlıkta olan 9 günlük erkek bebektir. Özel bir merkezde doğumdan 2 saat sonra solunum yetmezliği ile entube edilip solunum cihazına bağlanan olguya yapılan ekokardiografide (EKO); Pulmoner Hipertansiyon (PHT), Parsiyel Anormal Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi (PAPVD), ASD, Trikuspit Yetmezliği (TY) ve batın ultrasonografide; karaciğerden kaynaklanan, sağ atriya acılan dilate anormal vasküler yapı öyküsü ile başvurdu.

Bulgular:

EKO’da; ASD, TY, pulmoner venöz dönüş bozukluğu görüldü ancak total ya da parsiyel olduğu net olarak ayırt edilemedi. Kardiyopulmoner bypass altında olgunun sağ ve sol pulmoner venlerinin kalbin arka yüzünde perikard arkasında birleşerek tek bir ven (vertical ven) şeklinde diafragma altına doğru ilerlediği görüldü. Vertical ven bağlandı. Sol atriyaotomi ve sağ pulmoner venlerin birleşmesi olan bölüm anastomoz edilerek tüm pulmoner venlerin sol atriya yönleştirilmesi sağlandı.

Tartışma ve Sonuç:

TAPVD nedeniyle akciğerlerde oluşan hasarın, acil cerrahi olarak düzeltilmesi çok hızlı iyileşmeyi sağlar.

SEMPATOMATİK PATENT DUKTUS ARTERİÖZUSU OLAN PREMATÜRE BEBEKLERDE CERRAHİ LİGASYONUN SONUÇLARI

İBRAHİM CANER ¹, HAŞİM OLGUN ¹, KADİR ŞERAFETTİN TEKGÜNDÜZ ¹, NECİP BECİT ¹, CANAN YOLCU ¹, İRFAN OĞUZ ŞAHİN ¹, AYHAN TAŞTEKİN ², ABDURRAHİM ÇOLAK ¹, NACİ CEVİZ ¹

¹ ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

² SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Medikal tedaviye cevap vermeyen semptomatik patent duktus arteriozuslu (PDA) prematürelere cerrahi ligasyon önemli bir tedavi alternatifidir. Bu çalışmada kliniğimizde cerrahi PDA ligasyonu yapılan hastalar sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007-Şubat 2012 yılları arasında semptomatik PDA tanısı ile cerrahi ligasyon uygulanan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Ortanca gebelik yaşı 29 hafta, doğum ağırlığı 1130 gr idi. Doğumdan sonra ortalama 2. (2-36) günde ekokardiyografik inceleme yapıldı. Klinik ve ekokardiyografik olarak semptomatik PDA saptanan hastalara ibuprofen verildi. Duktus açıklığı devam eden ve oksijen bağımlılığı veya hemodinamik instabilitesi devam eden prematürel postnatal ortalama 30. günde ameliyat edildi. Hastaların 5'i (%14.7) 1. kür, 6'sı (%17.7) 2. kür ve 23'ü (%67.6) 3. kür tedaviden sonra ameliyat edildi. Hepsisi oksijen desteği alan 34 prematüre bebeğin 17'si (% 50) endotrakeal yolla basınç kontrollü mekanik ventilatör desteği almaktaydı. Hastaların 11'ine (% 32.3) nazal yolla hava yoluna sürekli pozitif basınç (CPAP) desteği ve kalan 6 (%17.7) bebeğe serbest oksijen verilmekteydi. Operasyon sonrası hastaların ortalama 5. günde 9'u (% 26.4) entübe olarak mekanik ventilatörde takip edilmekteydi. Hastaların 12'si (% 35.3) CPAP desteği, 15'i (%17.7) serbest oksijen almaktaydı. Hastalardan 24'ünde (% 70.6) operasyon öncesi inotropik destek ihtiyacı vardı. Operasyon sonrası 1. günde 8 (%23.5) hasta inotropik destek almaktaydı. Operasyon öncesi 8 (%23.5) hastanın böbrek fonksiyonlarında bozulma vardı. Operasyon sonrasında ortalama 4.5 günde bu hastaların 6'sının böbrek fonksiyonları düzeldi. On hasta (%29.4) kaybedildi. Bunlardan 2'si cerrahi komplikasyonlar nedeniyle, 8 hasta diğer nedenlerle kaybedildi. Kalan 24 hasta operasyon sonrası ortalama 26 (7-120) günde taburcu edildi. Hastaların 10'u (%29.4) BPD tanımlamasına uyuyordu. Taburcu edilebilen hastaların 15'inin oksijen ihtiyacı ameliyat sonrası ortalama 10 günde sona ererken, kalan 9'unun (%37,5) taburculukta oksijen desteğine ihtiyacı vardı. Bu hastaların da taburcu olduktan ortalama 53 gün sonra oksijen ihtiyaçları ortadan kalktı.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak medikal tedaviye cevap vermeyen semptomatik PDA'lı prematürelerde cerrahi ligasyon hastaların semptomatik düzelmeleri üzerine etkili bir seçenektir.

PB-23

TEKRARLAYAN ŞANT TROMBOZU: İKİ OLGU SUNUMU

NESLİHAN KIPLAPINAR, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, İSA ÖZYILMAZ, ERKUT ÖZTÜRK, MURAT SAYGI, ENDER ÖDEMİŞ, ERSİN EREK

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Modifiye Blalock Taussig (m-BT) şantı siyanotik konjenital kalp hastalıklarında pulmoner kan akımını arttırmak için sıkça kullanılan palyatif bir cerrahi yöntemdir. Literatüreki çalışmalarda postoperatif dönemde m-BT şant trombozu %3-20 arasında olduğu belirtilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Hastanemizde Ocak 2010 – Şubat 2012 tarihleri arasında şant operasyonu yapılan 69 hastanın bilgileri retrospektif tarandı. Bu hastalardan post operatif erken dönemde şant tıkanması saptanan 10 hastanın yapılan tetkiklerinde 2 hastada tromboza eğilim saptanmıştır.

Bulgular:

Olgu 1:

Büyük arter transpozisyonu, ventriküler septal defekt, pulmoner stenoz nedeniyle takipli iken sağ modifiye BT şant operasyonu yapılan hasta uygun tedavi alıyor olmasına rağmen postoperatif 2. gününde şantı tromboze oldu. Hastanın şantı önce transkateter yolla (balon ve stent uygulanması) açıldı ancak tekrar tromboz oluşması üzerine şant revizyonu operasyonu yapıldı. 2. operasyon sonrasında ilk saatlerde şant akımının yeterli olmadığı görülerek heparin bolus yapıldığında dramatik olarak şant akımının iyileştiği görüldü. Bu klinik tablonun trombofiliyi düşündürmesi nedeniyle yapılan tromboz tetkiklerinde antifosfolipit sendromu tanısı konuldu.

Olgu 2:

Komplet atrioventriküler septal defekt+pulmoner atrezi+total anormal pulmoner venöz dönüş (TAPVD) nedeniyle 6 aylık iken başvuran ve TAPVD anomalisi tamiri + mBT şant yapılan hastanın postop takibinde heparin infüzyonu başlandı. 1. Gün heparinden aspirine geçilmesi sonrasında hastanın saturasyonu düştü. Ekokardiyografik olarak

şant akımının azaldığının görülmesi üzerine heparin puşe yapıldı ve hastanın saturasyonu yükseldi. Takip edilen günlerde heparin kesilip düşük moleküler ağırlıklı heparin, kumadin, yüksek doz aspirin ve bunların kombinasyonlarının verilmesine rağmen her heparin kesildiğinde hastanın saturasyonunda düşme saptandı. Hastadan gönderilen tromboz tetkiklerinde aktive protein C resistansı saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Kalıtsal tromboz şüphesi olan hastalarda birinci basamak tarama tetkiki olarak Antitrombin III, Protein C, Protein S, Faktör V Leiden mutasyonu, Protrombin 20210 gen analizi, homosistein düzeyi, Faktör VIII aktivitesi, Lupus antikoagülan testi ve antikardiyolipin antikor taramaları ve hemoglobin elektroforezi tetkikleri yapılır. Erken dönemde şant tıkanması olan veya tekrarlayan şant trombozu olan hastalarda ayrıntılı inceleme yapılması tedavi ve takipte yol gösterici olacaktır.

PB-24

SEMİ-SANTRAL ŞANT UYGULAMA VE SONUÇLARIMIZ

HAKAN CEYRAN, MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, EYLEM TUNÇER, FÜSUN GÜZELMERİÇ, MEHMET DEDEMOĞLU, NACİ ÖNER, AYŞE YILDIRIM İNCE

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kompleks siyanotik kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde sistemik-pulmoner şantlara gereksinim olabilir. Alışlagelmiş standart prosedürler zaman zaman modifiye edilirler. Biz de kliniğimizde modifiye Blalock-Taussig ve Santral şant arası bir cerrahi modifikasyonu “Semi santral” şantı son zamanlarda uygulamaktayız.

Gereç ve Yöntem:

Sistemik-pulmoner şant gerektiren kompleks siyanotik kalp hastalıklı 14 olgu preoperatif pulmoner arter dalları değerlendirildikten sonra “Semi Santral” şant uygulanmak üzere hazırlandı. Sağ anterolateral torakotomi insizyonu ile 4. interkostal aralıktan girildi. Perikard frenik sinir dikkate alınarak longitudinal açıldı. Vena kava superior ve sağ pulmoner arter iskeletize edildi. Sağ pulmoner arter mümkün olabilen en proksimal ve distal uç kısmından askıya alındı. 100 ü/kg heparin uygulandıktan sonra bütün olgularda önce sağ pulmoner arterden başlamak üzere 6/0 polipropilen sütürlü 3.5 veya 4mm PTFE greft Aorta-Sağ pulmoner arasına interpoze edildi.

Bulgular:

Bu tekniği uyguladığımız 14 olgudan 3 tanesi postoperatif erken dönemde kaybedildi. Diğer olgularda şant açıklığı ve klinik takip yönünden bir sorun olmadı.

Tartışma ve Sonuç:

İkinci girişimde şantın çok kolay kapatılabilmesi, greft boyunun çok kısa olması nedeniyle greft açıklığının iyi sağlanması, şantın anapulmoner artere yakınlığı nedeniyle iki yönlü pulmoner arter gelişimi ve kanlanması sağlanması, santral şant pulmoner artere konulan klemp sonrası görülen zorluklar ile karşılaşılmaması tekniğin avantajları arasındadır.

Bu bağlamda uygulanan tekniğin avantajlı bir teknik olduğu değerlendirilmiştir.

PB-25

DOKUZ YAŞINDA DEV KORONER ANEVİZMALI KAWASAKİ HASTASINDA KORONER BYPASS OPERASYONU

SALİH ÖZÇOBANOĞLU¹, METE GÜRSOY¹, ECE SALİHOĞLU², ALPAY ÇELİKER², SÜLEYMAN ÖZKAN²

¹ ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

² ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Giriş:

Kawasaki hastalarını %20 de koroner anevrizma oluşumuna rastlanmaktadır. 8mm çapından büyük olan anevrizmalar dev olarak tanımlanmakta bası ve/veya tromboza bağlı olarak koroner arterlerde darlığa sebep olabilir. Koroner baypas operasyonu yaptığımız 9 yaşındaki koroner anevrizmalı kawasaki hastamızın literatürdeki çocukluk çağında rastlanan en geniş anevrizmalardan biri olduğunu gördük.

Olgu:

Kawasaki tanısı ile takip edilen 9 yaşındaki hastamız koroner darlığa sebep olan dev koroner anevrizma ve buna bağlı miyokardiyal iskemi tanısı ile başvurdu. koroner anjiyografide sol ana koroner arterde 40mm çaplı koroner anevrizma görülmekteydi, ancak sağ koroner arter normal görünümdeydi. Anevrizmanın kalsifiye olduğu ve kısmen trombüsle dolduğu görülmüyordu.hastaya koroner bypas yapılmasına karar verildi.Operasyon sırasında kardiyopulmoner baypas altında sol İMA sirkumfleks artere, sağ İMA ise LAD ye anastomoze edildi. Anevrizma rezeke edilemeyeceğinden yerinde bırakıldı. hastanını portoperatif seyri sorunsuz oldu ve 7. günde clopidogrel tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma:

Kawasaki hastalığında erken tanı ve agresif tedavi önemlidir.Kardiyak tutulumda koroner baypas operasyonu altın standart olarak belirtilmiştir, ancak koroner anevrizmektomi konusu halen tartışmalıdır.Uzamış ateş, yüksek CRP değeri,immunglobulin tedavisinin

uygulanmaması anevrizma oluşumunu kolaylaştırır. Ateşli dönemlerde tekrarlayan görüntüleme iskemik semptomların çocukluk çağında tespitini zor olması nedeni ile faydalı olabilir.

PB-26

1200 GRAM PREMATÜRE BİR YENİDOĞANDA AORT KOARKTASYONU CERRAHİ TEDAVİSİ VE NEAR INFRARED SPEKTROSKOPİ MONİTÖRİZASYONU

SERTAÇ HAYDİN, ONUR ŞEN, MÜZEYYEN İYİGÜN, MEKİ BİLİCİ, ENDER ÖDEMiŞ, MEHMET YENİTERZİ

MEHMET AKİF ERSoY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş ve Amaç:

Neonatal aort koarktasyonu, kalp yetmezliği ve bunu takiben kardiyojenik şok ile sonlanabilen ciddi bir hastalıktır. İnvazif kardiyolojik ve cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Kilo azaldıkça damar yolu problemleri artacağından düşük kilolu hastalarda cerrahi tedavi hastanemizin uyguladığı yöntemdir. Sunumumuzda, hastanemizde cerrahi aort koarktasyonu tamiri yapılan en düşük kilolu hasta bildirilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

32 gestasyonel haftada, 1200 gram olarak doğmuş 15 günlük erkek hasta kalp yetmezliği sebebi ile hastanemize refere edildi. Transtorasik ekokardiyografide sol subklavian arterin hemen distalinde yerleşimli, 60 mmHg gradyente sebep olan koarktasyon mevcuttu. Kısalma fraksiyonu (KF) %15 bulundu. Hasta inotropik destek altında (dopamin, milrinon) ameliyata hazırlandı. Oratrakeal entübasyonu takiben, sağ radiyel ve sağ femoral arter kanülasyonları yapıldı. Alın ve renal bölgelere Near İnfr Red Spektroskopisi (NIRS) probları yerleştirildi.

Bulgular:

Hastanın sağ radiyel ve sağ femoral kan basınçları sırası ile 90 ve 35 mmHg (sistolik) idi. Alın NIRS probu %65 satürasyon gösterirken renal NIRS probu % 40 satürasyon gösteriyordu. Hasta su yatağı ile 32°C'ye soğutuldu. Sol posterolateral torakotomi ile koarktasyon bölgesine ulaşıldı. Klempler konduktan sonra serebral NIRS %75'e yükselirken, renal NIRS % 25'e düştü ve femoral kan basıncı 15 mmHg ölçüldü. Rezeksiyon ve ucuca anastomoz sonrası alt ve üst ekstremiteler arasında basınç farkı kalmadı ve renal NIRS %70'e yükseldi. Postoperatif kontrol ekokardiyografilerinde kardiyak fonksiyonlar düzeldi ve KF %35'e yükseldi. Hasta sorunsuz olarak bir yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer edildi.

Sonuç ve Yorum:

Uygun monitörizasyon ve preoperatif hazırlık yapılarak çok düşük doğum ağırlıklı, prematüre bir yenidoğanda başarılı aort koarktasyon tamiri yapılabilir. Her ne kadar yenidoğan döneminde koarktasyon bölgesinin distaline kollaterak dolaşımın iyi gelişmediği bildirilse de renal NIRS kullanımı ile klemp distalinde kalan bölgenin perfüzyonu hakkında fikir sahibi olarak prosedürün süresi ve güvenliği ayarlanabilir.

PB-27

KONNO-RASTAN OERASYONU OLGULARIMIZ: 2 VAKA SUNUMU

EYLEM TUNÇER, MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, FÜSUN GÜZELMERİÇ, AYŞE YILDIRIM İNCE, NACİ ÖNER, MEHMET DEDEMOĞLU, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç

Konno prosedürü valvuler ve subvalvuler sol ventrikül çıkım yolu darlıklarında en etkili büyümeyi sağlayan aort kök genişletme tekniğidir. Bu çalışmada son bir yılda yaptığımız Konno-Rastan hastaları incelendi.

Metod

Kliniğimizde son bir senede 2 (1 kız, 1 erkek) hastamıza Konno-Rastan operasyonu uygulandı. Hastalarımız sırasıyla 9 ve 13 yaşlarında idi. İlk hastamız 4 yıl önce bicüspid aorta nedeni ile aortik kommissürotomi operasyonu geçirmişti. Ekosunda ciddi aort stenozu ve yetmezliği vardı. İkinci hastamızda diffüz subaortik darlık vardı. Septum 3cm olarak ölçülmüştü. Hastalarımıza Konno-Rastan operasyonu uygulanarak sırasıyla 23 ve 25 St Jude kapak implante edildi.

Sonuç

Hastalarımız sinüs ritminde operasyondan çıktılar. Postoperatif 19 ve 24. saatlerde extübe edildiler. Ancak ilk hastamızda operasyonun 3. günü ani yüksek dereceli AV blok gelişti. Hasta pace desteğine alındı. Antiödem ve kronotrop tedavi sonrası postoperatif 6. gün tamamen sinüs ritmine döndü. İkinci hastamızda postoperatif takip sorunsuz seyretti. Hastalarımız operasyonun 13. ve 7. günleri taburcu edildiler.

Tartışma

Konno-Rastan operasyonu aort kök genişletmesi gereken durumlarda tercih edilebilecek etkili bir operasyondur ancak septal insizyon gerektirmesi beraberinde atriyoventriküler blok riskini getirir. AV blok pompa çıkışı olabileceği gibi postoperatif geç dönemde de meydana gelebilir. Bu açıdan hospitalizasyon boyunca yakın takibi önerilir.

PULMONER BALON VALVULOPLASTİ SONRASI GELİŞEN TRİKÜSPİT YETERSİZLİĞİ : ÜÇ HASTALIK OLGU SERİSİ

MEHMET SALİH BİLAL, ÖZGÜR YILDIRIM, CAN YEREBAKAN, ARDA ÖZYÜKSEL, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Konjenital pulmoner stenozun perkutan balon valvuloplasti ile dilatasyonu güvenli ve efektif bir yöntemdir. Çocukluk döneminde, pulmoner balon valvuloplasti sonucu gelişen triküspid yetmezliği nadir olgulardır. Sunacağımız 3 olguda, konjenital pulmoner balon valvuloplasti sonrası gelişen triküspid yetmezliği başarılı bir şekilde onarılmıştır.

Olgu 1:

13 aylık olan erkek hasta, fallot tetrolojisi tanısı ile 1 ay önce perkutan pulmoner valvuloplasti girişimi sonrası ileri triküspid yetmezliği gelişmiş. Pulmoner indeksi 1,5 olarak saptanmış. Dekompanze sağ kalp yetmezliği tanısı ile hasta operasyona alındı. Septal leaflette rupture olan korda primer onarıldı ayrıca 4/0 PDS sütür ile De-Vega anuloplasti uygulandı. Operasyon sonrası sorunsuz taburcu edilen hastanın 1. ay EKO kontrolünde Triküspid yetmezliği saptanmadı. 12 ay sonra kontrolünde orta derece triküspit kapak yetmezliği ve pulmoner indeksi 1,85 saptandı. Tekrar operasyona alındı. Perimembranöz ventriküler septal defekt onarıldı. Daha önce rüptüre olan papiller aadele salim olmakla beraber, korda elengasyonu olduğu görüldü. Korda kısaltılması uygulandı ve anterior ve septal leaflet komisür hizasında birbirine dikildi. Postoperatif 10. gün hasta taburcu edildi. 1. ay EKO kontrolünde Triküspid kapak yetmezliği saptanmadı.

Olgu 2:

16 aylık erkek hasta, çift çıkışlı sağ ventrikül, VSD, pulmoner stenoz , ileri triküspit yetmezliği tanıları ile kliniğimize başvurdu. Daha önce yurtdışında bir merkezde başarısız pulmoner balon valvuloplasti uygulanmış olan hastanın ileri triküspid kapak yetmezliği olduğu görüldü. Operasyona alınan hastada triküspit anterior leaflette korda rüptürü olduğu görüldü. 6/0 PTFE sütür ile artifisiel korda yapılarak kapak onarıldı. Ayrıca hastaya subaortik ventriküloplasti, ventriküler septal defekt genişletmesi ve Glenn prosedürü uygulandı. Postoperatif 14. gün taburcu olan hastanın 1. ay EKO kontrolünde hafif-orta triküspid kapak yetmezliği saptandı. Sağ ventrikül kontraksiyonlarında belirgin düzelme olduğu görüldü.

Olgu 3:

12 aylık erkek hasta, büyük arterlerin transpozisyonu, VSD, pulmoner darlık tanılarıyla modifiye senning prosedürü ve VSD'nin patch ile kapatılması operasyonu uygulandı. Operasyon sonrası EKO kontrollerinde, pulmoner subvalvuler ve valvuler 60 mmHg gradient saptandı. Pulmoner balon valvuloplasti uygulandı. İşlem sonrası gradient

10mmHg olduğu görüldü. EKO kontrolünde pulmoner balon valvuloplasti sonrası ortaları derece sağ AV kapak yetmezliği geliştiği görüldü. Hasta tekrar operasyona alındı. Sağ AV kapakta papiller adele rüptürü ve korda kopması olduğu görüldü. Rüptüre papiller adele 7/0 PTFE sütür ile tekrar myokarda dikildi. 7/0 PTFE sütür ile yapay korda yapıldı. Posterior anulusa anuloplasti uygulandı. Operasyon sonrası problemi olmayan hasta postoperatif 20. günde taburcu oldu. 1. ay EKO kontrolünde Triküspid kapakta yetmezlik saptanmadı.

Tartışma

Konjenital pulmoner stenozun, balon valvuloplasti ile dilatasyonu sonrası gelişen triküspit yetersizliği nadir görülen bir komplikasyon olsa da, akut triküspit yetmezliği, hastalarda sağ kalp yetmezliğine neden olabilmektedir. Pulmoner balon valvuloplasti sonrası gelişen triküspit yetmezliği erken dönemde, hatta reoperasyonlarda bile başarılı bir şekilde onarılabileceği düşüncesindeyiz.

PB-29

VON WILLEBRAND HASTALIĞI OLAN ÇOCUK OLGUDA RE-RE-REDO (3. KEZ) AÇIK KALP OPERASYONU

ÜMİT KAHRAMAN, M. FATİH AYIK, CAN BALKAN, PELİN ÖZTÜRK, ENGİN KARAKUŞ, NİHAL KARATAŞ, ZÜLAL ÜLGER, RUHİ ÖZYÜREK, YÜKSEL ATAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Von Willebrand Hastalığı (VWH) kalıtsal hemostaz bozukluklarının en sık görülenidir ve genel toplumun %1'ini etkiler. Doğumsal kalp hastalığı ile birlikte doğumsal hemostaz bozukluğu da olan olguda tekrarlayan operasyonların hemostaz yönünden güvenilirliğini bu olgumuz nedeniyle bildirmeyi amaçlıyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz DORV nedeniyle 2 yaşında 2003 yılında Gore-Tex® yama kullanılarak interventriküler tünel tamiriyle VSD kapatılması ve Contegra® greft implantasyonu uygulanmış. Daha sonra 2007 yılında greft stenozu nedeniyle 21 mm pulmoner homogreft implantasyonu yapılmıştı. Hasta yapılan takip ekokardiyografisinde pulmoner homogreftte kalsifikasyon-darlık (100 mmHg gradient) nedeniyle Şubat 2012 'de tekrar operasyon planlandı.

Bulgular:

Özgeçmişinde von willebrand hastalığı olan olgu hematoloji kliniğine danışıldı. İn vitro kanama zamanı değerleri yüksek olması, VWFag normal, rictocetin kofaktör

düzeylerinin düşük olması üzerine, VWF içeriği yüksek Faktör 8 insan plazma konsantrasyonu ile operasyonun yapılmasına karar verildi. Olgu 3. kez opere edildiği için kardiyopulmoner bypass (CPB) hazırlığı amacıyla sternum açılarak yapışıklıklar giderildi. CPB altında eski homogreft çıkartılıp, 18 mm Contegra greft yerleştirildi. Ekstra işleme gerek kalmadan rutin hemostaz sonrası olgu kapatılarak yoğun bakım takibine alındı. Toplam 24 saatte 50 cc drenajı oldu.

Tartışma ve Sonuç:

Bu olguyla, multidisipliner yaklaşımla ve uygulanacak doğru tedavi stratejileri ile konjenital kalp hastalıklarında artmış sıklıkla görülen von Willebrand hastalığında 3. kez bile açık kalp cerrahisi sorunsuz uygulanabilir.

PB-30

VAKA TAKDİMİ: DİSSEMİNE ORGAN TUTULUMU OLAN KARDİYAK KİST HİDATİK

DENİZ BOZDOĞAN, ZEYNEP EYİLETen, ANAR ALİEV, FİKRİ DEMİR, CEM KARADENİZ, ERCAN TUTAR, SEMRA ATALAY, ADNAN UYSALEL

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Nadir görülen bir enfestasyon olan kist hidatığın kardiyak yerleşimi nadir olup, tüm kist hidatiklerin %0.5-2'sini oluşturur. En sık kardiyak lokalizasyonlar; sol ventrikül(LV) serbest duvarı (%75), sağ ventrikül(RV) (%18) ve interventriküler septum(IVS) (%7)'dur. Klinik tablonun; kistin lokalizasyonuna, boyut ve komplikasyonlarına bağlı olarak değişebilir. Tanıda transtorasik ekokardiyografi (TTE) önemlidir.

Gereç ve Yöntem:

Yaygın serebral ve karaciğer tutulumu olan, sol ventrikül yerleşimli kardiyak kist hidatik vakasını sunmak istiyoruz. Van'dan gelen 6 yaşındaki hasta, 1 yıl önce bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleriyle götürüldüğü merkezde yapılan tetkikler sonucu serebral kist hidatik tanısı konularak opere edilmiş. Postoperatif dönemde Albendazol başlanmış ve 1 yıl boyunca kullanmış. Kontrol için yapılan tetkiklerde karaciğer ve akciğerde de tutulum saptanmış. AÜTF Çocuk Kardiyolojisi Bölümünde yapılan TTE'de; mitral anterolateral papiller kas komşuluğunda LV arka duvar myokardında yerleşen, lümen içine doğru protrude olan 20x15 mm büyüklüğünde kistik yapı izlenmiş, CMRI ile tanı desteklenmiştir.

Bulgular:

Hasta kardiyak kist hidatik tanısıyla AÜTF Kalp Damar Cerrahisi ABD'da opere edildi. Operasyonda LV miyokardı eksternal yüzü incelendi. Kiste ait makroskopik herhangi bir

bulgu yoktu. Transseptal yaklaşımla, ulaşılan LV’de mitral kapak anterolateral papiller kas komşuluğunda lezyonun ventrikül kavitesine doğru protrüzyonu görüldü. Kist sıvısının iğneyle aspirasyonunu takiben, kist açılarak germinatif membran çıkarıldı. Kiste ait poş, % 3 NaCl solüsyonuyla yıkandı. Daha sonra kist poşu primer olarak kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir problemi olmayan hasta albendazol tedavisine devam edilerek taburcu edildi. Erken dönemde yapılan yapılan TTE’de kiste ait poş(11x5mm) görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Kardiyak kist hidatikler; aritmi, valvüler disfonksiyon, perikardiyal reaksiyon, anjina, pulmoner veya sistemik embolizasyonla karakterize olabilirse de, çoğu hasta asemptomatiktir. Şüphe üzerine yapılacak TTE’yle kolayca saptanabilen kardiyak kist hidatikler, semptomatik olsun veya olmasın neden olabilecekleri ölümcül komplikasyonlar ve aritmiler nedeniyle, gecikilmeden cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Cerrahide; kistin iğneyle aspirasyonu- skoleksidal hipertonikle irigasyon-germinatif membranın eksizyonu, güvenle uygulanabilecek etkili bir kombinasyondur.

PB-31

TEKRARLAYAN ASPİRASYON PNOMONİSİNİN NADİR BİR NEDENİ: PULMONER ARTER SLING

ALİ BAYKAN, ABDULLAH ÖZYURT, FARUK SERHATLIOĞLU, ERTUĞRUL MAVİLİ, MUSTAFA ARGUN, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Pulmoner arter sling (PAS), sol pulmoner arterin sağ pulmoner arka kısmından köken alarak anormal seyirle sol akciğer hilusunda sonlandığı en nadir vasküler ring anomalisidir. Asemptomatik olabileceği gibi trakea, sağ ana bronş, özefagus basısı ve buna bağlı klinik semptomlarla başvurur. Burada 4 kez beslenme sonrası aspirasyon sendromu kliniğiyle başvurarak aspirasyon pnomonisi tanısı alan ve her defasında yatarak tedavi edilen, son başvurusunda da PAS tanısı konan 15 aylık kız olgu sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Altı aylıkken beslenmeyi takiben öksürük, nefes darlığı, hırıltı ve morarma şikâyetleriyle ünitemizde aspirasyon pnomonisi tanısıyla yatırılan kız olgunun sol ana bronşundan bronkoskopiyle katı yemek artıkları çıkarıldı. Aile onamı alınamadığından o dönemde toraks tomografisi çektilerilemedi. Onbeş aylıkken aynı şikâyetlerle ikinci başvurusunda toraks tomografisiyle PAS tanısı konuldu. Anormal sol pulmoner arterin sol ana bronşa bası yaptığı belirlendi. Tanıdan hemen sonra sol pulmoner arteri, köken aldığı

sağ pulmoner arterden rezeke edilerek trakea ve özefagus arasından çıkarıldı. Ana pulmoner artere anastomoz edildi. Cerrahi olarak slingi 15 aylıken düzeltildi.

Bulgular:



Şu an 22 aylık olan hasta polikliniğimizde sorunsuz olarak izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Pulmoner arter sling, daha çok tekrarlayan wheezing atakları, inatçı öksürük, kronik stridor, disfaji gibi şikâyet ve bulgularla başvurur. Tekrarlayan aspirasyon pnomonisi hastalığın klinik prezentasyonu içerisinde bildirilmemiştir. Aynı zamanda sol ana bronşa basısı anormal sol pulmoner arterin seyri nedeniyle beklenen bir bulgu değildir. Bu nadir hastalık, atipik anatomisi ve klinik prezentasyonu nedeniyle sunulmuştur.

PB-32

İMMATÜR NTRAPERİKARDIAL TERATOMDA DOĞUM ÖNCESİ TANI VE DOĞUM SONRASI CERRAHİ TEDAVİ

DENİZ BOZDOĞAN, ZEYNEP EYİLETen, ANAR ALİEV, FİKRİ DEMİR, CEM KARADENİZ, ACAR KOÇ, ERCAN TUTAR, SEMRA ATALAY, ADNAN UYSALEL

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

İntraperikardial yerleşimli tümörler içinde Rhabdomyomlardan sonra en sık görülen tümör teratomlardır. İntrauterin tanı konması halinde, postnatal erken dönemde acil operasyonla eksize edilebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

35 yaşında primigravida, gebeliğin 31. haftasında yapılan fetal ultrasonografide fetusta mediastende 4x4x3 cm boyutlarında intraperikardial yerleşimli kistik yapılar içeren sağ atriumun duvarı ile yakın ilişkide olan fetal akciğerlere ciddi bası yapan mediasteninin %80'ini kaplayan yumuşak doku kitlesi saptandı. İntrauterin perikardiyosentez yapıldı. İşlemden 1 hafta sonrasında 1500 gr olarak preterm doğan bebek ekokardiyografi sonrası opere edildi.

Bulgular:

Median sternotomi ile assenden aortaya sağ koroner ostiumun biraz üzerinden bağlanan düzgün kenarlı, perikardial effüzyonun eşlik ettiği 4x4x5 cm boyutlarında kitle görüldü. Kardiyopulmoner bypassa girilmeden aort üzerine tutunmuş olan sap kısmı künt diseksiyonla adventisia tabakası ile birlikte eksize edildi. Patoloji sonucu teratom ile uyumlu olarak geldi. Operasyon sonrasında problem olmayan 7. günde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Gebeliğin 20-24. haftalarından itibaren hızla büyüyerek ultrason takipleri esnasında fark edilebilen intraperikardial teratomlar prenatal dönemde kist rüptürlerine bağlı olarak ciddi perikardial effüzyonlara ve hidrops gelişimine, düşüklere neden olabilmektedirler. Bu hastalarda intrauterin perikardiyosentez hayat kurtarıcı olmaktadır. Bununla birlikte hızla büyümeye bağlı olarak çevre organların maturasyonunda bozulmalara özellikle akciğerlerde doğum sonrasında distress sendromu gelişimine neden olmaktadır. Asıl tedavisi doğum sonrasında yapılan cerrahi eksizyon olan teratomların büyük çoğunluğu aort ve pulmoner arterler üzerinden köken alırlar. Yerleşim yerlerine ve ilişkide oldukları kardiyak yapılara göre operasyon esnasında kardiyopulmoner bypass gereksinimi olabilmektedir. Genellikle benign ve operasyon sonrasında tekrarlama olasılığı oldukça düşük olan bu tümörler rezidü doku bırakılmadan erken dönemde cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

PB-33

SOL ANA KORONER BASISI İLE MANİFEST OLAN PULMONER ARTER ANEVRİZMASININ BAŞARILI CERRAHİ ONARIMI

EYLEM TUNÇER, MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, NACİ ÖNER, AYŞE YILDIRIM İNCE, FÜSUN GÜZELMERİÇ, TANIL ÖZER, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç

Pulmoner arter anevrizmaları nadir vakalardır. Etiyolojiden konjenital kalp hastalıkları ile beraber, pulmoner hipertansiyon veya daha nadir olarak ateroskleroz, enfeksiyon veya vaskülitler sorumlu olabilir. Çoğunlukla asemptomatik olup dispne, göğüs ağrısı veya öksürükle beraber de görülebilir. Biz bu sunumuzda, cerrahi düzeltme uyguladığımız bir pulmoner arter anevrizması vakasını paylaşıyoruz.

Metod

27 yaşında bayan hasta, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan transtorasik ekasında ana pulmoner arter çapı 4.14cm olarak ölçülmüş, buna ek olarak sekonder ASD ve pulmoner hipertansiyon tesbit edildi. Yapılan kalp kateterizasyonunda bu bulgulara ek olarak %90 LMCA darlığı tesbit edildi. Bu darlığın anevrizma baskısına bağlı olduğu bilgisayarlı tomografi ile gösterildi. Hasta operasyona alınarak ASD volüm daraltma, pulmoner arter ve dallarına dacron greft interpozisyonu yapıldı.

Sonuç

Hasta düşük doz inotrop destek ve nitrogliserin ile pomedan çıktı. Sorunsuz bir postoperatif seyir sonrası hastanın semptomlarında belirgin gerileme oldu. Takiplerinde NYHA Class I idi.

Tartışma

Pulmoner arter anevrizmaları nadir olmakla olgulardır. Asemptomatik hastaların cerrahi zamanlaması tartışmalı bir konu iken semptomatik hastalarda cerrahi önerilmekte ve başarı ile uygulanabilmektedir.

PB-34

SAĞ VENTRİKÜL ÇIKIM YOLUNU ÇAPRAZLAYAN ANORMAL KORONER ARTERE SAHİP FALLOT TETROLOJİ OLGUNUNUN KORONER ARTER MOBİLİZASYON YÖNTEMİ İLE TAMİRİ

MURAT ÖZEREN, BARLAS AYTAÇOĞLU, OLGU HALLIOĞLU, KEREM KARACA, NEHİR SUCU

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MERSİN

Amaç:

Sağ ventrikül ciddi obstrüksiyonu (RVOT) olan TOF'lu olgularda çıkım yolunu çaprazlayan koroner arter anomalisi mortalite ve morbiditeyi artıran önemli bir faktördür. Koroner arter anomalileri içersinde TOF'da en sık rastlanan anomali, sol ön inen koroner arterin

(LAD) anormal olarak sağ koroner arterden çıkıp RVOT çaprazlamasıdır.

Gereç ve Yöntem:

LAD'si sağ koroner sinüsten çıkan ve sağ ventrikül çıkımı çaprazlayan 16 yaşındaki erkek hastada total korreksiyon yapılmak amacıyla elektif şartlarda operasyona alındı.

Bulgular:

Sağ ventrikültomi vertikal olarak koroner arter doğru yapıldı. Sağ ventrikül infundibuler alanı çaprazlayan koroner arter mobilize edilerek eleve edildi. VSD kapatılması takiben, eleve edilen koroner arterin altından transanuler yama geçirilerek RVOT rekonstrükte edilmiştir. Postoperatif dönemde herhangi bir iskemi ile karşılaşılma, preopeartif 130 mm Hg olan pulmoner çıkım yolu gradyenti 30 mm Hg kadar düşmüştür.

Tartışma ve Sonuç:

RVOT çaprazlayan koroner arter halen sorun olup tedavisinde 2 yama tamiri, oblik ventrikülotomi, pulmoner homograft yaygın kullanılan yöntemlerdir. Mobilizasyon tekniği ilk kez Bonchek tarafından tarif edilmiş ve çıkım yolu genişletilmesinde koroner arter yerinde bırakılarak yeterli çıkım yolu genişlemesi sağlanmıştır. Bu yöntem koroner spazm riskleri nedeniyle bebek ve küçük çocuklar yerine özellikle büyük çocuklarda güvenle önerilebilecek bir yöntemdir.

PB-35

NEONATAL RHABDOMYOMLARDA ACİL KARDİYAK CERRAHİ

NİHAT ÇİNE, MURAT BAŞARAN, EYLEM TUNÇER, AYŞE YILDIRIM İNCE, NACİ ÖNER, FÜSUN GÜZELMERİÇ, AKIN ARSLAN, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Primer iyi huylu kalp tümörlerinin %50 kadarını Rhabdomyomlar oluşturmaktadır. İntramural kaynaklı bu tümörler multipl olmaya eğilimlidir. Biz burada sol ventrikül çıkım yolunu daraltan ve hayati önemi olan iki olgumuzu sunmaktayız.

Olgu:

İlk olgumuz bir haftalık bir bebek idi. Sistolde sol ventrikül çıkım yolunda aort kapağına doğru hareket ederek ciddi darlık yaratan, hipereksten1,33X0,6cm kitle, subaortik bölgede ventrikülerseptumdan köken almaktaydı. Erken ameliyata alındı ve kardiyopulmonerbypass ile kitle rezeke edildi. Kitle tabanı septumda ve sağ koroner kapakçık ile de iştirakli idi. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta 6. gün taburcu edildi. Patolojiye gönderilen materyal rhabdomyom olarak değerlendirildi.

İkinci olgu 3 günlük, morarma ve solunum sıkıntıları vardı. Yine sol ventrikül çıkım yolunda ve sistolde aortaya doğru hareket eden kitle mevcuttu. Erken ameliyat planlandı ancak ameliyata alınamadan, hazırlık aşamasında ani solunum ve kalp yetmezliği ile kaybedildi.

Sonuç:

Rhabdomyomlar iyi huylu olarak sınıflansalar da, neonatal dönemde malign bir klinik ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu durumda erken ameliyat hayat kurtarıcı olmaktadır. Ventrikül çıkım yolunda yerleşen tümörler bazen kapakçığa da invaze olabilmekte ve ameliyatta kapakçık bütünlüğünü tehdit edebilmektedir. Bu tür olgularda ameliyata yetişemeyenlerde ani ölümler olabilmektedir.

PB-36

ENJEKTE EDİLEBİLEN PULMONER KAPAKĞIN GENİŞLETİLMİŞ KULLANIM ALANI: PRİMER KAPAKLI TAMİR

SÜLEYMAN ÖZKAN¹, ECE SALİHOĞLU¹, SALİH ÖZÇOBANOĞLU²

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

² ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Enjekte edilebilen pulmoner kapak fallot tetralojisi hastalarında kronik pulmoner kapak yetersizliğini tedavisi için geliştirilmiş bir biyolojik kapaktır. Literatürde belirtilen ve önceki deneyimlerimize dayanarak kapakğın avantajlarını göz önüne aldık ve kullanım alanını genişleterek uygun patolojilerde primer tamir sırasında 3 hastada uyguladık.

Gereç ve Yöntem:

İki hastaya VSD pulmoner atrezi, 3. hasta ise pulmoner kapak yokluğu sendromu tanısı ile primer tamir sırasında enjekte edilebilen pulmoner kapak kullanıldı. Hastaların yaşları 18 ay, 6ve 11 yıl idi. Pulmoner atrezisi olan hastalara aynı seansta pulmoner dallara yama ile arteriyoplasti de uygulandı. Pulmoner kapak yokluğu sendromu olan hastaya enjekte edilebilen pulmoner kapak yerleştirilebilmesi için öncelikle perikard yama ile pulmoner annulus genişletildi ve kapak daha sonra bu annulusa yerleştirildi. Cerrahi sonrasında direkt ölçüm ile tüm hastalarda sağ ventrikül-aort basınç oranı 0,5 olarak tespit edildi.

Bulgular:

Tüm hastalar sorunsuz bir postoperatif dönemi takiben 2. haftada taburcu oldular. Kontrol eko incelemelerinde pulmoner kapak fonksiyonu iyi bulundu ve gradient saptanmadı. Hastalar sırası ile 24,22 ve 20 ay boyunca izlendi ve bu süre içinde kapakğa bağlı sorun yaşanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Enjekte edilebilen pulmoner kapak genişleyebilen stenti sayesinde pulmoner arterin çapından daha geniş kapak boylarının uygulanmasını sağlamaktadır; buna ek olarak No-react özelliği sayesinde diğer pulmoner kapaklara kıyasla kalsifikasyon, dejenerasyon ve enfeksiyona dayanıklılığı ve dolayısı ile uzun süreli kullanımı gösterilmiştir. Çıkış yolunun serbetçe genişletilebilmesine imkanı veren ve böylece reoperasyon ihtiyacını erteleyen bu tip biyolojik kapak kullanımının kapaklı bir kondüitle kıyaslandığında daha avantajlı olduğunun düşünüyoruz.

PB-37

YENİDOĞAN VE İNFANTLARIN KOMPLEKS KONJENİTAL KALP AMELİYATLARI SIRASINDA SENTETİK DOKU YAPIŞTIRICISI (COSEAL) KULLANIMININ MORTALİTE VE MORBİDİTEYE ETKİSİ

ERSİN EREK, BURAK ERSOY, SELEN ONAN, KÜRŞAD ÖZ, ÖZGEN KOÇYİĞİT, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Kompleks konjenital kalp ameliyatları sonrasında ortaya çıkan kanama ve transfüzyon ihtiyacı, önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Bu çalışmada kompleks kardiyak anomali nedeniyle opere edilen yenidoğan ve infant hastalarda, sentetik doku yapıştırıcısının (CoSeal) sonuçlar üzerine etkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmaya, Haziran 2011 - Şubat 2012 tarihleri arasında, aynı cerrah tarafından (EE), kompleks konjenital kardiyak anomali nedeniyle ameliyat edilen, 17 ardışık hasta dahil edildi. Hastaların 10'u erkek 7' si kız idi. Yaşları 4 ile 110 gün arasında (median: 8 gün) değişmekteydi. On hastaya, arteriyel switch operasyonu (ASO), 4 hastada ASO ile birlikte VSD kapatılması yapıldı. Bir hastada ise TGA ve VSD ile birlikte arkus aorta hipoplazisine müdahale edildi. Bir hastaya VSD ile birlikte arkus aorta hipoplazisine aynı seansta tamir uygulanırken, sonuncu hastaya Ross/Konno operasyonu yapıldı. CoSeal, tüm hastalarda, aort klemp açılmadan hemen önce, insizyon hatları boyunca uygulandı. Kardiyopulmoner bypass süreleri 134 ile 254 dk arasında (median: 162 dk) ve aort klemp süreleri 73 ile 166 arasında dk (median: 94 dk) idi.

Bulgular:

Mortalite olmadı. Göğüs kapama süresi 35 ile 60 dk arasında (median: 50 dk) olarak saptandı. On hastaya gecikmiş sternum kapatılması prosedürü uygulandı. Hastaların postoperatif ilk 24 saat içindeki drenaj miktarı 10 ile 130 ml arasında (median:50

ml) gerçekleşti. Hastaların postoperatif ilk 24 saat içinde 15 ile 105 ml (median: 30 ml) eritrosit süspansiyonu; 0 ile 100 ml arasında (median: 30 ml) taze donmuş plazma gereksinimi oldu. Üç hasta dışında trombosit süspansiyonu ihtiyacı olmadı. Hastaların ortalama yoğun bakım kalış süreleri 120 ile 576 saat arasında (median: 196 saat) olarak gerçekleşti. Hastane kalış süreleri 8 -32 gün (median: 14 gün) idi.

Tartışma ve Sonuç:

CoSeal doku yapıştırıcısının göğüs kapama süresini, drenaj ve kan transfüzyonu ihtiyacını azalttığı, dolayısıyla mortalite ve morbiditenin azaltılmasına katkı sağladığı kanısındayız. Sonuçların CoSeal uygulaması ile iyi olması nedeniyle, doku yapıştırıcısının kullanılmadığı bir karşılaştırma grubu, etik bulunmadığı için oluşturulmamıştır.

PB-38

PARSİYEL SOL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİLİ OLGUDA CERRAHİ DÜZELTME

AHMET DOLAPOĞLU, M. FATİH AYIK, EMRAH OĞUZ, KEMAL CÜMŞÜDOV, SİBEL BOZOBALI, ERTÜRK LEVENT, RUHİ ÖZYÜREK, YÜKSEL ATAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi (PPVDA) olan olguda peroperatif yapılan Transözefageal ekokardiografinin (TEE) önemine ve postoperatif dönemde mortaliteyi belirleyen en önemli neden olan pulmoner venöz obstruksiyonu engellemek için anastomoz sırasında perikardiyal yama desteği kullanımı ve postoperatif düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımının önemine dikkat çekilmek istenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Yedi yaşında erkek hasta kliniğimize ASD ve PAPVDA tanılarıyla başvurdu. Transtorasik ekokardiografide (EKO) atriyal septal defekt (ASD) (sekundum, 13 mm., Left-Right şant), sağ yapılar belirgin geniş, Trikuspit ve Pulmoner kapaklarda akım artmış, PAPVD (sol pulmoner venler vertikal ven yoluyla soldan innominate vene açılmakta), sağ ventrikül sistolik basıncı 40 mmHg, Qp/Qs>2 olarak rapor edilmiştir. Peroperatif yapılan transözefageal EKO ile tanı doğrulandı ldi. Sol atriumum hemen arkasından devam eden anormal pulmoner ven vertikal şekilde devam edip innominate vene açılmaktaydı. Sağ atriotomi yapıldı ve geniş ASD görüldü. ASD den yapılan sol atrium incelenmesinde sağ superior ve inferior pulmoner venlerin normal şekilde sol atriuma açıldıkları gözlemlendi. Kalpapeksi kaldırılıp sol atriumun arkasında anormal pulmoner venin izdüşümünün olduğu bölümde perikard açıldı ve anormal pulmoner ven serbestleştirildikten sonra bu ven ile sol atriyum apeksi arasında perikard yama desteği de kullanılarak anastomoz oluşturuldu. ASD perikard yama kullanılarak kapatıldı.

Bulgular:

İşlem sonrası peroperatif transözofageal EKO kontrolü yapıldı. Postoperatif erken dönemde hastada düşük molekül ağırlıklı heparin ve aspirin kullanıldı ve hasta aspirinle eksterne edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi teşhisi için transtorasik ekokardiyografi zaman zaman yetersiz kalabilmekte transözofageal EKO ile kesinleştirilmesi cerrah için peroperatif yardımcı olmaktadır. Postoperatif komplikasyonların başında sistemik veya pulmoner venöz obstrüksiyon gelişimi gelmektedir. Olgumuzda postoperatif dönemde pulmoner ven basınçların normal sınırlarda bulunması, cerrahi işlem sırasında anastomozun perikard yama ile desteklenmiş olması, postoperatif erken dönemde düşük molekül ağırlıklı heparin ve aspirin kullanılması pulmoner venöz obstrüksiyon gelişimini engellediği görülmüştür.

PB-39

YENİ BİR ÖLÇÜLENDİRME TEKNİĞİ İLE HİBRİD PULMONER KAPAK YERLEŞTİRİLMESİ: OLGU SUNUMU

SÜLEYMAN ÖZKAN¹, SALİH ÖZÇOBANOĞLU², METE GÜRSOY², ECE SALİHOĞLU¹, ALPAY ÇELİKER¹

¹ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

² ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Pulmoner kapağın cerrahi ve uygun hastalarda kateter yolu ile yerleştirilmesi teknik olarak birbirinden farklı avantaj ve özelliklere sahiptir. Kliniğimize her iki tekniğin de birlikte kullanılarak avantajlarından faydalandığımız pulmoner kapak yerleştirdiğimiz olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:

Daha önce pulmoner stenoz nedeni ile sağ ventrikül çıkış yolu rekonstrüksiyonu uygulanmış olan hastaya pulmoner kapak yerleştirilmesi için hibrid bir teknik uygulandı. Hastaya anjiyo laboratuvarında parsiyel alt sternotomi ile pompasız teknikle enjekte edilebilen pulmoner kapak(Biointegral injectable stented pulmonic valve NR4000-PA MIS, Biointegral Inc, Union,NJ) yerleştirildi. Hasta femoral venden kateterize edilerek kateter pulmoner artere gönderildi, balon maksimum şişirilerek çap ölçümü tam olarak yapıldı. Uyguladığımız bu yeni ölçüm tekniği ile pulmoner arter çapının tam ve doğru olarak tespit edilmesi sağlandı. Ölçümün ardından alt mini sternotomi yapıldı.

Sağ ventrikül çıkış yolu açılarak pulmoner kapak enjekte edildi. Anjiyografik olarak kapak pozisyonu ve fonksiyonu işlemi takiben kontrol edildi ve böylece ek insizyon yapılmaksızın işlemin sorunsuz ve uygun şekilde gerçekleştiği gösterildi.

Sonuç:

Pulmonik kapak yerleştirilmesi için ana pulmoner arter çapının tam ve doğru ölçümü gerekir. Ekokardiyografi ve MR inceleme ile bu ölçümler gerçekleştirilebilir ancak balon şişirilerek yapılan teknik ile daha kesin bir ölçüm elde edilmektedir, bu metoda balonun maksimum şişirilmesi ile abartılı bir ölçüm sağlanması mümkün olmaktadır. Abartılmış kapak ölçümü ise paravalvüler kaçak ve protezin kaymasının engellenmesini sağlar. Diğer taraftan konvansiyonel yaklaşımda alt ministernotomi ile kapağın yerleştirilmesi sonrası pozisyonunu kontrol etmek için ek bir mini torakotomi gerekmektedir. Oysa uygulanan hibrid yaklaşım sayesinde işlem öncesi doğru protez seçimi yapılmakta aynı zamanda da işlem sonrası kontrol ek bir insizyon gerekmeksizin protezin fonksiyon ve pozisyonu kontrol edilebilmektedir.

PB-40

GERBODE TİP VENTRIKÜLER SEPTAL DEFEKTLİ YETİŞKİN OLGU

İLKUNUR CİHAN, M. FATİH AYIK, ÜMİT KAHRAMAN, MURAT BİLGİN,
AHMET DOLAPOĞLU, EVRİM ŞİMŞEK, YÜKSEL ATAY

EĞE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Gerbode defekti; sol ventrikül ve sağ atrium arasında geçişli şant tipi olarak bilinir. Sık karşılaşılmadığından dolayı başarılı cerrahi tedavi edilen olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz 56 yaşında bayan hasta , kliniğimize nefes darlığı ve eforla gelen çarpıntı, şikayetleriyle başvurdu. Yaklaşık beş yıldır yakınmaları olup ek olarak insülin bağımlı diabeti vardı ve ayrıca diüretik ve antihipertansif tedavi almaktaydı. Yapılan ekokardiyografide (EKO); perimembranöz VSD, minimal mitral yetmezlik tesbit edilip, VSD görünümü ile ilgili şüphe nedeniyle transözefageal EKO (TEE) önerildi. TEE’de VSD (Gerbode) sol ventrikülden sağ atriuma 0.7 mm geçiş ve 2. derece TY olarak rapor edildi. Operasyon planlanan olgunun yaşı nedeniyle koroner anjiyografi yapıldı. Cerrahi düzeltilmesi gereken koroner sorun tesbit edilmedi.

Bulgular:

Kardiyopulmoner bypass ile operasyonda sağ atriyotomi yapıldı. Trikuspid kapağın septal lifletinin superior medialinde çevresi fibröz doku ile çevrili yaklaşık 1 cm

genişliğinde VSD görüldü. VSD Gore-Tex yama ile kapatıldı ve Trikuspit kapağa deVega Anuloplasti uygulandı. Cerrahi sonrası Perop TEE de; IVS de geçiş yok , TY 1. Derece olduğu görüldü. Yoğun bakım ve servis izleminde olguda ek problem olmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Gerbode tip VSD ler nadir görülmekle birlikte başarılı cerrahi girişim ile hastayı sağ atriyal dilatasyon ve pulmoner hipertansiyondan korumak amacıyla erken müdahale gerektiren defektlerdir.

PB-41

VSD, PULMONER ATREZİ VE MAPCA'DA FARKLI YAKLAŞIMLAR

MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, EYLEM TUNÇER, FÜSUN GÜZELMERİÇ, NACİ ÖNER, AYŞE YILDIRIM İNCE, TANIL ÖZER, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç :

Ventriküler septal defekt, pulmoner atrezi ve MAPCA'lı hastalarda cerrahi yaklaşım halen tartışmalı bir konudur. Biz burada 5 farklı hastada uyguladığımız farklı yaklaşımları sunmaktayız.

Metod:

Kliniğimizde son 1 senede 5 VSD, pulmoner atrezi ve MAPCA'lı hasta opere edilmiştir. Bu hastaların 2 tanesinde pulmoner arterlerin ektensif rekonstrüksiyonu ve MAPCA ünifokalizasyonu gerçekleştirilmiş; sağ ventrikül –pulmoner arter devamlılığı ise kapaklı konduit ile sağlanmıştır. Bu hastalarda VSD açık bırakılmıştır. VSD 'nin açık bırakılma kararı 1 hastada operasyon sırasında uygulanan intraoperatif flow çalışması ile belirlenmiştir. Geri kalan 2 hastada ise total korreksiyon gerçekleştirilmiş ve VSD kapatılmıştır. Bir hastada ise pulmoner arter gelişiminin (2 mm) sağlanması için Melbourne şanti yapılmıştır.

Sonuç :

Total korreksiyon yaptığımız hastalardan 1 tanesi postoperatif dönemde dönemde düşük kardiyak debi nedeniyle kaybedilmiştir. Diğer hastalar ise sorunsuz bir şekilde taburcu edilmiş olup halen takipleri sürmektedir.

Tartışma :

Ventriküler septal defekt, pulmoner atrezi ve MAPCA'lı her hastaya farklı bir şekilde yaklaşıp tedavi şekli ona göre belirlenmelidir. Bu patolojide santral pulmoner arterlerin gelişim düzeyini gösteren parametreler her zaman doğru sonuçlar vermemektedir.

İntraoperatif flow çalışması bu hastalarda VSD'nin kapatılıp kapatılmaması kararında yol gösterici olabilir.

PB-42

ARTERYEL SWITCH OPERASYONU İLE BİRLİKTE PULMONER BANDING UYGULAMALARI: 2 OLGU SUNUMU

MEHMET SALİH BİLAL, ARDA ÖZYÜKSEL, ÖZGÜR YILDIRIM, CAN YEREBAKAN, NİHAT ÇİNE, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Büyük arterlerin transpozisyonu(BAT), tüm konjenital kalp hastalıkları arasında %6-7 oranında görülmekte olup klinik seyir, sol-sağ karışım derecesi ile belirlenmektedir. Pulmoner banding(PB), klasik yaklaşımda, sol ventrikülün arteryel switch operasyonuna(ASO) hazırlanması için kullanılan yöntemdir. Bu iki vakada PB, klasik yaklaşım dışında değişik iki sebepten dolayı ASO sonrası uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Olgu 1:

19 aylık erkek hasta (9kg); BAT, swiss cheese VSD ve pulmoner hipertansiyon(PHT) tanılarıyla operasyona alındı. Hastanın iki adet outlet ve musküler VSD'si PTFE yama ile kapatılarak apikal VSD'lere müdahale edilmeden ASO uygulandı. Koroner dağılım usul paterneydi. Total kardiyopulmoner bypass süresi(KPB) 171dk, aortik klemp süresi(AKS) 125dk idi. KPB çıkışında RV/LV basınç oranı <0,5 olup sistemik tansiyon 90/60mmHg iken ana pulmoner arter(APA) basıncı sistolik 40mmHg olarak ölçüldü. Postoperatif izleminde hastanın yapılan EKO değerlendirmesinde APA basıncının arttığı saptandı. Bunun üzerine yapılan kateter çalışmasında APA:50/19/38 mmHg olarak ölçüldü. Qp/Qs : 1.3 olmasına karşın klinik olarak overflow ve PHT bulguları olması üzerine hasta tekrar operasyona alınarak PAB sistolik 38mmHg olacak şekilde ana pulmoner artere banding uygulandı. Hasta postoperatif sorunsuz izlenerek taburcu edildi.

Olgu 2:

6 günlük 2700 gr ağırlığında erkek hastada BAT, VSD, tip B aortik interruption ve sağ ventrikül hipoplazisi (z: -2.5) saptandı. Hasta operasyona alınarak 18 derecede total sirkulatuar arrest altında interruption uç-uca anastomoz ile onarıldı. Ardından VSD açık bırakılarak atriyal septektomi yapıldı, LeCompte manevrası ve koroner buton transferini takiben ASO tamamlandı (KPB:120dk, AKS:98dk). KPB çıkışında bilateral PB uygulandı. Hasta postoperatif dönemde sorunsuz izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Her iki vakada da BAT hastalarında klasik indikasyonu dışında PB uygulanarak hastalar şifa ile taburcu edilmiştir.

Birinci olguda, swiss cheese VSD'li BAT vakasında ASO birlikte PB uygulanarak apikal VSD'lerin takip edilmesi planlanmıştır. İkinci olguda ise hipoplazik RV nedeniyle VSD açık bırakılmış, ASO ve PB sonrası hastanın seri EKO değerlendirmeleri ile sağ atriyoventriküler kapak ve RV gelişiminin takip edilmesi ve bu seyre göre biventriküler onarım ya da birbuçuk ventrikül tamiri yapılması hedeflenmiştir. Hastaların takibine devam edilmektedir.

PB-43

BÜYÜK ARTERLERİN TRANSPOZİSYONUNDA NADİR GÖRÜLEN BİR KORONER ANOMALİNİN TEDAVİSİNDE CERRAHİ TEKNİK

MEHMET SALİH BİLAL, CAN YEREBAKAN, ÖZGÜR YILDIRIM, ARDA ÖZYÜKSEL, İBRAHİM ÖNSEL, HALE BOLĞİ DEMİR, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Arteriyel switch operasyonu büyük arterlerin transpozisyonu konjenital anomalisinin tedavisinde çok başarılı sonuçlarla uygulanmaktadır. Nadir rastlanan koroner arter anomalileri bu operasyonu teknik açıdan komplike hale getirebilir.

Gereç ve Yöntem:

5 aylık erkek bir bebek kliniğimize Irak'tan büyük arterlerin D-transpozisyonu ve ventriküler septal defekt teşhisi ile gönderildi. Preoperatif transtorasik ekokardiyografide Taussig-Bing anomalisinin yanı sıra sol persistan superior vena kava saptandı. İntraoperatif incelemede hastanın geniş subpulmonik inlet genişlemesi olan ventriküler septal defektinin yanı sıra, yan-yan büyük damar ilişkisi ile birlikte sol ve sağ ana koroner arterle iki numaralı sinüsten tek koroner olarak çıktığı görüldü. Sol koroner retropulmoner seyrediyordu. Bir numaralı sinüs ve non-facing sinüs arasındaki komisürün 3-4 mm yukarısından çıkan intramural seyreden bir konal arter görüldü.

30°C kardiopulmoner bypass çift venöz kanülasyon kullanıldı. Kardioplejik aresti takiben tek ana koroner trap dor tekniği kullanılarak, yüksek çıkımlı intramural konal arter ise reverse anastomoz tekniği ile neoaortaya transfer edildi. Pulmoner rekonstrüksiyon tek parça perikard patch ile tamamlandı. Hasta kardiopulmoner bypass'dan sinüs ritminde ve minimal katekolamin desteğinde çıktı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta ameliyat sonrası 7. günde servise çıkarıldı ve 17. postoperatif günde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Nadir rastlanan koroner arter anomalileri arteriyel switch operasyonlarında doğru cerrahi teknikler kullanıldığında ameliyatın basarisini olumsuz anlamda etkilemeyecek şekilde tedavi edilebilir.

PB-44

KÜNT GÖĞÜS TRAVMASI SONRASI GELİŞEN TRİKÜSPİD KAPAK YETMEZLİĞİNDE TEKRAR KAPAK ONARIMI

MEHMET SALİH BİLAL, ÖZGÜR YILDIRIM, ARDA ÖZYÜKSEL, CAN YEREBAKAN, İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Künt göğüs travması sonrası, triküspid kapak rüptürü, nadir görülen bir durumdur. Literatürde vaka sunumlarının çoğunluğu yetişkin hasta grubuna ait yayınlardır. Pediatrik yaş grubundaki travmatik triküspid yetmezliği nedeniyle sunulan vaka sayısı 10 dan azdır.

Gereç ve Yöntem:

Daha önce herhangi bir sağlık problemi olmayan 14 yaşında erkek hasta 5 yıl önce geçirdiği trafik kazası sonucu gelişen künt göğüs travması sonrası kısa bir süre hastanede gözlem altında tutulup daha sonra taburcu edilmiş. Giderek artan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetiyle, kazadan 4 yıl sonra başvurduğu başka bir merkezde yapılan tetkiklerinde ileri triküspid yetmezliği saptanmış ve hastaya kasım 2009 tarihinde triküspid kapak onarımı ile birlikte bidireksiyonel glenn shunt operasyonu uygulanmış. Operasyon sonrası şikayetleri devam eden hasta kliniğimize başvurdu.

Akciğer grafisinde kardiyomegali bulgusu, elektrokardiyogramda sağ dal bloğu bulgusu mevcut. Transtorasik 2D ekokardiyografide, Glenn anastomozu fonksiyone vena cava inferior sağ atriya açılıyor. Tricuspid kapak patolojik, Renkli Doppler ile ileri tricuspid yetmezliği saptandı.

Hasta operasyona alındı. Triküspid anterior liflete ait iki kordanın rüptüre olduğu görüldü. İleri annuler dilatasyon mevcuttu, daha önce kay anulooplasti yapılmış olduğu görüldü. Septal liflette 6mm ve 4mm çapında iki adet perforasyon mevcuttu. 2 adet PTFE sütür ile artifisiyel korda yapılarak anterior liflet prolapsusu giderildi. Perforasyonlar primer onarıldı. Anterior-posterior papiller adeleler ve septum teflon destekli matres sütür ile birleştirilerek tethring etkisi azaltılmaya çalışıldı. Anterior ve posterior lifletler arasındaki komüssür bölgeleride birbirine dikildi. 27 mm st jude ring ile annulooplasti uygulandı. Kontrolde minimal TY saptandı. Postoperatif ekokardiyografi sonucu hafif triküspid kapak yetmezliği olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Operasyon sonrası takibi sorunsuz geçen hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi. 6 aylık takibinde şikayeti olmayan hastanın kontrol transtorasik ekokardiyografisinde hafif triküspid yetmezliği olduğu görüldü.

Bizim tecrübelerimize göre triküspid kapak onarımı, post-travmatik triküspid yetmezliği tedavisinde, kompleks lezyonlarda hatta tekrar operasyonlarda bile en uygun tedavi yöntemidir.

PB-45

DISKRET SUBAORTİK DARLIK CERRAHİSİ SONRASI ANTERIOR MITRAL LEAFLET PERFORASYONUNA BAĞLI CİDDİ MİTRAL YETERSİZLİK: OLGU SUNUMU

ARDA ÖZYÜKSEL, ÖZGÜR YILDIRIM, CAN YEREBAKAN, HALE BOLGİ DEMİR,
İBRAHİM ÖNSEL, CENAP ZEYBEK, YALIM YALÇIN, MEHMET SALİH BİLAL

MEDICANA INTERNATIONAL HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Konjenital aort darlıkları klasik olarak supralvular, valvular ve subvalvular olarak sınıflandırılmakta olup diskret membranöz subaortik stenoz (DMSS) subvalvular grubun en sık karşılaşılan tipidir. Mitral kapak patolojileri DMSS'e eşlik edebilir. Bu olguda DMSS cerrahisinden dört ay sonra saptanan anterior mitral leaflet perforasyonuna bağlı ciddi mitral yetmezlik hastası sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Dış merkezde dört ay önce DMSS nedeniyle opere edilen 10 yaşında erkek hasta kliniğimize eforla artan solunum sıkıntısı ve çarpıntı şikayeti ile başvurdu. Yapılan ekokardiyografide anterior leaflette perforasyona bağlı ciddi mitral yetersizlik (MY) olduğu saptandı. Hasta elektif şartlarda operasyona alındı. Kardiyopulmoner bypass (KPB) altında 32 derecede aortanın klemplenmesini ve antegrad soğuk kan kardiyoplejisi ile arrestin sağlanmasının ardından transseptal yaklaşımla mitral kapak A1 bölgesinde 10mm çapında defekt olduğu görüldü (resim 1). Defekt, sirküler PTFE yama ve 7/0 PTFE sütür kullanılarak onarıldı. Posterior annulusun her iki yanından 5/0 poliprolen dikişler alınarak mitral anüloplasti yapıldı (resim 2). KPB'nin sonlandırılmasının ardından yapılan peroperatif transösefajial ekokardiyografide mitral yetmezlik saptanmadı. Hasta kardiyopulmoner bypass'dan sorunsuz ayrıldı. Postoperatif seyirde sorun saptanmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Bu olguda, DMSS nedeniyle opere edilen hastada operasyondan 4 ay sonra saptanan ciddi mitral yetmezlik ve buna sebep olan leaflet perforasyonu başarı ile tamir edilmiştir.

Konjenital subvalvular aort darlığı vakalarına mitral kapak anomalileri eşlik edebilmektedir. Bu olguda, mitral yetmezlik tablosu, nativ mitral kapak anomalisi olmayan hastada olası leaflet perforasyonuna bağlı olarak gelişmiştir. Bu durum, uygun olmayan cerrahi teknik ile ilgili olabilir. Bu olguda, mitral leaflettteki defekti PTFE yama ile onararak sütür anüloplasti ile mitral yetmezliği giderdik. Bu yaş grubundaki hastalarda mitral kapak replasmanı ve rijit anüloplasti halkası yerine tamir ve sütür anüloplastinin daha fizyolojik bir yaklaşım olduğu kanaatindeyiz.

PB-46

BÜYÜK ARTER TRANSPOZİSYONU, PULMONER STENoz VE VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKTLİ HASTADA MODİFİYE NIKaidoh PROSEDÜRÜ

MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, EYLEM TUNÇER, NACİ ÖNER, AYŞE YILDIRIM İNCE, FÜSUN GÜZELMERİÇ, AKIN ARSLAN, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Pulmoner stenozun eşlik ettiği büyük arter transpozisyonlu hastalarda en uygun tedavi şekli halen tartışmalıdır. Biz burada başarılı bir şekilde modifie Nikaidoh prosedürü uyguladığımız hastamızla ilgili tecrübemizi aktarmaktayız.

Metod:

Nefes darlığı ve morarma şikayeti ile başka bir merkezde takip edilen 18 aylık hasta kliniğimize kabul edildi. Yapılan tetkiklerinde TGA, PS ve VSD tanısı konulan hastaya Nikaidoh prosedürü uygulanmasına karar verildi. Nikaidoh prosedürü uygulanması sırasında sol koroner arter buton şeklinde hazırlanarak neoortik köke ayrıca transfer edildi. Sağ ventrikül ile pulmoner arter devamlılığı kapaklı konduit ile sağlandı. Operasyon sorunsuz bir şekilde sonlandırıldı.

Sonuç:

Postoperatif 1. günde ekstübe edilen hastanın takiplerinde bir sorun yaşanmadı. Postoperatif 7. günde taburcu edilen hastanın kontrol ekokardiografisinde ventriküler septumdaki yamadan rezidüel şant akımı alınmadı. Neoortik kapağın fonksiyonlarının iyi olduğu tespit edildi.

Tartışma:

Pulmoner stenozun eşlik ettiği büyük arter transpozisyonlu hastalarda en sık kullanılan prosedür Rastelli operasyonudur. Bu tekniğin uygulanmasının zor olduğu restriktif VSD'li hastalarda Nikaidoh prosedürü alternatif tekniklerden bir olarak düşünülebilir.

PB-47**ATRIOVENTRİKÜLER KANAL DEFİKTLERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE KLASİK TEK-YAMA VE 'AVUSTRALYA' TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

VELİD HALİT, LEVENT OKTAR, TOLGA TATAR, SERDAR KULA, HAKAN ZOR, DİLEK ERER, RANA OLGUNTÜRK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Atrioventriküler kanal defektlerinin tek-yama tekniği ile kapatılması başarısı kanıtlamış bir cerrahi yöntemdir. Bu sunuda 1998 ve 2012 yılları arasında opere edilen AV-kanal hastalarında tek-yama yöntemi ile 'Avustralya' tekniğinin sonuçları karşılaştırılmıştır.

Yöntem:

Ondört hasta klasik tek-yama yöntemi ile opere edilirken (Grup 1) 24 hasta ise 'Avustralya' tekniği kullanılarak ameliyat edilmiştir (Grup 2). Tüm hastalarda preoperatif kateterizasyon yapılmış ve postoperatif takipte AV kapaklar ve ventrikül fonksiyonları ekokardiyografi ile değerlendirilmiştir.

Sonuç:

Grup 1'de 2 hasta, grup 2'de ise 4 hasta erken dönemde kaybedilmiştir. Her bir gruptan da birer hastada orta derecede AV kapak yetmezliği görülmüş ancak hiçbir hastada sol ventrikül yolu çıkım yolunda patoloji saptanmamıştır.

Yorum:

'Avustralya' tekniği basit olmasına bağlı olarak daha kısa CPB ve aortik klemp zamanlarına olarak sağlamanın yanısıra tatminkar cerrahi sonuçlar sağladığı için tarafımızca tercih edilen yöntem olmuştur. Ancak sol ventrikül çıkım yoluna ait çekincelerin tümüyle giderilmesi için uzun dönem sonuçlarının beklenmesi uygundur.

DiSRiTMi

KATETER SALONUNDA ANİ DESATURASYON

İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, NESLİHAN KIPLAPINAR, CELAL AKDENİZ, YAKUP ERGÜL, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Pediyatrik kardiyologlar olarak birçok siyanotik hastaya kateter girişimi yapmaktayız. Bu hastaların işlemden önce veya işlem sırasında saturasyonunun düşük olmasına alışkınız. Ancak siyanotik kalp hastalığı olmayan ve işlem sırasında entübe edilmiş hastalarda siyanoz beklenen bir durum değildir. Burada işlem sırasında ani desature olan ve methemoglobinemi tespit edilen bir olgu sunuldu.

Olgu:

Onüç yaşında erkek hasta supraventriküler taşikardi (SVT) nedeniyle takip edilirken elektrofizyolojik çalışma(EFÇ) için kateter salonuna alındı. Hastanın işlem öncesi saturasyonu %96 idi. Hastaya sedasyon için midazolam ve propofol verildi, sonrasında veküronyum uygulanarak entübe edildi. %100 oksijen verilen hastanın saturasyonu %98 idi. Hastaya işlem için lokal prilokain yapılması sonrasında hastanın saturasyonu dakikalar içinde %83 e kadar geriledi. Hastanın ekstübe olabileceği düşünülerek solunum sesleri dinlendi ve skopi ile endotrakeal tüpün yeri kontrol edildi. Tüm olasılıklar dışlandığında hastada methemoglobinemi olabileceği düşünülerek arterial kan gazı alındı. Kan gazında PO₂: 147 O₂ Sat: %99 ve metHb: %18 olarak saptandı. İşleme devam edilmeden hasta uyandırıldı ve servise alındı. Metilen mavisi tedavisi ile metHb düzeyi geriledi. Daha sonra metilen mavisi ve C vitamini bulundurularak hastaya tekrar EPS yapıldı, lokal anestezi yapılmadan ketamin ve propofol altında hasta sedatize edilerek tipik AVNRT indüklendi ve cryoablasyonla başarılı bir şekilde tedavi edildi. Hastanın bu prosedür sırasında ve sonrasında metHb düzeyi maksimum 9'a yükseldi ve C vitamini verilerek tedavi edildi.

Tartışma - sonuç:

Entübe hastada ani desaturasyon durumunda, eğer konjenital siyanotik kalp hastalığı yok ise ventilatör ile ilgili sorunlar, hava yolu devamlılığının kaybedilmesi ve pnömotoraks gibi akciğeri ilgilendiren patolojiler öncelikli olarak düşünülmelidir. Sık görülmemekle birlikte methemoglobinemi, akciğer problemi olmayan ve siyanotik kalp hastalığı bulunmayan hastalarda ani desaturasyon durumunda akla gelmelidir.

MIYOKARDİT TANISI KONULAN 3 AYLIK BEBEKTE FARKLI SPEKTRUMDA ARİTMİLER: SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ VE EKG'DE UZUN QT İNTERVALI

EBRU AYPAR, EYÜP ASLAN, AHMET SERT, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Miyokardit hastaları kalp yetmezliği bulguları, aritmilerle karşımıza gelebilir. Elektrokardiyogramda (EKG) sinüs taşikardisi, düşük voltajlı QRS kompleksleri, düşük voltajlı veya negatif T dalgaları görülebilir. Ayrıca geniş Q dalgalarıyla karakterize myokard enfarktüsü bulguları, ST-segment değişiklikleri, supraventriküler veya ventriküler taşikardiler, atriyal fibrilasyon, atriyoventriküler blok, QT interval uzaması tanımlanmıştır. Bu bildiride, SVT ile başvuran, miyokardit tanısı alan ve izleminde farklı spektrumda başka bir aritmi geliştiren bir hastayı sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

3 aylık erkek hasta, 2 gündür süren ishal, hızlı nefes alma yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu.

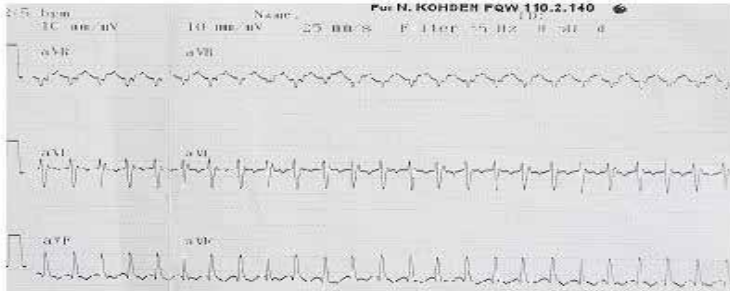


Fig. 1: Hastanın başvuru anında EKG'si. 250 atım/dak hızında dar QRS taşikardi

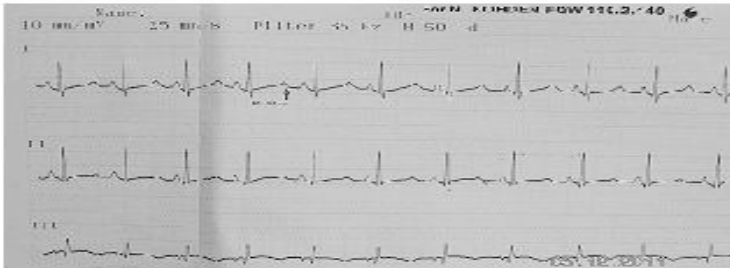


Fig. 2: 2. günde EKG. Sinüs bradikardisi ve QT interval uzaması. QTc:480 ms. (H<440 ms.)

Fizik incelemede genel durumu kötü, takipneikti. Kalp hızı: 250 atım/dak, solunum hızı 80/dak, kan basıncı: 70/30 mmHg, vücut ısı: 37 °C idi. Mezokardiyak alanda 2/6 derece kısa sistolik üfürüm mevcuttu, karaciğer midklaviküler hatta kosta altında 2-3 cm ele geliyordu. EKG’de kalp hızı: 245 atım/dak, dar QRS taşikardi izlendi. QRS süresi: 75 ms idi (Fig. 1). Laboratuvar incelemelerinde serum elektrolitleri, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri normaldi. Serum troponin I düzeyi yüksekti; 0,41 ng/ml (N<0,20). EKG bulguları ile SVT tanısı konularak, intravenöz adenozin verildi, SVT sonlandırıldı. Ekokardiyografide sol ventrikülde dilatasyon ve sistolik işlevlerde azalma saptandı. Hastaya miyokardit tanısıyla i.v. immünglobulin (2 gr/kg) verildi. Kalp yetmezliği bulguları için i.v. dobutamin (5 mikrogram/kg/dak) başlandı. İzleminde 2. günde ekokardiyografide sol ventrikül işlevleri düzelen hastanın dobutamini kesildi, propranolol (1 mg/kg/gün) başlandı. Yatışının 2. gününde kalp hızı: 80 atım/dak’ya düşen hastanın EKG’sinde sinus bradikardisi, QT interval uzaması saptandı. Düzeltilmiş QT intervalı (QTc): 480 ms’ydi (N<440 ms) (Fig. 2). Propranolol tedavisi kesilen hastanın EKG bulguları 6. güne kadar devam etti, kendiliğinden düzeldi. Holter monitorizasyonunda sinüs bradikardisi, QT uzaması dışında farklı bir aritmi saptanmadı. Uzun QT sendromu için Schwartz skorlaması yapıldı, özgeçmişinde nöbet, senkop, kardiyak arrest öyküsü olmadığı, ailesinde ani ölüm öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Doğumsal işitme kaybı saptanmadı. QT interval uzamasının myokardite bağlı geliştiği düşünüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Bu vaka myokardit tanısı konulan hastaların farklı spektrumda aritmiler açısından yakından izleminin önemini vurgulamaktadır.

PB-50

MİTRAL KAPAK HASTALIĞINA BAĞLI KRONİK ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BİPOLAR VEYA UNİPOLAR RADYOFREKANS ABLASYON YÖNTEMLERİ İLE YAPILAN MODİFİYE MAZE PROSEDÜRÜNÜN ERKEN VE ORTA DÖNEM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

AYKUT ŞAHİN ¹, LEVENT YILIK ¹, UFUK YETKİN ¹, MERT KESTELLİ ¹, KAZIM ERGÜNEŞ ¹, ALİ GÜRBÜZ ²

¹ İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Preoperatif Atrial Fibrilasyon(AF) olan hastalarda açık kalp cerrahisi sonrasında %80 oranında AF devam etmektedir. Atrial fibrilasyonun bu istenmeyen etkilerini önlemek amacıyla özellikle ilaç tedavisine yanıt alınamayan olgularda cerrahi girişim konusunda çalışmalar yapılmıştır. Şu anda en yaygın olarak radyofrekans ile Maze

prosedürü uygulaması yapılmaktadır. Radyofrekans ablasyon, unipolar ve bipolar olarak uygulanabilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada mitral kapak hastalığı olan hastalarda uygulanan kapak operasyonuna ek olarak unipolar ve bipolar radyofrekans ablasyon uygulamasının hastaların kısa ve orta dönemde normal sinüs ritmine döndürme başarılarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla Mayıs 2002 – Aralık 2010 arasında kronik AF rahatsızlığı olan mitral kapak Bu hastaların ilk 55'ine unipolar, bipolar ablasyon cihazlarının 2006 yılında kullanıma girmesi ile birlikte sonraki 66'sına bipolar RF ablasyon olarak uygulandı.

Bulgular:

Hastalar karşılaştırıldığında preoperatif ekokardiyografi verileri, genel sağlık durumu değişkenleri ve demografik veriler açısından anlamlı fark saptanamamıştır. Ayrıca postoperatif 1. gün, 1. ay ve 6. ay takiplerinde normal sinüs ritmine dönme ve korunması açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Kliniğimizde mitral kapak hastalığı nedeni ile opere edilecek kronik AF'li hastalarda RF ablasyon uygulanmaktadır. Bipolar RF ablasyonun avantajları nedeni ile daha çok tercih edilmesi görüşündeyiz.

PB-51

KARDİYAK RABDOMİYOM VE SEMPTOMATİK WOLFF-PARKINSON-WHITE SENDROMU BİRLİKTELİĞİ; OLGU SUNUMU

SERTAÇ HANEDAN ONAN, SEMRA SAYGI, BEDRİ ALDUDAK

DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ, DİYARBAKIR

Amaç:

Kardiyak rabdomiyomlar; obstruktif durumlar, çeşitli aritmiler veya miyokardiyal tutulumla bağlı kalp yetersizliği gibi farklı klinik tablolara neden olabilir. Özellikle tuberoskleroz (TS)'lu olgularda Wolff Parkinson White sendromu (WPW) sıklığı normal popülasyondan yüksek bildirilmektedir. Burada kardiyak rabdomiyom-semptomatik WPW birlikteliği bulunan çocuk sunulmuş, bu olguların yönetimi tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Onbeş aylık erkek hasta konvulziyon nedeni ile araştırılıyordu.

Bulgular:

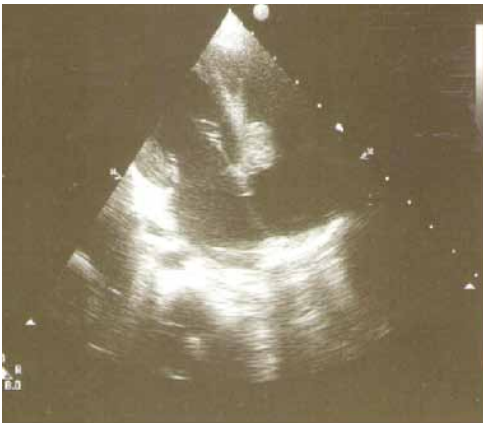
Muayenesinde kalp ritmik, kalp sesleri doğal, hız 120/dk idi, üfürüm duyulmadı, femoral nabızları alınıyordu, transtorasik ekokardiyografi (TTE)'de; interventriküler septumun üst kısmında, atriyoventriküler bileşkede, kısmen sağ atrium ve sağ ventriküle uzanan boyutları 1.5cm X 0.8cm, alanı 1.25 cm² ölçülen iyi sınırlanmış, homojen, hiperekoik bir kitle izlendi, rabdomiyom düşünüldü. Elektrokardiyografi (EKG) WPW ile uyumlu idi. Holter EKG'de supraventriküler taşikardi saptandı. Dermatolojik ve oftalmik muayenesi normal idi. Elektroensefalografide sol frontosantral ve sağ **parietookspital** bölgeden kaynaklanan keskin ve yavaş dalga aktivitesi gözlemlendi. Kraniyal manyetik rezonans (MR) normal bulundu. Diğer TS tanı kriterlerinin bulunmaması nedeniyle "şüpheli TS" olarak düşünüldü. Beta bloker tedavisi ile supraventriküler taşikardisi, vigabatrin ile konvülsiyonları kontrol altına alınan olgu takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

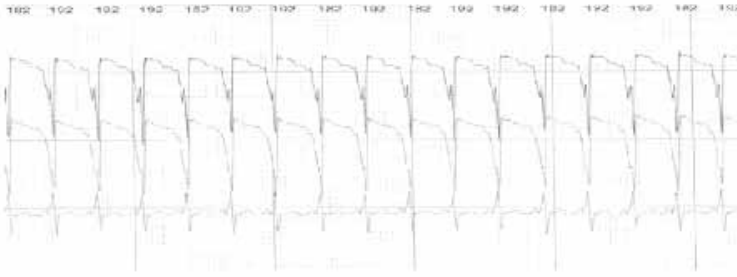
Kardiyak rabdomyomlar özellikle TS'lu olgularda multipldir. Olgumuzda tek kardiyak kitle vardı. Konvulziyon tablosu, beyin MR'ında saptanamayan tuberlerin varlığından şüphelendirdi. TS'da serebral tuberler, renal anjiolipomların ilerleyen yaşlarda gelişebileceği bilinmektedir. TS-WPW birlikteliği için TTE'de görülemeyecek kadar küçük rabdomyomlarda yer alan bazı hücrelerin yapısal olarak normal Purkinje hücrelerine benzediği, aksesuar yol olarak pre-eksitasyon nedeni olduğu bildirilmiştir.

Sonuç:

Rabdomiyom boyutundaki azalma ile WPW tablosunda da düzelme beklenen hasta nedeni ile çocuklarda kardiyak rabdomiyom-septomatik WPW birlikteliğine dikkat çekilmek istenmiştir. Bu hastalar TS'e ait diğer tanı kriterlerinin gelişimi yönünden izlenmelidir.



Resim 1: Transtorasik ekokardiyografide atriyoventriküler bileşkenin sağında yer alan rabdomiyom izlenmekte



Resim 2: Holter EKG’de supraventriküler taşikardi atağı ve Wolf Parkinson White Sendromu bulguları izlenmekte

PB-52

JERVELL VE LANGE-NIELSON SENDROMU: KCNQ1 GENİNDE HOMOZİGOT MUTASYON BULUNAN BİR OLGU SUNUMU

ÖZLEM MEHTAP BOSTAN ¹, ŞEHİME G. TEMEL ¹, HAKAN CANGÜL ², ERGÜN ÇİL ¹, ALPAY ÇELİKER ³

¹ ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BURSA

² BIRMINGHAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BIRMINGHAM

³ ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Uzun QT sendromu, uzamış QT aralıkları ve ventriküler taşikardi ile karakterize kardiyak repolarizasyon hastalığıdır. Bu sendrom presenkop, senkop, kardiyak arrest ve ani ölüm ile seyreden yüksek risk grubu taşıyan hastalıklardandır. Jervell ve Lange-Nielsen (JLN) sendromu ise otozomal resesif kalıtılan uzun QT sendromunun genetik formlarından birisidir. Bu sendromda sensörinöral işitme kaybı mevcuttur. JLN sendromuna KCNQ1 ve KCNE1 genlerindeki homozigot ve birleşik heterozigot mutasyonların sebep olduğu bilinmektedir. Türkiye’de literatürde JLNS sendromlu iki kızkardeş rapor edilmiş ancak moleküler olarak onaylanmamıştır.

Gereç ve Yöntem:

2 yıldır epilepsi tanısıyla izlenen ancak antikonvülzan tedaviye yanıt vermeyen ve son nöbette uzun QT aralığı olduğu görülen ikitaraflı sensörinöral tip işitme kaybı olan 3.5 yaşındaki kız olguya JLNS tanısı konuldu.

Bulgular:

Yapılan sekans analizinde KCNQ1 geninde homozigot mutasyon (c.728G>A, p.R243H) tesbit edildi. Aile bireylerinde yapılan mutasyon taramasında anne, baba ve kızkardeşte de aynı mutasyon heterozigot olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Hasta propranolol tedavisi başladı. İzlemde β bloker tedavisine rağmen iki kez VT atağı saptanan hastaya intra kardiak defibrilatör (ICD) takıldı. Bu olgu, doğuştan sensörinöral işitme kaybı olan kişilerin kendisinde yada ailesinde bayılma, epilepsi, ani ölüm gibi durumlar varlığında uzun QT sendromunun düşünülmesi gerektiğini ve aile taramasının önemini göstermektedir. Hastalığın uygun biçimde yönetimi ve gerekli genetik danışma için erken genetik tanı önermekteyiz.

PB-53

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ ÇOCUK KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ YAKIN DÖNEM ABLASYON DENEYİMİ

F. AYŞENUR PAÇ, SERKAN TOPALOĞLU, DURSUN ARAS, SERHAT KOCA, İBRAHİM ECE, A. VEDAT KAVURT, AJDA MUTLU MIHÇIOĞLU

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Radyofrekans ablasyon (RFA), kardiyak ritim bozukluklarının tedavisi amacıyla aritmojenik miyokard dokusu, aksesuar ve AV bağlantılar veya özelleşmiş iletim sisteminin tahrip edilmesidir. Verilen medikal tedavi atakları kontrol altına alamaz veya verilen ilaçlara bağlı ciddi yan etkiler ortaya çıkarsa RFA seçilmesi gereken tedavi yöntemidir. Bölümümüzde ablasyon yapılan olguların özellikleri, işlem sonucu ve komplikasyonlar belirtilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

TYİH Çocuk Kardiyoloji Ünitesi'nde 2007-2011 yılları arasında ritim bozukluğu nedeniyle değerlendirilen ve RFA uygulanan 41 hasta çalışmaya alındı.

Bulgular:

TYİH Çocuk Kardiyoloji Ünitesi'nde 2007-2011 yılları arasında 24 erkek, 17 kız olmak üzere toplam 41 hastaya 48 ablasyon işlemi uygulandı. (43 RFA, 5 Crioablasyon)

Toplam 41 hastada yapılan 48 ablasyon sonucunda % 85,4 başarı sağlanmışken % 12.5 rekürrens ve % 4.2 oranında komplikasyon saptandı. Rekürrens görülen 6 hastada başarılı RFA uygulandı. 48 ablasyon sonrası 35 (% 85.3) hastada başarı sağlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuk hastalarda çeşitli ritim bozukluklarında ablasyon deneyimleri; başarı: %82-92.4, rekürrens: %4-29.4, komplikasyon: %3-9.4, mortalite: %0.097-0.106, yaş: 13.2 yıl (ortalama), ağırlık: 50.5 kg (ortalama) olarak belirtilmektedir. Bölümümüzde de benzer sonuçlar alınmıştır. Ablasyon tedavisi invaziv bir yöntem olduğu için endikasyonları iyi

belirlenmelidir. Verilen tedavi atakları kontrol altına alamaz veya verilen ilaçlara bağlı ciddi yan etkiler ortaya çıkarsa merkezin ablasyon deneyimi ve imkanları göz önüne alınarak RFA seçilmesi gereken tedavi yöntemidir.

PB-54

PRE EKŞİTASYON RİSK SINIFLAMASINDA HOLTER EGZERSİZ TESTİ VE TRANSÖZEFAĞEAL ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA

F. AYŞENUR PAÇ, SERKAN TOPALOĞLU, DURSUN ARAS, SERHAT KOCA, İBRAHİM ECE, A. VEDAT KAVURT, AJDA MUTLU MIHÇIOĞLU

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Ventriküllerin AV nod – his – purkinje sistemi dışında bir iletim yolu ile uyarılmaları pre- eksitasyon olarak adlandırılır. En sık görülen pre eksitasyon WPW Sendromudur. Genel popülasyonda % 0.1 -0.3 oranında görülür. WPW Sendromunda ani ölüm yılda % 0.6 oranında görülmekle birlikte, % 25- 56 oranında ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilir. WPW Sendromunda ani ölüm AF ve VT ye dejenere olan AVRT nedeniyle olur. Risk belirleyici faktör aksesuar yoldaki antegrad iletimin refrakter periyodudur. WPW Sendromu risk değerlendirmesinde kullanılan egzersiz testi, holter ve TEEPS in (transözefageal elektrofizyolojik çalışma) etkinliklerinin değerlendirilmesi planlandı.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2007 – Aralık 2011 arasında kliniğimizde değerlendirilen ve EKG de pre eksitasyon saptanan 33 hasta (18 kız 15 erkek) çalışmaya alındı. Tüm hastalara risk değerlendirilmesi amacıyla egzersiz testi, holter monitorizasyonu ve TEEPS yapıldı. TEEPS sonucuna göre APERP< 250 msn saptanan 20 hasta RFA programına alındı.

Bulgular:

Holter sonucuna göre; yüksek riskli olduğu düşünülen 21 hastanın 4 ü düşük riskli, düşük riskli olduğu düşünülen 12 hastanın 3 ü yüksek riskli saptandı. (Sensitivite: % 85, Spesifite: % 69.2 ,p:0.003) Efor testi sonucuna göre; yüksek riskli olduğu düşünülen 17 hastanın hepsi yüksek riskli, düşük riskli olduğu düşünülen 16 hastanın 3 ü yüksek riskli saptandı. (Sensitivite: % 85, Spesifite: % 100, p<0.001) WPW Sendromu risk değerlendirmesinde efor testi ile holterin benzer sensitiviteye sahip olduğu ancak efor testinin daha spesifik olduğu saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Holter , efor testi kadar spesifik olmasada WPW risk sınıflamasında kullanılabilir. WPW Sendromu risk değerlendirmesinde egzersiz testi ve holter tek başına yeterli olmaz. APERP ölçümü için altın standart EPS dir. TEEPS ve EPS ile aksesuar yolun refrakter

period ölçümleri ile arasında yüksek oranda korelasyon mevcuttur. TEEPS EPS ye göre daha ucuz, daha kolay ve komplikasyon ihtimali daha az olan yarı invazif bir tetkiktir. TEEPS WPW sendromunda risk değerlendirme için uygundur.

PB-55

ATRIYOVENTRİKÜLER NODA KISA SÜRELİ “CRYOMAPPING” UYGULAMASININ ABLASYON SONUCUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNE KATKISI

CELAL AKDENİZ, TEVFİK DEMİR, YAKUP ERGÜL, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Adenozine duyarlı septal aksesuar yolu (AY) olan hastalarda, ablasyon başarısının değerlendirilmesi bazen sıkıntılar yaşanabilir.

Olgu Sunumu:

Tekrarlayan çarpıntı ve dökümente taşikardisi olan Wolff-Parkinson-White sendromu tanılı 10 yaşındaki hasta ablasyon amaçlı işleme alındı. Aksesuar yolu midseptal bölgede olan hastanın AY’u adenozine duyarlıydı. Hastaya sinüs ritminde iken kriyoablasyon uygulandı ve yüzey EKG’de preeksitasyon yok edildi. İşlem sonrası retrograd iletinin midseptal bölgeden devam ettiği görülen hastada, “his-pacing” yapılarak rezidüel aksesuar yol varlığı ve/veya yokluğu dışlanamadı. Bunun üzerine atriyoventriküler (AV) noda kısa süreli “cryomapping” yapılarak geçici AV ileti gecikmesi (PR intervalinde 117 milisaniyeden 166 milisaniyeye uzama ile) sağlandı. Atriyoventriküler iletide anlamlı uzama olmasına rağmen preeksitasyon görülmedi ve bu sırada yapılan ventriküler stimülasyon ile V-A bloğu sağlandığı görüldü. İşlem sonrası ikinci dakikada AV ileti tamamen normale döndü ve Wenckebach siklus uzunluğunda değişme olmadı. Toplam işlem süresi 134 dakikaydı.

Tartışma ve Sonuç:

Klasik yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda, dikkatli bir şekilde AV noda yapılan kısa süreli “cryomapping” ile adenozine duyarlı septal aksesuar yolların ablasyon başarısı değerlendirilebilir.

EFORLA İLİŞKİLİ SENKOPLU BİR ÇOCUKTA “İMPLANTE EDİLEBİLİR LOOP RECORDER” İLE SAPTANAN BİR ARİTMİ: VENTRİKÜLER FİBRİLASYON/POLİMORFİK VENTRİKÜLER TAŞİKARDİ

CELAL AKDENİZ, İSA ÖZYILMAZ, MURAT SAYGI, YAKUP ERGÜL, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Senkop genel popülasyonda oldukça yaygın görülmektedir. Ayrıntılı değerlendirmelere rağmen (tilt-table test ve elektrofizyolojik çalışmaları da içeren) rekürren senkopların yaklaşık % 30’unda neden tespit edilememektedir. “İmplant edilebilir Loop Recorder (ILR)” açıklanamayan senkop atakları olan vakalarda tanı aracı olarak oldukça önemli bir yere sahiptir.

Bulgular:

Egzersiz ile ilişkili rekürren senkop atakları olan 9 yaşındaki erkek hasta merkezimize başvurdu. Ani kardiyak ölüm veya senkop açısından aile öyküsü olmayan hastanın, kardiyovasküler ve nörolojik muayenesi normaldi. 12 derivasyonlu EKG, göğüs grafisi, Holter EKG monitorizasyonu, olay kaydedici, ekokardiyografi, tilt-table test ve efor stres testi normaldi. Kraniyal MR ve EEG’sinde anormallik yoktu. Senkop, egzersiz ilişkili olduğu için olguya elektrofizyolojik çalışma uygulandı, ancak supraventriküler ya da ventriküler bir aritmi indüklenemedi. Bu esnada hastaya ILR implante edildi ve profilaktik beta-bloker tedavisi başlandı. İşlemden 16 ay sonra havuzda yüzerken senkop atağı olup, anında başarılı kardiyopulmoner canlandırma uygulanan hastanın, ILR kayıtları polimorfik ventriküler taşikardi/ventriküler fibrillasyon ile uyumluydu. Tanıyı takiben tek odacıklı implante edilebilir kardiyovertör defibrilatör yerleştirildi. İyon kanal defektleri açısından değerlendirilmek üzere hasta bir genetik tanı merkezine yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç:

Detaylı incelemelere rağmen sebebi açıklanamayan, rekürren senkop atakları olan çocukların tanısal değerlendirilmesinde ILR oldukça önemli bir rol oynayabilir.

PB-57

**PERİMEMBRANÖZ VENTRİKÜLER SEPTAL DEFİKTİN CERRAHİ TEDAVİSİ SONRASI
ERKEN AV TAM BLOK, GEÇ JUNKSİYONEL EKTOPIK TAŞİKARDİ**

NESLİHAN KIPLAPINAR, YAKUP ERGÜL, NAFİYE EMEL ÇAKAR, CELAL AKDENİZ, ERSİN
EREK, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Ventriküler septal defektler (VSD) konjenital kalp hastalıklarının en sık görülen formudur. VSD kapatılması operasyonu sonrasında aritmi sıklığı % 7,5 olarak belirtilmekte ve aritmilerin çoğunun ilk 72 saatte görüldüğü bilinmektedir. Postoperatif dönemde en sık görülen ritim bozukluğu junksiyonel ektopik taşikardidir (JET).

Bulgular:

Perimembranöz VSD nedeni ile hastanemizde opere olan 2 yaşındaki erkek hastada operasyon sonrası yoğun bakımda AV tam blok olduğu görüldü. Pacemaker ihtiyacı olmadan hemodinamisi stabil seyreden hastanın tam bloğu postoperatif 4. günde düzeldi. Ancak hastanın operasyon sonrası 7. günde taşikardisi gelişti. Biyokimyasal çalışmaları normal olan hastanın kalp tepe atımı 176/dk idi. Yüze EKG’de AV disosiasyon olduğu görülen hastada geçici pacemaker telleri yardımıyla çekilen atriyal EKG ile JET tanısı konuldu ve amiodaron infüzyonu başlandı. İnfüzyonun 48. saatinde sinüs ritmine dönen hasta, oral amiodaron tedavisine geçilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Konjenital kalp hastalığı cerrahisi sonrasında ortaya çıkan JET genellikle ilk 72 saatte görülmekte ve patofizyolojisi çok iyi bilinmemektedir. Bizim vakamız ise postoperatif ilk günlerde geçici AV tam blok sonrası, geç dönemde JET başlaması açısından ilginç bir olgudur.

PB-58

**MULTİFOKAL ATRİYAL TAŞİKARDİNİN ELEKTROANATOMİK HARİTALAMA SİSTEMİ
EŞLİĞİNDE RADYOFREKANS KATETER ABLASYONU**

TEVFİK DEMİR, YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bu yazıda 12 yaşındaki kız hastada sağ pulmoner venlerden kaynaklanan multifokal atriyal taşikardinin (MAT) elektroanatomik haritalama sistemi eşliğinde radyofrekans kateter ablasyonu sunuldu.

Bulgular:

Oniki yaşında kız hasta antiaritmik ilaca dirençli fokal atriyal taşikardi tanısı ile merkezime elektrofizyolojik çalışma ve kateter ablasyonu için yönlendirildi. Ekokardiyografik olarak yapısal kalp hastalığı olmayan hastanın, elektrofizyolojik çalışması EnSite haritalama sistemi (St. Jude Medical, St. Paul, MN) kullanılarak yapıldı. "Mapping" sırasında en erken aktivasyonun superior vena kava-sağ atriyal septum bileşkesinde olduğu görüldü. Bununla birlikte lokal aktivasyonun yüzey P dalgasından sadece 5 milisaniye erken olduğu görülünce, odağın sol atriyal kaynaklı olabileceği düşünüldü. Transseptal ponksiyon sonrası sol atriyumda aktivasyon "mapping" yapıldı. Sağ pulmoner venlerde ve venöz bileşkede 3 farklı odak tespit edildi ve radyofrekans enerji ile başarılı bir şekilde ablasyon uygulandı. Total floroskopi süresi sadece 7 dakikaydı. İşlem sonrası hasta sinüs ritmine döndü ve medikal tedavisiz olarak taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Multifokal atriyal taşikardilerde odaklar birbirine çok yakın ise, yüzey EKG'deki P dalga morfolojisi ile MAT teşhisi mümkün olmayabilir. Böyle hastalarda elektroanatomik haritalama sisteminin kullanılması, floroskopiye ciddi oranda azaltması yanında, aktivasyon "mapping" yardımıyla da odakların kesin yerlerinin saptanmasına olanak sağlar.

PB-59

KÜNT GÖĞÜS TRAVMASI SONRASI KARDİYAK ARRESTİN NADİR BİR NEDENİ: KATEKOLAMİNERJİK POLİMORFİK VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ

İSA ÖZYILMAZ, YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi (CPVT), yapısal olarak kalbi normal olan çocuklarda emosyonel ve/veya fiziksel stres gibi adrenerjik uyarılarla tetiklenebilen bir ventriküler taşikardi formudur. Hastalık sporadik veya ailevi olarak görülebilir ve ani ölüme yol açtığı için erken tanısı önemlidir. Medikal tedavi, implante edilebilir kardiyovertör defibrilatör (ICD) ve cerrahi sempatektomi tedavi seçenekleri arasında olsa da, kardiyak arrest geçirenlerde ICD yerleştirilmesi gerekir.

Bulgular:

Dokuz yaşında bir erkek hasta, ilk olarak dört yıl önce okul bahçesinde oynarken göğsüne top çarpması sonrası aniden senkop geçirmiş ve götürüldüğü hastanede kardiyak arrest geliştiği belirtilerek kardiyopulmoner canlandırma ve defibrilasyon uygulanmış. Daha sonraki izlemlerinde iki defa daha efor ile ilişkili senkop geçirme hikayesi olan

hasta merkezimize yönlendirildi. Fizik muayene, EKG ve ekokardiyografisi normal olan hastanın, efor testinde CPVT için tipik olan bidireksiyonel ventriküler taşikardi saptandı. Kardiyak arrest ve defibrilasyon öyküsü olan hastaya tek odacıklı transvenöz ICD yerleştirildi. Beta-bloker tedavisi de başlanan hasta halen izlemimiz altındadır.

Tartışma ve Sonuç:

Nadir görülmesine rağmen, egzersizle tetiklenen senkop ve kardiyak arrest geçiren hastalarda CPVT düşünülmeli ve ani ölümü önlemek için ICD yerleştirilmelidir.

PB-60

HIPERTROFİK KARDİYOMİYOPATİLİ BİR ÇOCUKTA “T-WAVE OVERSENSİNG” İLİŞKİLİ UYGUNSUZ DEFİBRİLATÖR ŞOKLARININ ÖNLENMESİ

YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, TEVFİK DEMİR, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Hipertrofik kardiyomiyopatili (HKMP) hastalarda uygunsuz ICD şoklarının en yaygın nedenleri sinüs taşikardisi, supraventriküler taşikardi, “T-wave oversensing” ve “lead” disfonksiyonudur. Uygunsuz ICD şoku olan hastaların tedavisinde cihazın tekrar programlanması, “lead” değişimi ve bazen jeneratör replasmanı gerekebilmektedir.

Bulgular:

Onaltı yaşında erkek hasta, “T-wave oversensing” ilişkili uygunsuz ICD şokları nedeniyle merkezimize yönlendirildi. Öyküsünden HKMP ve dökümente ventriküler fibrillasyon nedeniyle 10 yaşında iken başka bir merkezde ICD takıldığı, izlemde çok sayıda “T-wave oversensing” ilişkili uygunsuz ICD şoku görülmesi nedeniyle, “lead” ve jeneratör değişimi uygulandığı öğrenildi. İlk değerlendirilmesinde daha önce takılan ICD jeneratör ömrünün % 6’ya gerilediği görülen hastaya, spesifik algoritması sayesinde “T-wave oversensing” algılama özelliği olan yeni kuşak bir jeneratör (Protecta XT VR, Medtronic Inc., Minneapolis, MN, USA) yerleştirildi. Altı aylık izlem sonrasında iki uygun ICD şoku yaşayan hastada, hiç “T-wave oversensing” ile ilişkili uygunsuz ICD şoku görülmedi.

Tartışma ve Sonuç:

“T-wave oversensing” ile ilişkili uygunsuz ICD şokları yaşayan veya HKMP gibi riskin yüksek olduğu hastaların tedavisinde, özel algoritması olan yeni kuşak ICD jeneratörlerinin kullanımı düşünülmelidir.

PB-61

RADYOFREKANS KATETER ABLASYONU İLE BAŞARISIZ OLUNMUŞ BİR ÇOCUKTA SAĞ TARAFI AKSESUAR YOLUN 8-MM UÇLU KRİYOABLASYON KATETERİ İLE TEDAVİSİ

YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, TEVFIK DEMİR, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Anteroseptal aksesuar yolu olan hastalar dışında, Wolff–Parkinson–White sendromu (WPW) olan hastalarda tercih edilen tedavi yaklaşımı radyofrekans (RF) kateter ablasyonudur ve uzun dönem başarıları %90'ların üstünde olabilmektedir. Ancak bazen kateter manevra sorunları, uygunsuz haritalama ve epikardiyal yerleşim nedeniyle işlem başarısız olabilmektedir. Böyle hastalarda “irrigated” RF ablasyonu ve 8-mm uçlu kateter ile kriyoablasyon bir alternatif olabilmektedir.

Bulgular:

WPW sendromu ve supraventriküler taşikardi (SVT) atakları nedeniyle daha önce bir defa başarısız RF ablasyon işlemi geçiren 10 yaşındaki kız hasta, elektrofizyolojik çalışma ve ablasyon için işleme alındı. Tüm prosedür üç boyutlu elektroanatomik haritalama (EnSite NavX™, St.Jude Medical Inc., St. Paul, MN, USA) yöntemi kullanılarak yapıldı ve hiç floroskopi kullanılmadı. Delta dalgası haritalamasında sağ lateral bölgede aksesuar yolu (AP) saptanan hastada RF kateteri ile ablasyona başlandı. Uygun derecelerde ve stabil kateter pozisyonuna rağmen RF ablasyonu ile başarı sağlanamadı ve AP'in epikardiyal yerleşimli olabileceği düşünüldü. Bunun üzerine 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ile işleme devam edildi ve üçüncü lezyon sonrasında AP'nin tamamen kaybolduğu ve tekrar SVT indüklenemediği görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

WPW sendromu olan hastalarda, RF kateter AP ablasyonu bazen zor olabilir. Böyle hastalarda 8-mm uçlu kateter ile kriyoablasyon, etkin bir alternatif metod olarak akılda tutulmalıdır.

PB-62

SUÇİÇEĞİ GEÇİREN ÇOCUKTA AKUT MYOKARDİT VE SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ

MAHMUT GÖKDEMİR,

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KONYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, KONYA

Amaç:

Suçiçeği döküntüsü ile başvuran bir hastada akut myokardit ve supraventriküler

taşikardi belirlendi. Suçiçeği geçiren hastada akut myokardit ve disritminin tartışılması planlandı.

Gereç ve Yöntem:

Suçiçeği çocukluk çağının en bulaşıcı viral hastalıklarından birisidir. Solunumsal, nörolojik, kardiyak ve hematolojik ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Kardiyak komplikasyonlar ise oldukça nadir ve hayatı tehdit edebilir.

Olgu Sunumu:

Sekiz yaşındaki erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma, ateş ve deri döküntüsü şikâyetleri ile başvurdu. Kalp hastalığı ve aritmik ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede; solunum sıkıntısı, taşikardi, galo ritmi, hipotansiyon ve suçiçeğinin tipik döküntüsü, elektrokardiyografide kalp hızı 164 atım/dakika, DI, DII, aVR, V1-6'da ST segment değişikliği ve supraventriküler taşikardi belirlendi. CK-MB: 112 U/L, troponin T negatif, AST: 183 IU/L, ALT: 52 IU/L, LDH: 1072 IU/L, CRP: 32,1 mg/dL, ESR: 19 mm/saat, lökosit 16 300 bulundu. Elektrolitler ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Oral digitalizasyon sonrası supraventriküler taşikardi normal sinüs ritmine döndü. Hemodinamik parametrelerde ve genel durumda hızlı düzelleme gözlendi. Ritimsel patoloji düzeldikten hemen sonra yapılan ekokardiyografide hafif genişlemiş sol ventrikül dışında başka patolojik bulgu belirlenmedi. Suçiçeği serum IgM pozitif bulundu. Yatışının 5. günü taburcu edilen hastanın medikal tedavisi takibinin altıncı ayında kesildi. Kardiyak sekeli bulunmayan hastanın takibine devam edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Suçiçeği çocuklar hastalar değerlendirilirken kardiyak komplikasyonlar akılda tutulmalıdır. Bu amaçla elektrokardiyografi oldukça yardımcı olabilir. Suçiçeği aşısının rutin aşı takvimine girmesi ile diğer ve kardiyak komplikasyonların önemli kısmı önenebilir.

PB-63

İKİZ GEBELİKTE FETUSUN BİRİNDE 2:1 ATRIOVENTRİKÜLER BLOK TANI VE TEDAVİSİ

MAHMUT GÖKDEMİR¹, DERYA ÇİMEN², ALİ SAMİ GÜRBÜZ³

¹BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, KONYA

²SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KONYA

³EUROFERTİL IVF MERKEZİ, KONYA

Amaç:

İkinci derece AVB ve bloklanmış bigemine atrial atımın ayırıcı tanısı, ikiz gebelikte ve gestasyonel diyabet mellitus (DM) nedeni ile insulin kullanan annenin tek fetusunda bradikardinin tedavisinin tartışılması planlandı.

Gereç ve Yöntem:

Fetal disritmi tüm gebeliklerin yaklaşık %1-2'sinde görülür. Fetal disritmilerin yaklaşık %10'unu fetal bradikardi oluşturur. Komplet atrioventriküler blok (AVB), 2:1 AVB, sinüs bradikardisi, bloklanmış bigemine atrial atım, uzun QT sendromu ve sinüs nod disfonksiyonu fetal bradikardinin nedenleri arasındadır.

Olgu sunumu:

İnfertilite tedavisi sonrası IVF indüksiyonu ile ikiz gebeliği bulunan 29 yaşındaki anne bölümümüze 29. gebelik haftasında bebeğinin birinde bradikardi olması nedeni ile sevk edildi. Anne gestasyonel DM nedeni ile insulin, hipotirodi nedeni ile levotiroksin kullanıyordu. Annede aritmi, romatizmal ve bağ dokusu hastalığı öyküsü yoktu. M-mode ve PW Doppler yardımı ile fetusun birinde 2:1 AVB belirlendi. Ventriküler hız 74 ve atrial hız 148 atım/dakika idi. Kalp yetmezliği bulgusu ve konjenital kalp hastalığı belirlenmedi. Diğer fetusta aritmi ve konjenital anomali belirlenmedi. Biyokimya, elektrokardiyografi, tiroid fonksiyon testleri, tiroid oto antikorları, anti nükleer antikor, SS-A/Ro ve SS-B/La antikorları istendi. Dört mg deksametazon oral başlandı. Tedavinin 14. günü tetkikleri tamamlanan annede otoimmün hastalık belirlenmedi ve steroid tedavisi azaltılarak kesildi. İkizler C/S ile 36. gebelik haftasında 1800, 2000 gr doğurtuldu. Bradikardili bebekte kalp yetmezliği bulgusu yoktu. Elektrokardiyografide ventriküler hız 80-90 atım/dakika arasında değişti. Elektrokardiyografide T dalgasının P dalgasına süperempeze olması nedeni ile 2:1 AVB tanısı netleştirilemedi. Holter kaydında ikinci derece AVB Mobitz tip II tanısı konuldu. Ekokardiyografi ile küçük p.outlet ventriküler defekt belirlendi. Hasta kalp yetmezliği ve pil endikasyonu yönünden takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Fetusun birinde bradikardi ve diğerinin normal olduğu ikiz gebelikler çok nadirdir. Tedavi endikasyonu ve tedavi şekli tartışılmalıdır. 2:1 atrioventriküler blok ve bloklanmış bigemine atrial atım ayırıcı tanısı önemlidir.

PB-64

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE TANI ALAN ARİTMİLİ VAKALARIMIZ; TEDAVİ VE İZLEM SONUÇLARI

KÖKSAL BİNNETOĞLU, ÖZLEM KAYABEY, GÜRKAN ALTUN, KADİR BABAOĞLU

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KONYA

Amaç:

Yenidoğan aritmileri giderek artan bir sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Bu aritmiler birçok kardiyovasküler, metabolik ve sistemik hastalık ile birlikte görülebilir. Erken tanı ve uygun tedavi önemlidir. Bu çalışmamızda yenidoğan yoğun bakımımızda tanı alan aritmi vakalarının tipleri, klinik özellikleri, tedavileri ve izlem sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2007-2011 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalında aritmi tanısı almış 37 hastanın maternal, obstetrik ve perinatal döneme ait hastalık durumları, kullandıkları ilaçlar, resüsitasyon bilgileri, Apgar skorları retrospektif olarak incelenmiş, aritmiye yönelik uygulanan tedaviler değerlendirilmiştir. Aritmi tanısı alan tüm yenidoğanlar hematolojik ve biyokimyasal yönden değerlendirilmiş tamamına 12 derivasyonlu EKG, 24 saatlik ritim Holter ve ekokardiyografik inceleme yapılmıştır.

Bulgular:

Toplam 37 hasta değerlendirilmiştir. Bunların %73'ü term %27'si preterm idi. Hastaların %35.1'i prenatal dönemde tanı almıştı. %37.8'inde konjenital kalp hastalığı vardı. Atriyal septal defekt en sık eşlik eden yapısal kalp hastalığı idi. Aritmiler iyi huylu ve kötü huylu olarak iki gruba ayrıldı. Sinüs aritmisi, nodal veya kavşak ritmi, gezici atriyal ritim, atriyal ve ventriküler erken atımlar iyi huylu olarak kabul edildi. Supraventriküler taşikardi, sinoatriyal nod disfonksiyonu, atriyoventriküler ileti bozuklukları, ventriküler taşikardi, uzun QT sendromu ve ventriküler fibrilasyon kötü huylu olarak değerlendirildi. Hastaların %40.5'inde iyi huylu %59.4'ünde kötü huylu aritmiler mevcuttu. En sık olarak supraventriküler taşikardi (%29.7) ve erken atriyal vuru (%27) gözlemlendi. Üç hastaya kardiyoversiyon uygulandı, kalıcı pil tam AV blok olan 2 hastaya takıldı. Yirmi hastaya aritmi nedeniyle ilaç tedavisi verildi. Aritmi sadece 5 hastada yenidoğan döneminden de sonra devam etti bunlardan da sadece birinde bir yaşında sonrasında kadar persiste etti

Tartışma ve Sonuç:

Perinatal dönemde giderek artan oranda rastlanılan aritmiler önemli kardiyak sorunlardır. Değişik kardiyak ve sistemik hastalıkla birlikte bulunabilir. Erken tanı ve uygun tedavi ile çoğu aritmi bir yaşına gelmeden düzelmektedir.

PB-65

BIGEMINE VENTRİKÜLER EKSTRASTİTOL İLE PREZENTE OLAN DİLATE KARDİYOMİYOPATİLİ YENİDOĞAN

RAHMİ ÖZDEMİR¹, VEDİDE TAVLI¹, TİMUR MEŞE¹, YILMAZ YOZGAT¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, TALİHA ÖNER¹, SEÇİL KURTULMUŞ²

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Fetusta veya yenidoğan döneminde kalp atım sayısının normal sınırlar dışında olması ya da ritim düzensizliği bulunması perinatal aritmi olarak tanımlanır. . Yenidoğan dönemi aritmileri, sıklıkla fetal aritmilerin devamı olarak karşımıza çıkar. En sık olarak sinüs bradikardisi, SVT, atriyoventriküler blok nadir olarak atriyal ve ventriküler ekstrasistoller (VEV) bildirilmektedir. Perinatal aritmilerin büyük çoğunluğunun prognozu iyi olmakla beraber bazen fetal dönemde hidrops fetalise, yenidoğan döneminde ise kalp yetmezliği, kardiyojenik şok ve ölüme neden olabilmektedir. Biz doğum salonunda oskültasyonla aritmi tespit edilen ve EKG ile bigemine ventriküler ekstrasistol VEV tanısı koyduğumuz destek ve beta bloker tedavisi ile hızla düzelen perinatal aritmiye sekonder gelişmiş dilate kardiyomiyopati yenidoğan olgusunu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

30 yaşında sağlıklı annenin 2. gebeliğinden 3000 gram ağırlığında elektif C/S ile doğan bebeğin doğum salonunda aritmisi tespit edildi. Olgunun EKG ve 24 saatlik holter EKG'sinde devamlı bigemine VEV izlendi. Ekokardiyografik incelede sol ventrikül dilate ve sferik yapıda olup kılma fraksiyonu %20 idi, sol ve sağ koroner arterlerin normal anatomik lokasyonlarından çıktığı gözlemlendi. Orta derecede mitral kapak yetersizliği ve hafif derecede triküspit kapak yetersizliği izlendi. Olguya dilate kardiyomiyopati nedeniyle inotropik ve antikonjestif tedavi başlandı. Dilate KMP etyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda herhangi bir neden saptanamadı ve bigemine VEV için başlangıç tedavisi propranolol şeklinde düzenlendi.

Bulgular:

Başka bir merkezde takipli olan gebenin kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. 24. haftada yapılan fetal EKO olağan saptanmış. Annede kollajen doku hastalığı ve uteroplesantal enfeksiyona yönelik yapılan laboratuvar testleri normaldi. Yenidoğanda miyokardit varlığını göstermek amacıyla yaptığımız akut faz reaktanları, miyokardiyal enzimler, viral seroloji ve kan kültürü sonuçları ise normal saptandı.

Kardiyomiyopatinin perinatal aritmiye sekonder olabileceği düşünüldü. Tedavinin 3. gününde VEV'leri düzeldi. Birinci haftanın sonunda da klinik ve ekokardiyografik bulguları düzelen olgu ayaktan izleme alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Yenidoğan döneminde sağlıklı bebeklerde nadiren VEV görülmesine rağmen altta dilate kardiyomiyopati gibi ciddi bir hastalık ta bulunabilir. Olgumuzda beta-bloker tedavisi devamlı bigemine VEV'lerin sonlanmasında yeterli olmuştur. VEV'lerin düzelmesi ile beraber ventrikülün sistolik fonksiyonları 1 hafta içerisinde FS'nin %35'e çıkmasıyla hızla düzelmiştir. Yenidoğan döneminde aritmi ile beraber dilate kardiyomiyopati varlığında aritminin düzeltilmesi prognozu olumlu yönde etkilemektedir.

ÇOCUKLUK ÇAĞI ARİTMİLERİNİN TEDAVİSİNDE AMİODARONE VE PROPRANOLOL KOMBİNASYONU

ALPER AKIN, TEVFİK KARAGÖZ, H. HAKAN AYKAN, SEMA ÖZER, DURSUN ALEHAN, SÜHEYLA ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Çocukluk çağı aritmilerinin tedavisinde birden fazla antiaritmik ilaç kombinasyonu gerekebilir. Burada bazı çocukluk çağı aritmilerinin tedavisinde amiodarone ve propranolol kombinasyonu ile ilgili deneyimlerimizi sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 2007-2011 yılları arasında amiodarone ve propranolol tedavisi alan 17 hasta alınmıştır. Kombinasyon tedavisi endikasyonları kontrol edilemeyen veya tekrarlayan taşikardi idi. Takipte elektrokardiyogram, holter monitorizasyonu, ekokardiyografik inceleme yapıldı; ilaç yan etkileri izlendi.

Bulgular:

Beş hastada kombinasyon tedavisi 1 yaşından sonra; 11 hastada ise ortalama 90 günlük iken (1-300 gün arası) başlandı. Ortalama tedavi süresi 16.8 ay; erkek/kız oranı 10/7 idi. Sekiz hasta dirençli supraventriküler taşikardi (SVT), 3 hasta ventriküler taşikardi (VT), 2 hasta atriyal taşikardi (AT), 2 hasta permanent kavşak resiprokal taşikardi (PJRT), 1 hasta Wolf Parkinson White sendromu zemininde SVT, 1 hasta konjenital junctional ektopik taşikardi (JET) tanılıydı. Beş hastaya aynı anda amiodarone ve propranolol başlandı. Dört hastaya önce propranolol; sekizine önce amiodarone başlandı. Sekiz hasta kombinasyondan önce amiodarone ve propranolol dışında başka antiaritmik ilaç alıyordu. Konjenital JET tanılı hastada kombinasyon tedavisine rağmen taşikardi tam olarak kontrol altına alınamadığından propafenon eklendi. Üç hastada ek doz amiodarone ile sonlanan ve tekrarlamayan SVT gelişti. Tedaviyi sonlandırmayı gerektirecek yan etki izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Propranolol ve amiodaron kombinasyonu diğer antiaritmiklere cevapsız özellikle bebeklik çağı aritmilerinde etkili olup, önemli yan etki göstermemektedir. Bu nedenle özellikle küçük bebeklerde dirençli aritmilerde amiodarone ve propranolol kombinasyonunun güvenli ve etkin olduğunu belirtmek istiyoruz.

ÇOKLU ARİTMİK ODAKLI HASTALARDA RADYOFREKANS VE CRİYOABLASYON

ALPER AKIN, TEVFİK KARAGÖZ, İLKER ERTUĞRUL, H.HAKAN AYKAN, ALPAY ÇELİKER, SEMA ÖZER, DURSUN ALEHAN, SÜHEYLA ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Çocuklarda çoklu odaklı aritmilerin tanı ve tedavisi deneyim gerektirir. Burada radyofrekans ablasyon (RFA) ve criyoablasyon tedavisinin çoklu odaklı aritmilerdeki etkinliği ile ilgili deneyimlerimizi sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Ekim 2009-Aralık 2011 arasında elektrofizyolojik çalışma ile birden fazla aritmik odak saptanıp RFA ve criyoablasyon uygulanan 19 hasta çalışmaya alınmıştır.

Bulgular:

Yaş ortalaması 12.2 yıl(4-18 yıl), ağırlık ortalaması 44.8 kg(15-70 kg) olup 12 hasta erkekti. 19 hastada 30 ablasyon işlemi gerçekleştirildi. 12 hasta Wolf Parkinson White sendromu (WPW), 1 hasta WPW+Mahaim taşikardi, 1 hasta WPW+atriyoventriküler nodal reenteran taşikardi (AVNRT), 1 hasta AVRT (gizli aksesuar yol), 2 hasta atriyal taşikardi, 1 hasta ventriküler taşikardi (VT), 1 hasta AVRT+AVNRT tanılıydı. Bir hastada 3, diğerlerinde 2 odak mevcuttu. Dokuz hastaya RFA; 10 hastaya ise aynı seansta RFA+criyoablasyon uygulandı. Bir hastada (WPW) rekürens gözlemlendi. İşlemden bir hastada geçici sağ dal bloğu, bir hastada ST depresyonu, bir hastada atriyal fibrilasyon gelişti. İşlem süresi 147.5±67.5 dakika, floroskopi süresi 54.6±36.6 dakika idi. Sadece RFA uygulanan 9 hastadan beşinde tam, üçünde kısmi başarı sağlandı; VT tanılı hastada başarısız olundu. Criyoablasyon+RFA uygulanan 10 hastanın dokuzunda hem RFA hem criyoablasyon başarılıydı; 1 hastada RFA başarısız, criyoablasyon başarılıydı.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklarda çoklu odaklı aritmi oranları yüksektir. Bunlardaki başarı ve rekürens oranları tek aritmik odak olan hastalara benzerdir. Odağın AV noda yakın olması nedeniyle RFA uygulanamayan hastalarda aynı seansta başarılı ve güvenli criyoablasyon uygulanabilir

ÇOCUKLARDA TAŞIKARDİ İLİŞKİLİ KARDİYOMİYOPATİDE RADYOFREKANS ABLASYON

ALPER AKIN, TEVFİK KARAGÖZ, İLKER ERTUĞRUL, H.HAKAN AYKAN, SEMA ÖZER, DURSUN ALEHAN, ALPAY ÇELİKER, SÜHEYLA ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Taşikardi ilişkili kardiyomiyopati kronik taşikardiler nedeniyle gelişen dilate kardiyomiyopati formudur. Burada kronik taşikardi ilişkili kardiyomiyopati gelişen hastalarımızda radyofrekans ablasyonun (RFA) kardiyomiyopati ve sistolik fonksiyonlar üzerindeki etkisini sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Ünitemizde 2000-2011 yılları arasında taşikardi ilişkili kardiyomiyopati sonrası RFA uygulanan 14 hasta çalışmaya alınmıştır

Bulgular:

Tanı anındaki yaş ortalaması 9 yıl (15 ay-17.5 yıl), ağırlık ortalaması 31.8 kilogram (10-60 kilogram) idi. Sekiz hasta erkekti. Dokuz hasta permanent kavşak resiprokal taşikardi (PJRT), 4 hasta atriyal taşikardi, 1 hasta Wolf Parkinson White sendromu (WPW) tanılıydı. Tüm hastalarda dilate kardiyomiyopati mevcuttu. 12 hastada işlem öncesi ejeksiyon fraksiyonu (EF)<%55 idi. Ortalama EF ablasyon öncesinde %44.7 (%23-69), ablasyon sonrası 1. ve 6. ayda sırasıyla %61.5 (%50-69) ve %61.3 (%39-74) idi. Birinci aydaki kontrolde EF<%60 olan 2 hasta vardı: WPW tanısı olan ve 1.ayda EF %50 olan hasta sonraki takiplerinde EF %64'e çıktı. Diğer hasta multiple aritmik odaklı atriyal taşikardi tanılı idi. Rekürens nedeniyle tekrarlanan ablasyon ile odakların bir kısmı ablate edildi, ancak tam başarı sağlanamadı. PJRT tanılı hastalarda ablasyon öncesi EF %42.2 (24-69), ablasyon sonrası 1. ayda %63.4 (%61-69) idi. Ablasyon öncesi sol ventrikül end-diyastolik çap 49.1 mm (32-66 mm) iken ablasyon sonrası 1. ayda 44.9 mm (28-66) idi

Tartışma ve Sonuç:

Kronik taşikardi sonucu miyokard enerji deposunda, Na-K ATPaz aktivitesinde azalma olduğu, bunun da iskemi ve kardiyomiyopatiye yol açtığı gösterilmiştir. Çocuklarda PJRT başta olmak üzere kronik aritmilerde taşikardi ilişkili kardiyomiyopati gelişebilir ve aritminin RFA ile tedavi edilmesinden sonra kardiyomiyopati ve sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında düzelme beklenmektedir.

PROPAFENON İNTOKSİKASYONU OLGU SUNUMU

MURAT ŞAHİN, SEVİL KALENDER ŞAN, FATİH ÇELMELİ, REMZİYE NUR EKE

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANTALYA

Amaç:

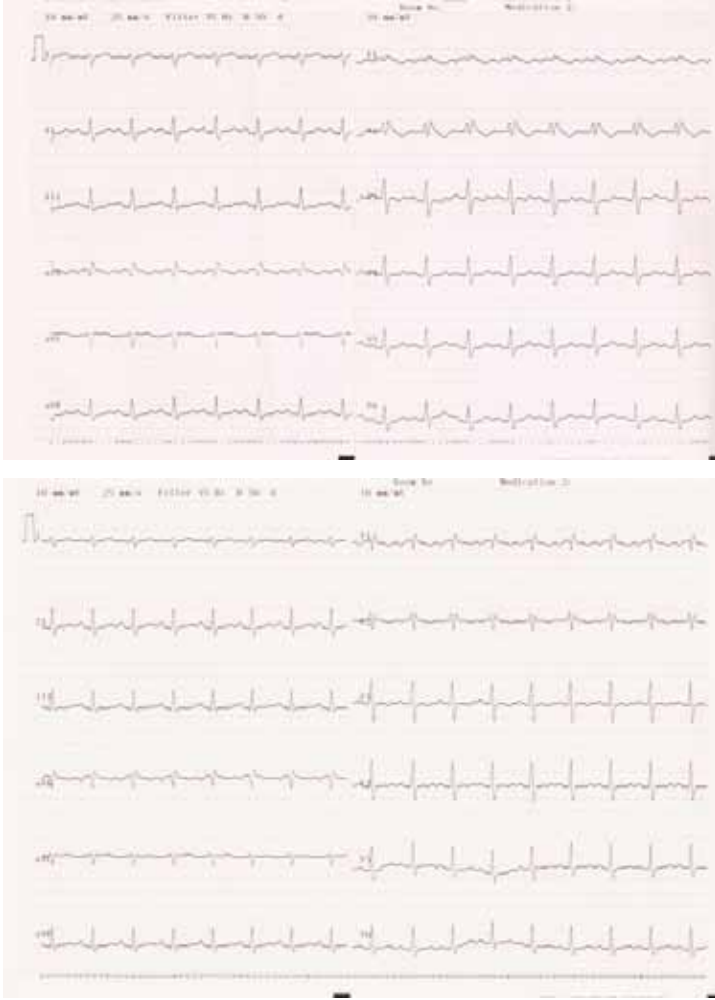
Propafenon, kalp kası miyositlerindeki sodyum kanal blokajı yapan, genellikle supraventriküler ve ventriküler aritmilerin tedavisinde kullanılan antiaritmik bir ilaçtır. Diğer etkileri L-tipi kalsiyum kanal blokajı yapması ve nonselektif beta-adrenerjik reseptör blokajıdır. Suicid amaçlı alımı çocuklarda oldukça nadir bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

16 yaşında kız acil servise intihar amaçlı ilaç alımı nedeni ile getirildiği, iki saat önce beş adet rhytmanorm 150 mg (Toplam 750 mg) aldığı öğrenildi. Acil serviste aktif kömür uygulaması yapılan hastanın baş dönmesi, uyku hali, ekstremitelerde tremor, bulantı, göğüs ağrısı, ritm sorunu ile yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde uyku hali, KTA 86 atım/dk, TA 85/60 mmHg diğer sistemik muayenesi normaldi. Çekilen EKG’de D II derivasyonunda PR 0.22 sn, QRS 0.14 sn, QTc 0.52 ölçüldü. Yapılan EKO çalışmasında normal sistolik fonksiyonları, hafif MVP, eser MY saptandı.

Bulgular:

Propafenon aşırı alımında santral sinir sisteminde baş dönmesi, kusma görme kaybı, kardiyovasküler sistemde bradikardi, aritmi, ventriküler taşikardi elektrofizyolojik disosiasyon gibi ciddi ritim problemleri, 2.5 gr üzeri dozlarda kardiyak arreste sebep olduğu bilinmektedir. Spesifik bir tedavi veya antidot mevcut olmadığı için semptomatik tedavi önerilmektedir. Hastamıza sodyum kanal blokajını ve elektrokardiyografik değişiklikleri düzeltmek için 100 ml SF içinde NaHCO₃ intravenöz yoldan (1 cc/kg 1 saatte) verildi. Hidrasyon ve alkalizasyon tedavisinin birinci saatinde bir önceki EKG’ye göre QRS genişliğinde düzelme izlendi. Alkalizasyon tedavisine 12 saat devam edildi. Kontrol EKG’de PR 0.18 sn, QRS 0.08 sn, QTc 0.46 bulundu. 24 saat izlemde tutulan hastanın daha öncesinde suicid düşünce eylem olmadığı için çocuk psikiyatrisi ile konsülte edilerek şifa ile taburcu edildi.



Tartışma ve Sonuç:

Propafenon son yıllarda supraventriküler ve ventriküler taşiaritmilerin tedavisinde kullanımının artması nedeniyle intihar girişimleri için daha kolay ulaşılabilir bir ilaç olmuştur. Bu vakada alkalizasyon tedavisi ile ritm problemi hızlı bir şekilde düzeltilmiştir. Propafenon toksisitesinde alkalizasyon tedavisi akılda tutulmalıdır.

MAHAİM YOLUNA BAĞLI SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİNİN 8-MM KRİYOABLASYON KATETERİ İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

NESLİHAN KIPLAPINAR, CELAL AKDENİZ, YAKUP ERGÜL, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Mahaim aksesuar yolu, oluşturduğu geniş QRS taşikardi ventriküler taşikardi ile karışabilmektedir. Mahaim vakalarının çoğu radyofrekans ablasyonu(RFA) yöntemi ile tedavi edilebilmektedir.

Vaka:

8 yaşında bayan hasta kliniğimize çarpıntı yakınması ile başvurdu. 2 yaşında şikayetleri başlayan hastaya dış merkezde ventriküler taşikardi tanısı konmuş ve başvurudan 2 ay önce metoprolol tedavisi başlanmıştı. Ancak bu tedavi ile atakları kontrol edilemeyen hastada, tekrar başvurmadan 1 yıl önce sağ ventrikül kaynaklı ventriküler taşikardi için ve aynı zamanda tipik AV nod reentran taşikardi için başarılı radyofrekans ablasyon (RFA) yapılmıştı.

Daha sonra çarpıntı atakları antiaritmik medikal tedaviye rağmen devam eden hastaya tekrar elektrofizyolojik çalışma yapıldı. Elektrofizyolojik özellikleri ile sağ posterolateral bölgede yerleşimli Mahaim'a bağlı antidromik taşikardi saptanan hastada RFA ile ablasyon denendi. Defalarca başarılı bir şekilde durdurulmasına rağmen taşikardi tekrar başlatılabiliyordu. Mahaim yolunun derin yerleşimli olduğu düşünülerek, 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ile işleme devam edildi. Taşikardi Mahaim yolunda blok ile 13.2 sn de durduruldu . Stimülasyon protokolleri ile tekrar SVT indüklenemedi. 6 aylık izlem sırasında da herhangi bir atak görülmedi.

Sonuç:

Bilgilerimize göre bu vaka, başarısız olan RFA sonrası 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ile tedavi edilen ilk vakadır.

TRİSİKLIK ANTİDEPRESAN İNTOKSİKASYONU İLE TETİKLENEN BRUGADA BENZERİ EKG PATERNİ

MEHMET BURHAN OFLAZ , ZEKERİYA KÜÇÜKDURMAZ, HEKİM KARAPINAR, İBRAHİM GÜL, HATİCE GÜNEŞ, ASLIHAN ÖZSOY, MUSTAFA DİNLER, AHMET SAMİ GÜVEN, ALİ KAYA, FÜSUN DİLARA İÇAĞASIOĞLU

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SİVAS

Olgu:

Daha önceden herhangi bir sağlık sorunu olmadığı öğrenilen 13 yaşındaki kız, çocuk acil servisine akut bilinç kapanması nedeniyle getirildi.Hastanın klomipramin 75mg isimli bir ilaçtan suisit amacıyla bilinmeyen miktarda aldığı öğrenildi.EKG incelemesinde bradikardisi, sağ dal bloğu ve QRS genişlemesi mevcuttu.İlacın etkili bir kardiyotoksik ajan olduğunun öğrenilmesi üzerine kliniğimize danışılan hastanın EKG bulgularının sağ prekordiyallerde(V1-V3) ST segment elevasyonu, V1-V2’de T negatifliği, pseudo sağ dal bloğu görünümü bulunduğu ve EKG bulgularının tip I Brugada sendromu ile uyumlu olduğu görülerek malign aritmiler ve ani kardiyak ölüm açısından takip edilmesi ve hızlı alkalinizasyon yapılması planlandı.Hastanın aile öyküsünde Brugada sendromu,aritmî,senkop,ani kardiyak ölüm öyküsü yoktu.Ailenin EKG taramasında Brugada sendromuna ait bulguya rastlanmadı.Hastanın tedavisinin 12.saatinde çekilen kontrol EKG’sinde önceki Brugada benzeri bulgularının düzeldiği ve tamamen normale döndüğü görüldü.

Tartışma:

Adölesan yaştaki çocuklarda antidepresan ilaç kullanımı yüksek etkinlikte ve ucuzluğu nedeniyle son yıllarda oldukça artmaktadır.Zehir danışma merkezine bildirilen ilaç intoksikasyonlarının %13.6’sı trisiklik antidepresan ilaç alımına bağlıdır. Trisiklik antidepresanlara(TCA) bağlı olarak kardiyak ve vasküler iyon kanalı inhibisyonu sonucu kardiyovasküler yan etkiler iyi dökümanite edilmiştir.Bu grup ilaçlar Klas IA antiaritmik ilaçlar gibi etki ederek kardiyak aksiyon potansiyelini etkileyerek hem depolarizasyon hem de repolarizasyon fazını uzatırlar;ORS genişlemesi ve QT intervalinde uzamaya yolaçarlar.Brugada sendromu miyokard hücrelerinde sodyum iyon kanalındaki anormallik sonucu yüksek mortalite ve ani kardiyak ölümle karakterize genetik bir hastalıktır.Literatürde Brugada benzeri EKG değişikliklerinin TCA’ların normal kullanım dozunda da ortaya çıkabildiğini bildiren olgu sunumları yayınlanmıştır.TCA ile tetiklenen aritmilerin tedavisinde yüksek doz intravenöz bikarbonat tedavisi uygulanmaktadır. Alkalinize ortamda TCA’ların plazma proteinlerine bağlanması artmakta bu sayede sebest TCA düzeyi ve etkileri azaltılmaya çalışılmaktadır.Ayrıca alkalinizasyon ile respiratuvar asidoz düzeltilir,hipotansiyon ve hipoperfüzyona sekonder oluşan laktik asit miktarı azaltılmaya çalışılır.Asidozun düzeltilmesi ile miyokardiyal kontraksiyon ve kan basıncı artırılarak hipoperfüzyon ve sonuçta da intoksikasyona bağlı ilaç yan

etkileri önlenmeye çalışılır. Bikarbonat tedavisi yanında entübasyon ve hiperventilasyon da yapılarak alkalinizasyon desteklenir. Alkalinizasyon sırasında kan pH'sının <7.6 ve pCO₂'nin 20mmHg altına düşmesini engellemek için kan gazı monitörizasyonu ile sık sık alkalinizasyon düzeyi kontrol edilir. Ayrıca TCA ile tetiklenen aritmi ve EKG değişiklikleri normale döndükten 12-24 saat sonrasına kadar alkalinizasyon sürdürülür. Başlangıç tedavisine dirençli kardiyovasküler toksisite (geniş QRS kompleksi ve hipotansiyon) yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili bulunmuştur. TCA intoksikasyonunda enterohepatik siklusa girerek metabolize edilen ilacın %15'i safra kanalından ve gastrik mukozadan itrah edilerek intestinal sistemden yeniden reabsorbe edilir. Bu nedenle özellikle kardiyovasküler yan etkilerin (malign aritmiler, Brugada benzeri EKG patern) görüldüğü olgularda tekrarlayan dozlarda aktif kömür verilmesi önemlidir. Öyküsünde Brugada sendromu bulunmayan kişilerde Brugada benzeri EKG bulgularının neden olduğu konusu henüz tartışmalıdır. Ancak ilaç ilişkili uzun QT sendromlu olgulara benzer şekilde ilaç ile tetiklenen EKG değişikliklerinin duyarlı kişilerde iyon kanalındaki latent disfonksiyondaki artış nedeniyle olduğu düşünülmektedir. TCA intoksikasyonu ile tetiklenen Brugada benzeri EKG paterni olan kişilerde disritmilere bağlı mortalitenin artmadığını gösteren çalışmalar bildirilmiştir. Ailede malign aritmi, ani kardiyak ölüm öyküsü bulunmayan asemptomatik ancak ilaç ile tetiklenen Brugada benzeri EKG bulguları oluşan kişilerde bu durumun benign ve kendini sınırlayıcı olduğu ancak ailede ani kardiyak ölüm öyküsü olan kişilere ileri elektrofizyolojik testlerin yapılması gerektiği, senkop ve ventriküler aritmi ile semptomatik olan kişilere ise intrakardiyak kardiyoverter-defibrilatör takılması önerilmektedir.

Sonuç:

TCA'lar miyokardiyal sodyum kanal bloğuna yolaçarak tip I Brugada benzeri EKG paternine neden olan ilaçlardır. Normal kullanım dozunda da benzer EKG değişikliklerine yolaçabildikleri için TCA başlanması planlanan kişiye öncesinde ve tedavi süresince düzenli EKG değerlendirmesi yapılması malign aritmiler ve mortalitenin önlenmesi açısından önemlidir.

PB-72

AKUT APANDİSİT ÖNTANISIYLA YÖNLENDİRİLEN SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ OLGUSU

ALİ YILDIRIM, GÖKMEN ÖZDEMİR, TEVFIK DEMİR, BİRSEN UÇAR, PELİN KÖŞGER, ZÜBEYİR KILIÇ

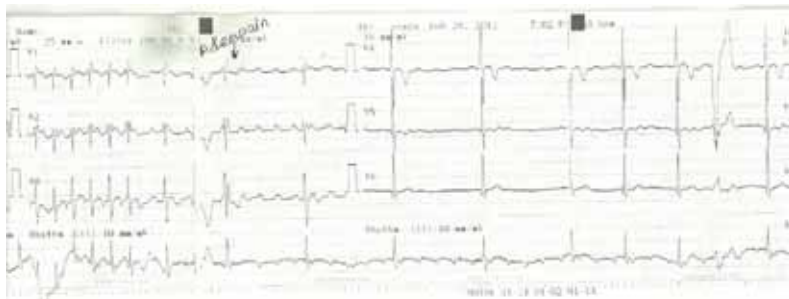
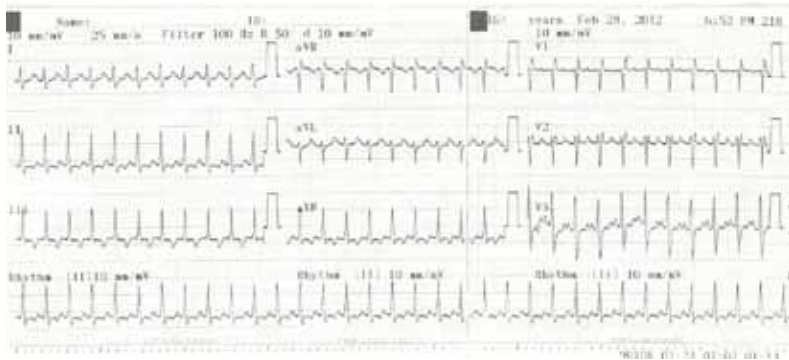
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Olgu:

Supraventriküler taşikardi çocuklarda görülen en sık semptomatik taşiaritmi nedenidir. Reentran atrioventriküler taşikardi çocuklarda en sık görülen şeklidir. İnfant

döneminde huzursuzluk, takipne, beslenme güçlüğü ve solukluk gibi semptomlar görülürken, büyük çocuk ve adolesanlarda göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, karın ağrısı gibi semptomlarla gelebilirler. Üç gündür mevcut olan karın ağrısı şikâyetiyle iki farklı hastaneye başvuran 10 yaşındaki erkek hasta, yapılan abdominal ultrasonografisinde minimal sıvı tespit edilmesi nedeniyle tarafımıza akut apandisit ön tanısıyla yönlendirildi. Fizik muayenesinde rebaund ve defans bulgusu olmayan, kalp tepe atımı 220/dk olan hastanın EKG'sinde supraventriküler taşikardi tespit edildi. Ekokardiyografisinde myokard kontraktilesinin yetersiz ve hızının yüksek olduğu gözlemlendi. Ejeksiyon fraksiyonu % 39, kısalma fraksiyonu % 19 olarak ölçüldü. Baş ağrısı, göz kararması ve hipotansiyonu olup hemodinamik bozukluğu bulunan hastaya adenozone yanıt alınamaması nedeniyle önce 0,5 J/kg ile düzelmeyince 1 J/kg ile eşzamanlı kardiyoversiyon yapıldı. Sinüs ritmine dönen hastaya amiodaron ve dopamin tedavisi başlandı. Hastanın baş ağrısı, göz kararması ve karın ağrısı şikâyetleri düzeldi. Ertesi gün bakılan ekokardiyografisinde hipokinezinin devam ettiği izlenirken üçüncü günkü kontrolünde hipokinezi kalmamıştı, ejeksiyon fraksiyonu ve kısalma fraksiyonu normale dönmüştü.

Ritim problemleri çok değişik klinik bulgularla karşımıza çıkabilmektedir. Göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi şikâyetlerin yanında karın ağrısı gibi atipik şikâyetlerde başvurabilmektedirler karşımıza çıkabilmektedir. Dikkatli yapılan basit bir fizik muayene ile hem hastaların tanıları atlanması, tedavilerinin gecikmesi önlenir hem de sağlık çalışanlarının iş gücü ve vakit kaybı önlenmiş olur.



EBSTEİN ANOMALİLİ BİR ÇOCUKTA MAHAİM TAŞİKARDİSİNİN KRİYOABLASYON İLE TEDAVİSİ

YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, NESLİHAN KIPLAPINAR, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Mahaim aksesuar yolları, sadece antegrad dekremental ileti özelliği gösteren ve antidromik atriyoventriküler reentran taşikardiye yol açan, nadir bir ileti bozukluğudur. Aksesuar yol, sıklıkla normal yapısal kalpte olsa da, nadiren Ebstein anomalisi ile beraber olabileceği de bildirilmiştir. Hastalığın tedavisinde; geçmiş yıllarda cerrahi ablasyon, epikardiyal ve endokardiyal kriyotermik ablasyon kullanılırken, günümüzde genellikle radyofrekans (RF) kateter ablasyonu tercih edilmektedir. Ancak özellikle Ebstein anomalisi gibi yapısal kalp hastalığı ve beraberinde atrioventriküler nodal reentran taşikardi (AVNRT) gibi AV blok riskinin yüksek olduğu olgularda RF ablasyonu ile tedavi zor olabilmektedir.

Bulgular:

Onaltı yaşında erkek hasta, paroksizmal geniş QRS'li taşikardi nedeniyle merkezimize yönlendirildi. Öyküsünden sağ ventrikül kaynaklı ventriküler taşikardi ön tanısıyla beta-bloker, verapamil ve amiodaron dahil bir çok ilaç tedavisi uygulandığı ve başarısız olduğu öğrenildi. Fizik muayene ve 12 derivasyonlu EKG'de anormallik olmayan hastanın, taşikardi sırasındaki EKG'si sol dal bloklu (LBBB) geniş QRS formundaydı. Ekokardiyografisinde Ebstein anomalisi saptandı. Elektrofizyolojik çalışma ve kateter ablasyonu için işleme alınan hastada tüm prosedür üç boyutlu elektroanatomik haritalama (EnSite NavX™, St.Jude Medical Inc., St. Paul, MN, USA) yöntemiyle yapıldı ve hiç floroskopi kullanılmadı. Haritalama sırasında hem geniş QRS-LBBB paternli Mahaim taşikardisi, hem de tipik AVNRT olduğu gösterildi. Öncelikle triküspit kapak lateral annulusunda Mahaim sinyali gösterilerek, 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ile Mahaim yoluna başarılı ablasyon uygulandı. Ardından aynı kriyokateter ile anatomik yavaş yol ablasyonu yapılarak tipik AVNRT yok edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklardaki Mahaim taşikardisi tedavisinde, 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri ile ablasyon, alternatif bir yöntem olabilir. İşlem sırasında üç boyutlu elektroanatomik haritalama sisteminin kullanılması, işlemi kolaylaştırması yanında, floroskopi ihtiyacını da azaltabilir ve hatta yok edebilir.

PEDİATRİK HASTALARDA ATRİOVENTRİKÜLER NODAL REENTERANT TAŞIKARDİDE CRYOABLASYON UYGULAMASI

İLKER ERTUGRUL, TEVFİK KARAGÖZ, SEMA ÖZER, IŞIL YILDIRIM, HAKAN AYKAN, ALPER AKIN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Cryo-enerji aritmilerin ablasyonunda güvenilir bir yöntem olarak görülse de akut başarı oranı oldukça yüksek olsa da rekürrens oranının literatürde yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu güvenilir yöntemin AVNRT nedeniyle uygulandığı 22 hastanın ortalama 9 aylık takip sonuçları sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Eylül 2010 - Şubat 2012 tarihleri arasında , ortalama yaşları 13.5 olan 22 hastaya AVNRT tanısıyla cryoablasyon uygulandı.

Bulgular:

Hastaların ortalama vücut ağırlıkları 48 kg'dı. Tüm hastalara elektrofizyolojik çalışma yapılarak AVNRT tanısı konulduktan sonra cryoablasyon uygulandı. Cryoablasyon -80° derece ısıda ortalama 4 episodda 4-5 dakika uygulandı. Cryoablasyon yapılacak olan bölge cryomapping sırasında cross ve jump gözlenmeyen ve taşikardinin tetiklenemediği bölgeye ve bu bölgede hat oluşturmak için ekstra iki episod olacak şekilde uygulandı. Tüm hastalarda başarılı olundu. Üç hastada ablasyon veya cryomapping sırasında geçici AV blok gelişti. Ortalama işlem süresi 97 dakika skopi süresi ise 20 dakika idi. Dokuz aylık takipte hiçbir hastada rekürrens saptanmadı, klinik olarak rekürrens saptanmadı, On iki hasta işlem sonrasında transesofageal elektrofizyolojik çalışmada ile değerlendirildi, taşikardi indüklenemedi.

Tartışma ve Sonuç:

Cryoablasyon güvenilir bir yöntem olsa RFA'ya oranla daha yüksek rekürrens bildirilsemekte olsa da çalışmamızda rekürrens saptanmamıştır.

“İMLANTE EDİLEBİLİR LOOP RECORDER” İLE TANILANDIRILAN KATEKOLAMİNERJİK POLİMORFİK VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ OLGUSU

YAKUP ERGÜL, CELAL AKDENİZ, NESLİHAN KIPLAPINAR, VOLKAN TUZCU

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Senkoplu hastaların değerlendirilmesinde detaylı bir öykü, fizik muayene ve EKG çoğu zaman yeterli olsa da, bazen elektrofizyolojik çalışmayla bile tanı konulamayabilmektedir. “İmlante edilebilir loop recorder (ILR)” ; nedeni açıklanamayan senkoplarda uzun süreli ritim monitorizasyonu yaparak, semptom-ritim korelasyonu sağlamakta ve tanıya yardımcı olmaktadır.

Bulgular:

Yedi yaşında erkek hasta tekrarlayan eforla ilişkili senkop atakları nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünden, tekrarlayan senkop ve epilepsi tanısıyla başka bir merkezde izlendiği ve valproik asit kullandığı öğrenildi. En son senkop nedeniyle götürüldüğü hastanede kardiyak arrest geçirdiği söylenen hastaya kardiyopulmoner canlandırma uygulanmış. Fizik muayene, 12 derivasyonlu EKG, Holter EKG ve ekokardiyografik incelemesi normal olan hastanın, efor testinde kalp hızı arttığında VES ve “couplet” vurular saptandı. Koroner BT anjiyografi ve Ajmalin testinde anormallik yoktu. Elektrofizyolojik çalışmada aritmi indüklenemeyen hastaya ILR implante edildi ve beta-bloker tedavisi başlandı. İşlemden 20 gün sonra merdiven çıkarken çarpıntı, morarma ve presenkop geçiren hastanın, ILR kaydında bidireksiyonel ventriküler taşikardi saptandı. Katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi tanısı konulan hasta, implante edilebilir kardiyovertör defibrilatör yerleştirilmesi planlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Nedeni açıklanamayan senkop ve kardiyak arrest geçirme öyküsü olan çocuklar, olası ani ölüm riskinden dolayı ayrıntılı değerlendirilmelidir. Böyle hastalarda elektrofizyolojik çalışma negatif olsa bile, semptom-ritim korelasyonu ve kesin tanı açısından ILR yerleştirilmelidir.

EKOKARDİYOĞRAFI

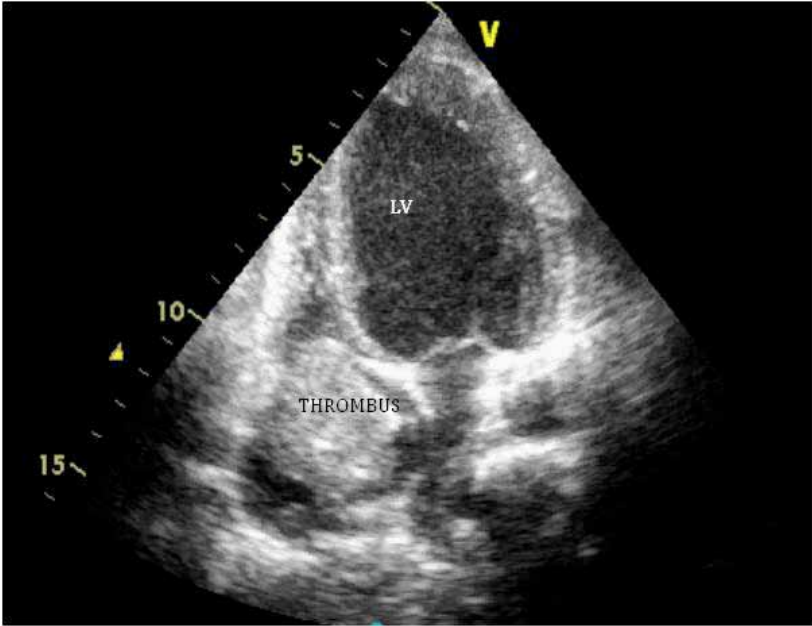
SON DÖNEM BÖBREK YETERSİZLİĞİ OLAN VAKADA ANTİTROMBİN 3 EKSİKLİĞİNİN EŞLİK ETTİĞİ DEV İNTRAKARDİYAK TROMBÜS

KÖKSAL BİNNETOĞLU, KADİR BABAOĞLU, GÜRKAN ALTUN, NAZAN SARPER, KENAN BEK

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Olgu:

Çocukluk çağında intrakardiyak trombüsler oldukça nadirdir. Hemostaz mekanizmalarının daha iyi anlaşılması ve tanısal yöntemlerin gelişmesiyle birlikte trombotik olaylar önemli bir klinik antite haline gelmiştir. Çocuklarda trombozun nedeni santral venöz kataterler, malignansiler, kardiyak patolojler, enfeksiyonlar ve travma gibi kazanılmış risk faktörleri olabileceği gibi Faktör V Leiden mutasyonu, protrombin G20210A mutasyonu, protein C ve S eksikliği, antitrombin 3 eksikliği, disfibrinojenemi gibi kalıtsal risk faktörleri de olabilir. Bu yazıda son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz alan 15 yaşında kız çocuğunda, Antitrombin 3 eksikliği zemininde gelişen ve triküspid kapağı tıkayan dev sağ atriyal trombüs sunulmuştur (Resim).



RABDOMİYOMLU OLGULARIN EKOKARDİYOĞRAFİK VE ELEKTROKARDİYOĞRAFİK BULGULAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET İRDEM, MEHMET KERVANCIOĞLU, OSMAN BAŞPINAR, SEDAT IŞIKAY, METİN KILINÇ, KUTLUHAN YILMAZ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Rabdomiyomların, kalpteki lokalizasyonu, spontan gerilemesi, klinik ve ekokardiyografik bulgularını ayrıca tüberoskerozla ilişkisini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem:

Çocuk kardiyoloji polikliniğine, 2005 ile 2011 yılları arasında başvuran, 12 rabdomiyomlu olgunun dosyalarını ve sonuçlarını geriye dönük olarak değerlendirdik. Rabdomiyom tanısı transtorasik ekokardiyografi kullanılarak konuldu. Aritmi için, tüm olgular EKG ve 24 saatlik Holter incelemesi değerlendirildi. Tüberoskleroz tanısı ise klinik özellikler ve görüntüleme yöntemlerine dayanarak konuldu.

Bulgular:

Toplam 12 olgunun 8'i (%66.6) erkek, 4'ü (%33.3) kız idi. Tanı yaşı ortalama 3.34 ± 4.30 yıl (3ay-13 yaş) idi. Olguların 7'sine (%58.3) kesin tüberoskleroz tanısı konuldu. Rabdomiyomlar 7 olguda (%58.3) sol ventrikül, 2'sinde (%16.6) sağ ventrikül, 2'sinde (%16.6) her iki ventrikül ve birinde (%8.3) ise sağ atriyum yerleşimli idi. Ayrıca rabdomiyomların sayısı 7 olguda (%58.3) birer adet, 3 olguda (%25) ikişer adet, 1 olguda (%8.3) beş, 1 olguda (%8.3) ise dokuz adet rabdomiyom saptandı. Olgularımızın 4'ünde (% 33.3) kitilede spontan gerileme oldu. 9 adet rabdomiyomu olan olgunun kitlesi kaybolurken, en büyük kitilede de küçülme saptandı. Tüm olguların sol ventrikül boyut ve sistolik fonksiyonları normaldi. Olguların çoğu asemptomatik iken, 24 saatlik Holter incelemesinde sadece bir olguda ventriküler aritmi saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Tüberosklerozlu olguların çoğunda görülen rabdomiyomlar, kalbin herhangi bir yerine yerleşen, beyaz veya gri renkli, multipl olabilen, düzgün sınırlı, kapsülsüz, intrakaviter veya intramural yerleşimli iyi huylu tümörlerdir. Çoğunlukla ventrikül tutulumu görülür. Bizim olguların çoğunda da, rabdomiyom ventrikül yerleşimliydi. Rabdomiyomların tanı ve izleminde EKO önemli yer tutar. Prenatal dönemde de, fetal ekokardiyografi ile rabdomiyom tanısı konulabilir. Rabdomiyomlarda iletim yollarına bası sonucu ani kardiyak ölüm, ventriküler taşikardi, supraventriküler taşikardi ve preeksitasyon sendromu gibi aritmiler gelişebilir. Bir olgumuzda ventriküler aritmi saptandı. Rabdomiyomlarda, spontan gerileme özellikle infantlarda görülür. Olgularımızın 1/3'ünde spontan gerileme olurken, bunların da 2/3'si infanttı. Rabdomiyomların tanı ve takibinde, boyut ve lokalizasyonun izleminde EKO'nun önemli bir yeri vardır. Aritmi yönünden izlemde ise EKG ve 24 saatlik Holterin önemi yadsınamaz.

AĞIR HİPERTROFİK KARDİYOMİYOPATİ İLE KENDİNİ GÖSTEREN İNFANTİL POMPE HASTALIĞI: İKİ OLGU SUNUMU

AHMET İRDEM ¹, YILMAZ KÖR ¹, OSMAN BAŞPINAR ¹, MEHMET KERVANCIOĞLU ¹,
M. NURİ ÖZBEK ², BEDRİ ALDUDAK ²

¹GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

²SAĞLIK BAKANLIĞI DİYARBAKIR ÇOCUK HASTANESİ, DİYARBAKIR

Amaç:

İnfantil Pompe hastalığı ile takip ettiğimiz; EKG'lerinde kısa PR aralığı, uzun QRS, biventriküler hipertrofi tespit ettiğimiz ve ekokardiyografilerinde belirgin hipertrofik kardiyomiyopati bulgusu saptadığımız ve solunum kasları tutulumu da olan iki olguyu sunmayı amaçladı

Gereç ve Yöntem:

Dört aylık kız ve iki aylık erkek olgunun dosyaları incelenerek, retrospektif olarak değerlendirildi. Pompe hastalığının tanısı alfa-glukosidaz enzim düzeyine bakılarak konuldu. Kardiyak bulgular için ise EKG ve EKO kullanıldı.

Bulgular:

Her iki olgunun, benzer yakınmaları vardı; doğumdan kısa bir süre sonra başlayan ve gittikçe artan yutma zorluğu, ses kısıklığı, halsizlik ve iştahsızlık yakınmalarının olduğu öğrenildi. Birinci olgunun kardeşi Pompe hastalığından kaybedilmiş ikinci olgunun ise nedeni bilinmeyen 8 tane kaybedilmiş kardeş ve kuzen öyküsü vardı. Her iki olgunun muayenesinde hipotoni, öğürme ve yutma refleksinde azalma vardı. Karaciğer ve kas enzimlerinde yükselik tespit edildi. EKG'de kısa PR aralığı, EKO'larında ise hipertrofik kardiyomiyopati ile uyumlu bulgular vardı. Alfa-glukosidaz enzim düzeyi her iki olguda düşük bulundu.

Tartışma ve Sonuç:

Pompe hastalığı otozomal resesif geçiş gösterir. İnfantil başlangıçlı Pompe hastalığında bebek doğumda normal iken doğumu izleyen ilk aylarda giderek hipotonik, güçsüz ve arefleksik hale gelir. Olgularımızın bulguları da birinci aydan sonra ortaya çıktı. Beslenme yetersizliği, makroglossi, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, hepatomegali ve hipertrofik kardiyomiyopati ile kendini gösterir ve ilk yıl içinde kardiyorespiratuvar arrest ile kaybedilir. Her iki olgumuzda da öğürme ve yutma refleksi zayıftı. Ayrıca her iki olgununda EKO'sunda hipertrofik kardiyomiyopatik değişiklikler, EKG'lerinde Pompe ile uyumlu bulgular vardı. Erken tanı ve tedavi önemlidir. Ülkemiz koşullarında indeks vaka durumunda neonatal dönemde tanı amaçlı erken dönemde kan alınıp enzim replasman tedavisinin başlanması kardiyak bulgularda düzelme ve prognoza iyi yönde etki edebileceğini düşünüyoruz. Ayrıca ailelerin eğitiminin iyi yapılması ve deneyimli

merkezlere sevk edilmesi olumlu sonuçlar sağlayacaktır. Belki de Pompe hastalığının yenidoğan tarama programına alınması morbidite ve mortaliteyi azaltabilir. Pompe hastalığının tanı ve izleminde çocuk metabolizma bilim dalı ile özellikle EKO ve EKG değerlendirmesinde çocuk kardiyoloji bilim dalının multidisipliner yaklaşımının önemli olduğu anlaşılmaktadır.

PB-79

PIERRE-ROBIN SEKANSLI BEBEKTE SOL VENTRİKÜLDE NONKOMPAKSİYON BULGULARI EBRU AYPAR , AHMET SERT, ZEYNEL GÖKMEN, EYÜP ASLAN, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Pierre-Robin sekansı (OMIM #261800) (PRS) mikrognatı, glossopitoz ve üst havayolu obstrüksiyonu ile karakterizedir. İnsidansı 1/8500-1/30000'dir. Doğumsal kalp hastalıkları (DKH) hastaların %20'sinde görülür. Ventriküler septal defekt (VSD), patent ductus arteriosus (PDA) ve atriyal septal defekt (ASD) PRS'de en sık görülen lezyonlardır. Sol ventrikül nonkompaksiyonu normal endomiyokardiyal morfogenezin duraklamasına bağlı olarak geliştiği düşünülen, belirgin trabeküler yapı ve derin intertrabeküler recesslerle (girintilerle) karakterize kardiyomiyopatidir. Sol ventrikül nonkompaksiyonu kalp yetmezliği, aritmiler, tromboembolilere neden olabilir. Literatürde daha önce PRS tanısı alan hastalarda sol ventrikül nonkompaksiyonu bildirilmemiştir.

Gereç ve Yöntem:

7 günlük kız hasta siyanoz, solunum sıkıntısı, beslenme güçlüğüyle ybşvurdu. Prenatal öyküde özellik yoktu. Akrabalık öyküsü olmayan anne- babanın ilk çocuğu olarak, miadında, 2935 gram, C/S ile doğduğu, doğumundan itibaren solunum sıkıntısı, morarma, beslenme güçlüğü olduğu öğrenildi.

Bulgular:

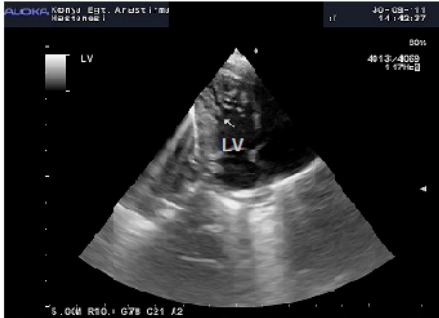


Fig. 3: Transtorasic ekokardiyografide sol ventrikülde (LV) artmış trabekülasyon (npncompaction) görünümü.



Fig. 1: Pierre-Robin sekansı tanısı alan 7 günlük erkek hasta. Mikrognati izleniyor.



Fig. 2:Yarık damak ve glossopitoz

Fizik incelemede, kalp hızı: 132 atım/dak,solunum hızı:68/min,kan basıncı:80/60 mmHg,arteriyel oksijen satürasyonu %80'di. Vücut ağırlığı: 2975 gr,boy: 49 cm,baş çevresi: 33 cm'di. Mikrognati, yarık damak ve glossopitoz saptandı (Figür 1 ve 2). Sol subklaviküler bölgede 2/6 derece sistolodiyastolik üfürüm mevcuttu. Karakteristik kranifasiyal malformasyon bulgularıyla PRS tanısı konuldu. Ekokardiyografide sol ventrikülde trabekülasyon artışı, derin intertrabeküler recessler izlendi. Sistolik, diyastolik işlevler normaldi (Fig. 3). Klinik izleminde siyanozu düzeldi. Daha sonraki

kontrollerinde pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale, sol ventrikülde trombüs, kalp yetmezliği, aritmi saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde, sol ventrikül nonkompaksiyonuyla Barth, DiGeorge, Melnick-Needles, Roifman's sendromları, konjenital adrenal hiperplazi, Charcot-Marie-Tooth, Fabry hastalıkları, trizomi 13, kromozom 5q, 1q43 delesyonları, mitokondriyal hastalıklar bildirilmiş, PRS ile birliktelik bildirilmemiştir. Hastamızda periferik kandan kromozom analizi normaldi (46, XX). FISH inceleme ile 22q11.2 delesyonu saptanmadı. PRS ve sol ventrikül nonkompaksiyonu birlikteliği literatürde ilk kez sunulmuştur. Sol ventrikül nonkompaksiyonu saptanan hastalar kalp yetmezliği, aritmi, tromboemboli açısından aralıklı değerlendirilmelidir. PRS saptanan hastalarda DKH'larının tanısı için ekokardiyografi ayrıntılı yapılmalı, pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale gelişebileceği için hastalar ekokardiyografiyle yakından izlenmelidir.

PB-80

YENİDOĞAN BİR BEBEKTE SAĞ VENTRİKÜL İÇİNE PROLAPSUS GÖSTEREN BELİRGİN CHİARİ NETWORK

EBRU AYPAR, AHMET SERT, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Chiari network (CN), sağ atriyum içinde yeralan eustachian kapağın embriyolojik kalıntısıdır. Otopsi serilerinde %1.3-4 transtorasik ekokardiyografi serilerinde %0.3-9.5 sıklıkta bulunan Chiari network'ün klinik önemi olmadığı düşünülmekle birlikte PFO'nun açık kalmasına, sağdan sola şanta, atriyal septal anevrizma gelişimine, atrial trombus ve aritmilere, paradoksik emboliye, giriş ve çıkış yolu obstrüksiyonlarına, kardiyak işlev bozukluğuna neden olabilir. Bu bildiride, yenidoğan bir bebekte sağ ventrikül içine prolapsus gösteren belirgin Chiari network vakası sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

3 günlük erkek bebek, üfürüm nedeniyle danışıldı. Özgeçmişte özellik yoktu.

Bulgular:

Fizik incelemede sol sternum kenarı boyunca 2/6 derece sistolik üfürüm saptandı. Ekokardiyografide sağ atriyum içinde inferior vena kava açılımına yakın yerden köken alan, serbest, hareketli, ince yapı görüldü. Network yapısının triküspid kapaktan geçerek, sağ ventrikül içine prolapsus gösterdiği görüldü (**Video 1 ve 2**). Network'ün PFO üzerinde sağdan sola şanta neden olmadığı, sağ ventrikül giriş ve çıkış yolunda obstrüksiyon bulgusu yaratmadığı görüldü. Triküspid kapakta yetmezlik,

darlık bulgusu saptanmadı, trombus izlenmedi. Hastanın izleminde asemptomatik kaldığı, ekokardiyografisinin değişmediği görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Chiari network prenatal dönemde kardiyak işlevleri bozarak hidropsa neden olabilir, yenidoğanlarda siyanoza neden olarak doğumsal kalp hastalıklarını taklit edebilir. Ayırıcı tanıda sağ atriyumda yer alabilecek diğer hareketli yapılarla (rüptüre olmuş korda, trombus, kitle, vejetasyon, flail triküspid leaflet) karışabilir. Chiari network, her zaman klinik olarak önemsiz bir yapı değildir, bu nedenle kadın doğum uzmanları, pediatristler ve pediatrik kardiyologlar tarafından iyi bilinmesi ve ekokardiyografi ile tanısı önemlidir.

PB-81

YENİDOĞANDA DİSKORDAN ATRİYOVENTRİKÜLER BAĞLANTILI ÇİFT ÇIKIŞLI SAĞ VENTRİKÜL

AHMET SERT¹, EBRU AYPAR¹, ZEYNAL GÖKMEN¹, MEHMET ÖÇ², DURSUN ODABAŞ¹

¹ KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

² SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV) bütün konjenital kalp hastalıklarının %1'inden daha azını oluşturan nadir bir kardiyak malformasyondur. Anormal ventriküloarteryal bağlantının heterojen bir grubunu oluşturmakta olup pulmoner arter ve aortanın her ikisi de RV'den çıkmaktadır. Diskordan atriyoventriküler bağlantı literatürde nadiren bildirilmiştir. Bu bildiride diskordan atriyoventriküler bağlantılı ve hipoplastik pulmoner arteri olan DORV'lu bir yenidoğanı sunduk.

Gereç ve Yöntem:

Bir günlük yenidoğan siyanoz ve dispne şikayetleri ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine getirildi. Spontan vaginal yolla, miyadında, 3100 gram ağırlığında, hastanede doğduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu kötü, siyanozu ve takipnesi vardı. Kalp hızı 124 atım/dk, solunum sayısı 64/dk, kan basıncı 60/30 mmHg idi. Sternumun sol üst kenarında 3/6 sistolik üfürüm işitildi. Arteriyal oksijen saturasyonu %80 idi. EKG'de superior QRS aksı ve RV hipertrofisi tespit edildi.

Bulgular:

Ekokardiyografik incelemede situs solitus, diskordan atriyoventriküler bağlantılı DORV, 10 mm subpulmonik VSD, infundibuler ve valvuler pulmoner stenoz ve hipoplastik pulmoner arterler mevcuttu (Figür 1,2,3). Abdomen US normal idi. İzlemin ikinci haftasında arteriyal oksijen saturasyonu %60'a düştü. Ekokardiyografik incelemede pulmoner stenozda artmış gradient görüldü. Hastaya acil palyatif sistemik pulmoner arter şantı (modifiye Blalock-Taussig şantı) yapıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Diskordan atriyoventriküler bağlantılı DORV literatürde nadiren bildirilmiştir. Bu karmaşık malformasyonlara tanı konulmasında ekokardiyografik inceleme ile segmental yaklaşım oldukça önemlidir.

PB-82

DÖRT YAŞINDAKİ ÇOCUKTA MİYOKARDİYAL KİST HİDATİK: OLGU SUNUMU

AHMET SERT, EBRU AYPAR, MELİKE EMİROĞLU, EYÜP ASLAN, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Kist hidatik *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu parazitik enfestasyondur. Sıklığı endemik olan ülkelerde bile %2'den daha azdır. Karaciğer, akciğer ve beyin en çok tutulan yerlerdir. Kardiyak tutulum nadirdir ve genellikle erişkin dönemde görülmektedir. En sık sol ventrikül tutulmaktadır. Literatürde miyokardiyal kist hidatik çocuklarda nadir bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Dört yaşında kız hasta üfürüm nedeni ile çocuk enfeksiyon hastalıkları bölümünden konsülte edildi. Özgeçmişinden 2.5 yaşında beyin parietal bölgesinde yerleşmiş kist hidatik nedeni ile, 3 yaşında da sağ akciğer alt lobta yerleşmiş kaviter kist hidatiğin rüptüre olması nedeni ile opere edildiği, karaciğerde halen iki adet küçük kist olduğu ve albendazol tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik incelemede mezokardiyak odakta daha iyi işitilen 2/6 kısa sistolik üfürüm mevcut idi. Hemogramda BK 8900/mm³, Hb 10.6 g/dl, trombosit sayısı 469000/mm³, sedimentasyon 30mm/saat, IG E 28.6 U/L normal sınırlarda idi. Elektrokardiyogram normal idi.

Bulgular:

Ekokardiyografide sol ventrikül arka duvarda miyokardiyuma sınırlı 10x7 mm çapında hipoekoik kist saptandı (Figür 1). Batın US'de karaciğer sağ lobunda posterior süperior segmentte 10 mm, sağ lob anterior süperior segmentte 8 mm çapında iki adet hipoekoik lezyon saptandı. Albendazol 2x100 mg tedavisine devam edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Kardiyak ekinokokkosisli hastalar yıllarca asemptomatik kalabilmektedir. Kist hidatik tanısı alan hastalarda kardiyak tutulumun erken tanı ve tedavisinde ekokardiyografik inceleme yapılması önemlidir.

ADÖLESAN HASTADA PERİKARDİYAL TAMPONAT VE AKUT SKROTUM İLE PREZENTE OLAN AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ

AHMET SERT, EBRU AYPAR, MELİKE EMİROĞLU, EYÜP ASLAN, ŞÜKRÜ ARSLAN, AHMET ÖZEL, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Ailevi akdeniz ateşi (AAA), AA tipi amiloidoz gelişimine eşlik eden ve düzensiz aralıklarla tekrarlayan poliserozit ve kısa, akut, kendini sınırlayan ateş ile karakterize otozomal resesif geçiş gösteren hereditör periyodik ateş sendromlarından birisidir. Perikardiyum ve tunika vaginalis (akut skrotum) nadiren etkilenmektedir. Literatürde perikardiyal efüzyon ile prezente olan AAA vakaları bildirilirken perikardiyal tamponat ile prezente olan AAA vakası sadece bir vakada bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:





16 yaşında erkek hasta üç gündür olan ateş, nefes darlığı ve göğüs ağrısı ile başvurdu. Fizik incelemede vücut ağırlığı: 53 kg (10p), boy: 160 cm (3p), kan basıncı: 90/60 mmHg, kalp hızı: 130 atım/dk, solunum sayısı: 26/dk, ateş: 38°C idi. Dinlemekle kalp sesleri derinden işitiliyordu. Pulsus paradoksus, boyunda jügüler venöz dolgunluk, hepatomegali ve skrotumda şişlik ve hassasiyet saptandı. Hemogramda BK 19000/mm³, Hb 15.8 g/dl, trombosit sayısı 244000/mm³, CRP 194 mg/dl, sedimentasyon 33mm/saat, ANA negatif, C3, C4 normal sınırlarda idi. Elektrokardiyogramda düşük voltajlı QRS kompleksleri ve telekardiyografide belirgin kardiyomegali tespit edildi (Figür 1).

Bulgular:

Ekokardiyografide perikardiyal tamponat ile uyumlu olarak kalbi çepce çevre saran perikardiyal efüzyon (Diyastolde LV komşuluğunda 3 cm, RV komşuluğunda 5 cm), sağ atriyal ve ventriküler kollaps bulgusu, İVC'de genişleme) saptandı (Figür 2). Skrotal US'de her iki testiste yaygın heterojen ödem ve skrotumda sıvı saptandı (Figür 3). Perikardiyal tüp takılarak perikardiyal sıvı drene edildi. Perikardiyal sıvı incelemeleri transuda özelliklerine sahipti. Viral PCR incelemeleri negatif idi, perikardiyal sıvı ve kan kültürlerinde üreme olmadı. İzleminde hastanın nefes darlığı, göğüs ağrısı, skrotumundaki şişliği kayboldu. Bir ay sonra ateş, göğüs ağrısı ile başvuran vakada tekrar perikardiyal efüzyon tespit edildi. Naproksen tedavisi ile perikardiyal efüzyon tamamen geriledi. AAA için MEFV gen mutasyonu pozitif idi. Klinik ve laboratuvar bulguları ile AAA düşünüldü. Kolşisin tedavisi başlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Perikardiyal tamponat bulguları ile başvuran vakalarda AAA ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

EKOKARDİYOĞRAFI İLE SOL VENTRİKÜLDE NONKOMPAKSİYON SAPTANAN BEBEKTE MATERNAL İNVERSİYON 18'E BAĞLI PARSİYEL 18P MONOZOMİ VE PARSİYEL 18Q TRİZOMİ TANISI

EBRU AYPAR, AHMET SERT, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Trizomi 18, multipl konjenital anomalilerle karakterize bir kromozomal anomalidir. Hastaların %80-100'ünde doğumsal kalp hastalıkları (DKH) görülür. En sık görülen DKH'ları ASD, VSD, PDA ve kapak hastalıklarıdır. Sol ventrikül nonkompaksiyonu (LVNC) normal endomiyokardiyal morfogenezin duraklamasına bağlı olarak geliştiği düşünülen, belirgin trabeküler yapı ve derin intertrabeküler recesslerle (girintilerle) karakterize bir kardiyomiyopatidir. Kalp yetmezliği, aritmiler ve sistemik tromboembolilere neden olabilir. Literatürde, trizomi 18 saptanan sadece bir hastada LVNC bildirilmiş, parsiyel 18p monozomi ve parsiyel 18q trizomisinde LVNC bildirilmemiştir. Bu bildiride ekokardiyografi ile LVNC tanısı konulan, izleminde kromozom analiziyle parsiyel 18p monozomisi ve parsiyel 18q trizomisi saptanan bir vaka sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

16 günlük erkek hasta. Doğumdan beri olan solunum sıkıntısı, morarma yakınmalarıyla pediatri bölümüne başvuran hastaya "laringotrakeomalazi" tanısı konulduğu, ve ünitemize "vasküler ring" olasılığı yönünden danışıldığı öğrenildi.

Bulgular:

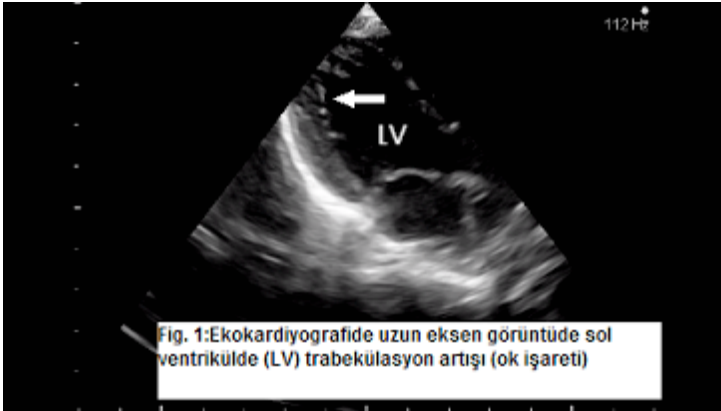


Fig. 1:Ekokardiyografide uzun eksen görüntüde sol ventrikülde (LV) trabekülasyon artışı (ok işareti)



Fig. 2: Ekokardiyografi, kısa eksen görüntüde sol ventrikülde (LV) trabekülasyon artışı (ok işareti).

Fizik incelemede genel durumu iyi, inspiryumda belirgin solunum sıkıntısı, stridor mevcuttu. Mikrognatisi olduğu saptandı. Sol klavikula altında 2/6 derece sistolodiastolik üfürüm duyuldu. Ekokardiyografide sol ventrikül trabekülasyonunda artış ve belirgin recessler saptandı (**Fig. 1 ve 2**). Nonkompakte/kompakte alan oranı >1.3 saptandı. Ek olarak biküspid aort kapağı ve 3 mm çapında hemodinamik yüklenme yaratmayan duktus açıklığı bulunduğu görüldü. Sol ventrikül sistolik işlevleri normal sınırlarda bulundu. Mikrognati ve üst hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle Pierre Robin sekansı yönünden değerlendirilen hastanın yarık damağı ve glossopitozu olmadığı görüldü. Periferik kan kromozom analizinde maternal inversiyon 18'e bağlı parsiyel 18p monozomi ve parsiyel 18q trizomisi gösteren rekombinant 18 nolu kromozom(46,XY,rec(18) del(18pter®18p11.31)dup(18q21.1®pter)inv(18)(p11.3;q21) mat gözlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Şu an 9 aylık olan hastanın LVNC'de gelişebilecek komplikasyonlar yönünden ekokardiyografi ve klinik olarak yakın aralıklarla izlenmesine karar verildi. Bu bildiride, literatürde ilk defa parsiyel 18p monozomi ve parsiyel 18q trizomisinde LVNC bulguları bildirilmiştir. Sol ventrikül nonkompaksiyonuna kromozomal anomaliler eşlik edebileceğinden bu hastalara periferik kandan kromozom analizi yapılmasını öneriyoruz.

11 AYLIK BEBEKTE DEV SOLİTER KARDİYAK KİTLE

EBRU AYPAR, FATİH ŞAP, AHMET SERT, EYÜP ARSLAN, ŞÜKRÜ ARSLAN, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Pediyatrik yaş grubunda görülen kardiyak tümörler genellikle primer kardiyak tümörlerdir. %90 benign seyirlidir. Görülme sıklığı %0.03-0.08% arasında değişmektedir. Otopsi bulgularına göre en sık saptanan kardiyak tümörler, rabdomiyomlar (%45), fibromalar (%25), miksomalar (%10), intraperikardiyal teratomlar (%10), hemanjiomlar (%5) ve metastatik tümörlerdir (%4). Bu bildiride bronşiolit bulgularıyla başvuran bir bebekte saptanan dev kardiyak kitle olgusu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

11 aylık erkek hasta. Ateş, öksürük, solunum sıkıntısıyla başvurdu.

Bulgular:

Fizik incelemede vücut sıcaklığı:38.5, kalp hızı: 130 atım/dak, solunum sayısı:32/dak, kan basıncı: 100/70 mmHg idi. Expiryum uzunluğu mevcuttu. Telekardiyogramda ve PA akciğer grafisinde kardiyomegali saptandı. Laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı. Ekokardiyografik incelemede sol ventrikül posterior ve lateral duvarda myokard içerisinde yerleşimli homojen yapıda 50x40 mm çapında ekojenik kitle saptandı. Kitlenin sol ventrikül giriş ve çıkış yolu obstrüksiyonu yaratmadığı izlendi (Fig. 1). Septum hareketlerinin paradoksik olduğu ve sol ventrikül sistolik işlevlerinde azalma olduğu saptandı (EF:%52, KF:%26). Hasta akut bronşiolit ve kardiyak kitle tanılarıyla yatırıldı. Toraks BT'de sol ventrikül duvarından köken aldığı düşünülen düzgün sınırlı 50x40 mm'lik kitle saptandı. Sol akciğerde alt lob anterobazal ve medial segmentte

kompressif atelektatik değişiklikler izlendi. Kitlenin tomografik inceleme sonucu rabdomyom olabileceği düşünüldü. Kalp ve damar cerrahisi bölümüne danışılan hasta, ailesinin isteği üzerine dış merkezde değerlendirilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Bu bildiride ekokardiyografi ile tanı alan bir kardiyak tümör olgusu sunulmuştur. Kardiyak tümörlerin ayırıcı tanısında öncelikle primer kardiyak tümörler akılda tutulmalıdır. Rabdomyomlar düzgün konturlu, genellikle ventrikül içinde, intramural veya intrakaviter yerleşimlidir. Sıklıkla multipl sayıda görülmelerine rağmen %10 sıklıkta soliter intramural veya intrakaviter kitle şeklinde karşımıza gelebilirler. Dev rabdomyom olan hastalar solunum sıkıntısı, kalp yetmezliği, aritmi, düşük kardiyak debi bulgularıyla başvurabilirler. Hastanın mevcut bulgularıyla cerrahi uygulanmadan klinik olarak yakından izlenmesi planladı. Ayrıca tuberöz skleroz hastalarında %30 sıklıkta rabdomyomlar eşlik edebileceği için hastanın bu yönden araştırılması ve izlenmesi planlandı.

PB-86

YENİDOĞAN BEBEKTE İZOLE BİVENTRİKÜLER MYOKARDİYAL NONKOMPAKSİYON TANISI

EBRU AYPAR, AHMET SERT, BAHAR ÇINAR, ZEYNEL GÖKMEN, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Ventrikül myokardının nonkompaksiyonu (NC)belirgin trabeküler yapı ve derin intertrabeküler recesslerle (girintilerle) karakterize nadir görülen bir kardiyomiyopatidir. Normal endomiyokardiyal morfogenezin duraklamasına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir, familyal kalıtım %25 sıklıkta bildirilmiştir. İzole görülebilir veya diğer doğumsal kalp hastalıklarına eşlik edebilir. Kalp yetmezliği, aritmiler ve sistemik tromboembolilere neden olabilir. Myokardiyal NC, genellikle sol ventrikülde (LV) görülmekle daha az sıklıkla her iki ventrikülde görülebilir. Literatürde pediatrik yaş grubunda biventriküler NC az sıklıkla bildirilmiştir. Bu bildiride, ekokardiyografide biventriküler NC saptanan bir yenidoğan bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

1 günlük kız hasta, intrauterin büyüme geriliği nedeniyle çocuk kardiyoloji ünitesine danışıldı. Özgeçmişinde prenatal dönemde intrauterin büyüme geriliği tanısı ile izlendiği, annede sistemik bir hastalık olmadığı, 2 kez ölü doğum yaptığı, 21 yaşındaki annenin 3. gebeliğinden 1. yaşayan olarak, 2100 gr, NSVY ile doğduğu, Akrabalık olmadığı öğrenildi.

Bulgular:

Fizik incelemede vital bulgular stabildi, dismorfı saptanmadı Sternum solunda 2. İKA'da 2/6 derece devamlı üfürüm duyuldu.



Ekokardiyografide sağ ve sol ventrikül trabekülasyonunda artış, intertrabeküler recesslerde belirginlik saptandı (Fig. 1). Nonkompakte/kompakte myokard oranı >1.4 idi. Sağ ve sol ventrikül işlevleri normaldi. EKG'de aritmi saptanmadı. Hastanın 4 aylık izleminde ekokardiyografisinde değişiklik izlenmedi, kalp yetmezliği, aritmi, tromboemboli gibi komplikasyonlar gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Hastanın ventrikül işlevleri normal sınırlarda olduğu için intrauterin büyüme geriliğinin nonkompaksiyona bağlı olmadığı düşünülmüştür. Dismorfik bulgularının olmaması nedeniyle kromozom analizi yapılmadı. Ventrikül myokardının NC'si nadir görülen bir kardiyomiyopatidir. Literatürde pediatrik yaş grubunda biventriküler NC oldukça az sıklıkta, yenidoğan döneminde dört vakada bildirilmiştir. Biventriküler NC ve Ebstein anomalisi birlikteliği bildirilmiştir. Ventrikül myokardının NC'sinin tanısında ve hastaların izleminde ekokardiyografi en önemli tanısal araçtır.

SAĞLIKLI YENİDOĞANLAR VE SÜT ÇOCUKLARINDA DOKU DOPPLER GÖRÜNTÜLEME, STRAİN VE STRAİN RATE ÖLÇÜMLERİ

ÖZLEM ELKIRAN, CEMŞİT KARAKURT, GÜLENDAM KOÇAK, AHMET KARADAĞ

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MALATYA

Amaç:

Sağlıklı yenidoğanlar ve süt çocuklarında sol ventrikül doku Doppler ekokardiyografi, strain ve strain rate (SR) ölçümleri yapılarak, bu dönemdeki hemodinamik değişikliklerin ve normal referans değerlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya toplam 149 sağlıklı bebek alındı. Bebekler; 32'si gestasyonel yaşı 36-37 hafta arasında olan prematür (grup1), 32'si, postnatal yaşı 1-3 gün arasında ve miadında doğan (grup 2), 47'si 1. ayını dolduran (grup 3) ve 38'i, 3.ayını dolduran (grup 4) dört gruptan oluşmakta idi.

Standart ekokardiyografik çalışma, pulsed wave (PW) ve doku Doppler ekokardiyografi, strain ve SR çalışmaları Mylab 50 (Esaote, Florence) Ekokardiyografi cihazı kullanılarak aynı kişi tarafından yapıldı.

Bulgular:

Tablo 1- Grupların doku Doppler ekokardiyografi ile ölçülen bulguları

	Prematür	Matür	Bir aylık	Üç aylık
Mitral E' (m/sn)	0.07±0.02 ^{a, b}	0.08±0.02 ^{a, b}	0.09±0.02 ^c	0.12±0.02
Mitral A' (m/sn)	0.07±0.02 ^{a, b}	0.08±0.02 ^a	0.09±0.02	0.09±0.03
Mitral E'/A'	1.04±0.29 ^b	0.96±0.25 ^a	1.05±0.35 ^c	1.35±0.38
Mitral E/E'	8.14±2.67	8.79±2.39 ^a	8.38±1.71	7.43±1.64
IKZ	49.90±10.81 ^c	50.47±8.63 ^a	44.49±7.27	46.74±9.63
IRZ	44.78±6.77	47.25±9.38	42.66±7.07	46.47±8.23
EZ	187.66±14.32 ^b	190.75±11.41 ^a	196.62±16.43	204.95±17.53
Tei indexi	0.51±0.08 ^{a, b}	0.51±0.08 ^{a, b}	0.45±0.07	0.46±0.08

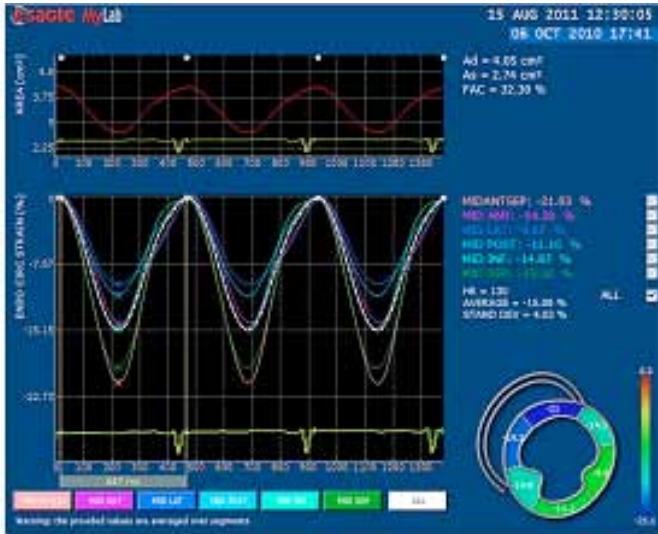
E': Erken diastolik miyokardiyal hız, A': Geç diastolik miyokardiyal hız, E'/A': E'/A' oranı, E/E': E'/E' oranı, IKZ: mitral isovolumik kontraksiyon zamanı, IRZ: mitral isovolumik relaksasyon zamanı, EZ: Ejeksiyon zamanı

^a= Prematür ve matür arasında p<0.05, ^b= Prematür ve bir aylık arasında p<0.05, ^c= Prematür ve üç aylık arasında p<0.05, ^a= Matür ve bir aylık arasında p<0.05, ^a= Matür ve üç aylık arasında p<0.05, ^c= Bir aylık ve üç aylık arasında p<0.05

Tablo 2- Sol ventrikül sistolik strain değerleri

		Segment	Prematür	Matür	Bir aylık	Üç aylık
Apikal 4 B	Septal	Bazal	-13.54±2.67 [§]	-13.89±2.54 [§]	-14.47±1.91 [§]	-15.72±1.49
		Orta	-10.41±2.48 [§]	-10.58±2.60 [§]	-11.40±2.01	-12.56±1.98
		Apikal	-6.65±2.05 [§]	-6.28±2.33 [§]	-6.58±1.71	-8.15±2.11
	Lateral	Bazal	-14.34±2.56	-14.69±3.04	-15.21±1.87	-14.89±2.23
		Orta	-10.81±2.34	-11.66±3.03	-11.58±1.63	-11.34±2.24
		Apikal	-6.29±1.72	-6.76±2.28	-7.06±1.43	-7.24±1.68
Apikal 2 B	Anteriyör	Bazal	-14.17±2.80	-15.51±2.34 [§]	-15.89±2.56 [§]	-16.59±2.59 [§]
		Orta	-10.56±2.21	-11.67±2.33	-11.88±2.19 [§]	-12.72±2.36 [§]
		Apikal	-6.26±2.22	-7.48±2.09	-7.48±1.91	-8.31±2.39 ^{§,§}
	İnferiyör	Bazal	-14.48±2.95	-14.19±2.67	-15.69±2.41 [§]	-16.22±2.33 [§]
		Orta	-10.32±3.04	-11.44±2.49	-12.07±2.42	-12.29±1.91 [§]
		Apikal	-6.69±2.61	-7.56±2.12	-7.33±2.09	-7.43±1.48
Apikal 3 B	Posteriyör	Bazal	-13.55±2.59	-15.03±3.04	-15.11±2.25 [§]	-15.86±2.69 [§]
		Orta	-10.78±2.59	-11.66±2.56	-11.94±2.07	-12.51±2.53 [§]
	Lateral	Apikal	-6.94±2.44	-7.78±2.64	-8.15±2.16 [§]	-8.61±2.58 [§]
	Anteriyör	Bazal	-14.94±2.71	-16.23±3.21	-15.67±2.03	-16.59±3.34
		Orta	-12.13±2.44	-12.40±2.84	-12.22±2.04	-12.88±2.86
		Apikal	-7.02±2.37	8.03±2.72	-7.87±2.03	-8.32±2.41
Kısa eksen	Bazal	Ant.septal	-17.61±3.39 [§]	-18.17±3.77 [§]	-19.03±2.99 [§]	-21.01±3.33
		Anteriyör	-13.22±2.57 [§]	-13.81±2.41	-13.44±2.29	-14.89±3.18
		Lateral	-8.49±2.61 [§]	-9.91±2.53 [§]	-8.82±2.26	-10.97±3.48
		Posteriyör	-9.22±2.38	-9.66±2.18	-9.38±2.08	-10.34±2.39
		İnferiyör	-14.07±3.03	-12.87±3.04 [§]	-13.59±2.52	-14.59±2.45
		Septal	-18.02±3.73	-17.75±3.54	-18.67±3.34	-19.40±3.24

[§]= Prematür ve matür arasında p<0.05, [§]= Prematür ve bir aylık arasında p<0.05, ^{§§}Prematür ve üç aylık arasında p<0.05, [§]= Matür ve bir aylık arasında p<0.05, [§]= Matür ve üç aylık arasında p<0.05, [§]= Bir aylık ve üç aylık arasında p<0.05



Pulsed wave Doppler ekokardiyografik incelemede: mitral diyastolik erken doluş (E) ve geç doluş (A) velositesi değerlerinde grup 1'den, grup 4'e doğru artış saptandı. Bu artış, grup 3 ve 4 arasında anlamlı bulunmazken, diğer gruplar arasında anlamlılık vardı ($p<0.05$). Doku Doppler ekokardiyografide erken relaksasyon velositesi(E') grup 1'den, grup 4'e doğru artmıştı. Bu artış grup 2 ve grup 3 ($p=0.001$), grup 2 ve grup 4 ($p=0.001$), grup 3 ve 4 ($p=0.001$), grup 1 ve 3 ($p=0.001$), grup 1 ve 4 ($p=0.001$) arasında anlamlıydı. Geç relaksasyon velositesi (A') grup 2 ve 3 ($p=0.005$), grup 1 ve 3 ($p=0.001$), grup 1 ve 4 ($p=0.001$) arasında arasında artmıştı (Tablo 1).

Dört boşluk, iki boşluk, üç boşluk görüntülemelerden elde edilen longitudinal ve kısa eksen görüntülemelerden elde edilen sirkumferansiyal sistolik velositeler, sistolik strain ve SR değerleri tüm gruplarda bazaldan apekse doğru azalmıştı ($p<0.001$). (Şekil 1) (Tablo 2)

Tartışma ve Sonuç:

Yenidoğan ve erken bebeklik döneminde kardiyak açıdan önemli hemodinamik değişiklikler olmakta ve bu değişiklikler doku Doppler , strain ve SR ekokardiyografi ile saptanabilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların az olması nedeni ile daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

ENFEKTE PACE SİSTEMİNİN INFLOW OKLÜZYON YÖNTEMİYLE ATAN KALPTE BAŞARIYLA ÇIKARTILAN OLGULARIMIZIN TANILANDIRIMINDA EKOKARDİYOGRAFINİN ROLÜ

UFUK YETKİN ¹, ORHAN GÖKALP ², İSMAİL YÜREKLİ ¹, TAYFUN GÖKTOĞAN ¹, LEVENT YILIK ¹, MURAT YEŞİL ¹, ALİ GÜRBÜZ ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

İntrakardiyak cihazların günümüzde kapakların disfoksiyone hemodinamisini düzeltmede ve elektrofizyolojik anormallikleri gidermedeki kullanımları giderek artış göstermektedir. Kalıcı pace cihazına bağlı enfeksiyon prevalansı %0.13 ile 19.9aralığındadır.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Temmuz 2007 ile Ağustos 2011 tarihlerini kapsayan 4 yıllık sürede toplam 6 olgu endokardit oluşturan ve enfekte vejetasyon barındıran pacemaker lead(PML) ve ayrı lokalizasyondaki bataryasının çıkartımı ve gereğinde eş zamanlı yeni kalıcı epikardiyal pacemaker implantasyonu amacıyla operasyona alınmıştır. Olgularımızın PML enfeksiyon ve içerdiği vejetasyona dair ilk tanıları merkezimize başvuru yakınmalarına göre Kardiyoloji ve İntaniye kliniklerinin ortak bakı değerlendirmeleri sonucu kesinleştirilmiştir.

Bulgular:

Olgularımızın tümünde lead endokarditine bağlı vejetasyon tanılandırımı öncelikle transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile bulgulanmıştır. Ayrıca tüm olgularda transözefageal ekokardiyografi (TEE) ile de tanı yinelenmiştir. Olgularımızın operasyon öncesi TTE bulguları Tablo 1’de detaylıca sunulmuştur [(Resim 1) & Video movie 1: Sağ atriyumda 2 ayrı vejetasyonun video klip görüntüsü]. Tüm olgularda gerek TTE ve gerekse TEE ile olsun PFO yokluğu ve atrial septal defektin olmadığı kanıtlandı. Altı olgu da elektif olarak ameliyata alındı. Tüm cerrahi işlemler aynı ekip tarafından gerçekleştirildi. TTE incelemeleri postoperatif dönemde intrakardiyak cihazın tamamen çıkarıldığını kanıtlamaya yardımcı oldu. Postoperatif 1. ayda da gerçekleştirilen TTE incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Lead endokarditi yüksek mrbidite hatta mortalite ile seyir göstermektedir. Yeterli sağkalımın birincil koşulu enfekte endokaviter cihaz parçalarının cerrahi olarak tümüyle çıkarılması prensibini içermektedir.

SADECE PCR METODU İLE SAPTAYABİLDİĞİMİZ PARVOVİRUS B19 ENFEKSİYONUNA BAĞLI GELİŞEN VE SPONTAN OLARAK DÜZELEN HİDROPSLU FETUS- OLGU SUNUMU

YILMAZ YOZGAT¹, SEÇİL KURTULMUŞ², TALİHA ÖNER¹, ÖNDER DOKSÖZ¹,
RAHMİ ÖZDEMİR¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, TİMUR MEŞE¹, VEDİDE TAVLI¹

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN, İZMİR

Amaç:

Hidrops fetalis fetusun en az iki vücut boşluğunda sıvı birikmesi tablosudur. % 10'u immun ,%90'nı nonimmun nedenlerle oluşur. Nonimmun nedenlerin başında anemi , kardiyak anomali veya disritmiye bağlı kalp yetersizliği, maternal enfeksiyonlar gelir. Olguların %50-60'da neden bulunamaz. Prognoz hidropsun sebebine ve ek anomali varlığına bağlıdır. Biz burada sadece PCR metodu ile saptayabildiğimiz parvovirus B19 enfeksiyonuna bağlı gelişen ve spontan olarak düzelen hidropslu fetusu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Fetal ekokardiyografik inceleme için kliniğimize gönderilen 23 haftalık hidropslu fetusda bileteral plevral effüzyon,hafif asit, perikardiyal effüzyon ve hafif triküspid yetersizliği saptandı. Fetusta kardiyak anomali ve disritmi saptanmadı. Anne kan grubu Rh(+) olması ve indirekt coombs testi negatif olması nedeniyle nonimmun hidrops fetalis düşünüldü. Orta serebral arter pik sistolik velositesi normal olduğu için fetal anemi düşünülmedi. TORCH ve Parvovirus , adenovirus antikor titreleri akut enfeksiyonu göstermiyordu.

Bulgular:

Hidropsun nonimmun olması ve yüksek fetal eksitus riski nedeniyle amniosentez düşünülmedi ve ekokardiyografik inceleme ile hasta takibe alındı. Annenin enfeksiyon sorgusunda 20 gün önce geçirilmiş eritema infeksiözüm benzeri döküntü, hafif ateş, atralji, baş ağrısı şikayetleri mevcuttu. Hastanın Parvovirus B19 (PVB19) serolojisinde İmmunglobulin (Ig) G pozitif fakat IgM titresi düşüktü. Metarnal kanda PCR ile yapılan PVB19 - DNA pozitif olarak bulundu. Hastanın yapılan seri ekokardiyografik incelemesinde hidrops 15 gün içinde spontan olarak düzeldiği izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Annede pozitif PVB19 - IgM titresi yakın zamanda geçirilmiş Parvovirus enfeksiyonu için yüksek spesifiteye sahiptir. Fakat enfeksiyon başlangıcından hemen sonra hızlı bir düşüş gösterir. Hidrops veya perikardiyal effüzyon varlığında etiolojide PVB19'nın varlığından şüphelenildiğinde fakat PVB19-IgM titresi düşük olduğunda PCR ile PVB19 – DNA pozitifliği aranmalıdır. Etiolojide de PVB19 saptanan olgularda spontan olarak hidropsun düzelebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

TÜBEROSKLEROZLU VE KARDİYAK RABDOMİYOMLU OLGULARIMIZ: ALTERNATİF MEDİKAL TEDAVİ YÖNTEMİ (EVEROLİMUS)

ABDULLAH KOCABAŞ, FİLİZ EKİCİ, İ.İLKER ÇETİN, H.AHMET DEMİR, M.EMRE ARI, SUNA EMİR

ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Primer kardiyak tümörler tüm yaşlarda nadir olup çoğunluğu benign karakterdedir. Çocuklarda en sık görülen tip rabdomiyomlardır ve büyük oranda tuberoskleroza eşlik ederler. Burada, tuberoskleroz ile birliktelik gösteren 11 olgumuzu sunmak, klinik seyir açısından farklılık gösteren iki olguyu ayrıntılı tartışmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 1996-Ocak 2012 arasında kliniğimizde takip edilen tuberoskleroz ile birliktelik gösteren rabdomiyomlu olgular geriye dönük olarak incelendi. Başvuru tipi, klinik seyir, izlem sonuçları hasta dosyaları ve elektronik veri kayıtlarından değerlendirildi.

Bulgular:

Tuberoskleroz tanısı alan toplam 32 hastanın 11'inde (%34) ekokardiyografi ile kardiyak rabdomiyom saptandı. 5 hastada (%45) multiple kitle mevcuttu ve toplam 29 kitle incelendi. Altı hasta (%55) bir yaşından önce tanı aldı. Başvuru yakınması üç hastada üfürüm, ikisinde siyanoz ve bir hastada aritmi iken, beş olgu tanıda asemptomatik idi. Hastaların izlem süreleri median 2 yıl (15 gün–15 yıl) bulundu. İki hastada (%18) aritmi (SVT ve VT) görüldü. Toplam 16 tümörün 5'inde (%31) spontan regresyon gelişti (3 komplet, 2 parsiyel). Hemodinamik bozukluk nedeniyle iki olguya cerrahi tedavi uygulandı. Prenatal dönemde intrakardiyak kitleleri saptanan iki olgu (%18) postnatal dönemde tuberoskleroz tanısı aldı. Bu hastalardan ilkinde interventriküler septumda 17x10 mm'lik kitle mevcuttu. 2,5 yaşındaki kontrolünde kitlenin tamamen kaybolduğu, septumda ekojen sınırlı doku defekti ve belirgin septal inceltme olduğu görüldü. Diğer hastada ise postnatal 13. günde multiple rabdomiyom ve ağır RVOT darlığına bağlı hemodinamik bozukluk nedeniyle cerrahi tedavi düşünüldü. Ancak yüksek riskli olması nedeniyle medikal tedavi (everolimus; mTOR inhibitörü ve prostoglandin E1) uygulandı. 1,5 ay sonunda kitle boyutlarında ve klinik bulgularda belirgin düzelme olan hasta ayaktan izleme alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Kardiyak rabdomiyomlar tuberosklerozlu hastalarda sık görülmektedir. Tümör sayı ve boyutlarında spontan regresyon görülebilmektedir. Bir hastamızda komplet regresyon

sonrası sıra dışı görünümde septal incelme gelişmesi ve diğer hastada da yeni bir medikal tedavi yöntemi olarak everolimus kullanımı nedeniyle sunmayı uygun bulduk. Hemodinamik bozukluk saptanan ancak cerrahi uygulanamayan olgularda yeni medikal tedavi yaklaşımlarının yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

PB-91

ASTIMLI ÇOCUKLARDA KALP FONKSİYONLARININ DOKU DOPPLER EKOKARDİYOĞRAFI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

OSMAN ÖZDEMİR¹, YASEMİN CEYLAN¹, CEM HASAN RAZİ¹, ÖZBEN CEYLAN², NESİBE ANDIRAN¹

¹ T.C.S.B. KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

² DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Astımlı hastalarda tekrarlayan hipoksi ve kronik inflamasyon nedeniyle pulmoner hipertansiyon ve buna bağlı ventrikül hipertrofisi ile sağ kalpte genişleme olabilir. Ciddi astımlı hastalarda hayatın ilerleyen dönemlerinde korpulmonale gelişebilir, fakat hastalığın erken dönemlerindeki ventrikül fonksiyonları hakkındaki bilgiler kısıtlıdır. Bu nedenle çalışmamızda, asemptomatik astımlı çocuklarda konvansiyonel ekokardiyografi ve doku Doppler ekokardiyografi (DDE) kullanarak kalp fonksiyonlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Yaş ortalaması $10,4 \pm 2,2$ yıl olan astımlı 51 hasta ile yaş (ortalama yaş $10,9 \pm 2,4$ yıl) ve cinsiyet dağılımları benzer 46 sağlıklı çocuk çalışmaya alındı. Bütün çocuklara konvansiyonel ekokardiyografi ve DDE yapıldı, ek olarak astımlı hastalarda spirometre ile solunum fonksiyon testleri çalışıldı.

Bulgular:

Sağ ventrikül duvar kalınlığı astımlı hastalarda ($4,7 \pm 1,5$ mm) sağlıklı çocuklara ($3,6 \pm 0,4$ mm) göre istatistiksel olarak ($p = 0,01$) artmış bulundu. Ancak, her iki ventrikülün konvansiyonel akım Doppler göstergelerinin astımlı hastalar ve sağlıklı çocuklarda benzer olduğu ($p > 0,05$) saptandı. Buna karşın, astımlı çocuklarda lateral triküpit annulustan bakılan DDE kayıtları ile annuler erken diastol tepe akım hızı ($16,4 \pm 1,8$ & $13,2 \pm 2,3$ cm/sn), annuler diastolik tepe akım hızlarının oranı ($3,2 \pm 0,7$ & $2,1 \pm 0,5$), izovolümetrik gevşeme zamanı ($67,7 \pm 10,2$ & $46,2 \pm 8,7$ ms), miyokard performans indeksinin (% $48,1 \pm 7,0$ & $42,0 \pm 5,7$) arttığı ve annuler geç diastol tepe akım hızının ($5,1 \pm 1,4$ & $8,2 \pm 2,0$ cm/sn) azaldığı istatistiksel olarak ($p = 0,01$) gösterildi. Ayrıca, lateral triküpit annulustan elde edilen diastolik tepe akım hızları oranının solunum

fonksiyon testlerinden tepe ekspiratuar akım hızı ile pozitif korele olduğu ($r = 0,38$ ve $p = 0,01$) saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Astımlı çocuklarda klinik ve konvansiyonel ekokardiyografi bulguları normal olmasına karşın DDE ile sağ ventrikül subklinik fonksiyon bozukluğu ve bu bozukluğun solunum fonksiyon testleri ile korele olduğu gösterilmiştir. Bu bulgularla, astımı olan çocukların kalp fonksiyonlarının izleminde, erken tanı için DDE'nin uygun bir araç olabileceği düşünülmüştür.

PB-92

KOMPLEKS DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARI: KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK KARDİYOLOJİ ÜNİTESİ- YENİ BİR MERKEZİN 2 YILLIK SONUÇLARI

EBRU AYPAR, AHMET SERT, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Kompleks doğumsal kalp hastalıkları (DKH) diğer DKH'larına göre nadirdir. 2 yıldır hizmet veren ünitemizde tanı alan kompleks DKH'larını bildiriyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Şubat 2010-Şubat 2012 arasında, kompleks DKH tanısı alan hastalar retrospektif değerlendirildi.

Bulgular:

2 yılda 56 hastaya ekokardiyografiyle kompleks DKH tanısı konuldu. Hastaların 35/56'sı erkek(%63), 21/56'sı(%37) kızdı. 29/56 hastaya(%52) yeni tanı konuldu, 27/56 hasta(%48) daha önceden farklı merkezlerde tanı almıştı. Daha önceden tanı alan hastaların 16/27'si(%59) opere olmuştu. Yeni tanı konulan hastaların 18/29'u(%62) yenidoğandı. Ortalama izlem süresi 4 aydı(0-24 ay). Tanılar; tam AVSD(13 hasta), büyük arterlerin D-transpozisyonu(d-BAT)(12 hasta), univentriküler AV bağlantı(9 hasta), pulmoner atrezi/geniş VSD/MAPKA'yla dolan pulmoner yatak(6 hasta), dekstrokaldi/AV ve VA diskordans/geniş VSD(4 hasta), parsiyel AVSD(4 hasta), çift çıkışlı sağ ventrikül(4 hasta), hipoplastik sol kalp sendromu(2 hasta), kesintili arkus aorta(1 hasta), kritik AK/VSD(1 hasta) idi. 24/56 hasta medikal tedaviye gerek olmadan izlendi. 4 hasta hospitalizasyonda eksitus oldu. Hemodinamik bozukluk saptanan eski tanılı hastalar ve yeni tanı konulan toplam 41/56 hasta(%73) DKH'ları kalp-damar cerrahisi yapılan merkezlere sevk edildi. 4 hastaya prostaglandin infüzyonu başlandı. Yeni tanı konulan 1 hasta(Down sendromu/primum ASD/mitral kleft) hastanemizde opere edildi, başarılı sonuç alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Kompleks DKH tanısında konulan hastalar hemodinamik stabilite sağlanınca, hızla sevk edilmiştir. Sevk edilen merkezlerde hastalarda farklı yeni bir tanı konulmamıştır. Kompleks DKH'larına doğru tanıların konmuş olması, bu hastalar için uygun olan medikal ve cerrahi tedavinin hızla uygulanmasını sağlamıştır.

PB-93

KONJENİTAL CİTOMEGALOVİRÜS İLE İLİŞKİLİ HİPERTROFİK KARDİOMYOPATİ OLGUSU

MURAT MUHTAR YILMAZER, İLYAS YOLBAŞ, SİBEL DALLI, İLHAN TAN, ÜNAL ULUCA, ALİ GÜNEŞ

DİCLE UNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DİYARBAKIR

Amaç:

Sitomegalovirüs konjenital enfeksiyonlar içerisinde % 0.2-2 oranıyla en sık görülenidir. Genelde peteşi, sarılık, hepatosplenomegali, serebral ventrikülomegali ve kalsifikasyonlar, koryoretinit ve trombositopeniye neden olur. Kardiyak tutulum yapma ihtimali %5'in altındadır.Klinik ve laboratuvar bulgularıyla konjenital CMV enfeksiyonu geçirdiği ispatlanmış bir hipertrofik kardiyomyopati olgusunu sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Yirmi-üç yaşındaki annenin ilk gebeliğinden 36. gestasyonel haftada sezeryan ile 2770 gr doğan kız yenidoğan olgusu prenatal 31.GH da saptanmış intrakranyal kalsifikasyonlar nedeniyle yenidoğan servisine yatırıldı.İlk muayenede solunumu rahat, kalp hızı 130/dk ve ciltte belirgin peteşiler mevcuttu.Doğumdan birkaç saat içinde sarığının ve hepatosplenomegalisinin olduğu saptandı. Karaciğer enzimleri (ALT:278, AST:913) ve bilirubin değerleri (t.bil:19.3 mg/dl ve d.bil: 11.8 mg/dl) ileri dercede yüksekken trombosit sayısı normalin altında saptandı (90000/L). Kranyal USG'de her iki lateral ventrikülde genişleme ve periventriküler kalsifikasyon saptandı. Bu bulgularla hastada CMV enfeksiyonu düşünüldü CMV IGM bakıldı ve pozitif bulundu

Bulgular:

Kardiyak oskültasyonda apekte sistolik üfürüm duyulması nedeniyle ekokardiyografi yapılan hastada sol ventrikülde özellikle interventriküler septumda belirgin olmak üzere konsantrik hipertrofi, mitral anterior kapakçıkta sistolde aort kapağına doğru hareket ve hafif mitral yetersizlik saptandı. Sol ventrikül çıkım yolunda dinamik veya sabit bir obstrüksiyon izlenmedi. Hastada hipertrofik kardiyomyopati düşünülerek beta bloker tedavi başlandı. Kontrol ekokardiyogramlarda da aynı bulgular devam ederken hasta kontrole gelmek üzere yatışının 14.günü taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde konjenital CMV enfeksiyonunda kardiyak tutulumla ilgili çok az sayıda yayın bulunmakta olup bizim burada sunduğumuz vakaya benzer bildiri bulunmamaktadır. Bu vakada konjenital CMV enfeksiyonun myofibrillerin diziliminin bozulmasını tetikleyerek hipertrofik KMP'ye neden olduğu öne sürülebilir.

PB-94

INTRA KORONER TROMBÜSÜ GÖSTERMEDE HANGİSİ DAHA GÜVENİLİR EKOKARDİYOĞRAFI MI? BT KORONER ANJİOĞRAFI MI? OLGU SUNUMU

YILMAZ YOZGAT¹, TALİHA ÖNER¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, RAHMİ ÖZDEMİR¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, OSMAN NEJAT SARIOSMANOĞLU¹, TİMUR MEŞE¹, VEDİDE TAVLI¹

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Kawasaki hastalığı etiyolojisi bilinmeyen sıklıkla süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde gözüken sistemik vaskülitik bir sendromdur. Tedavisiz olgularda %20 oranında koroner arter anevrizması bildirilmektedir. Koroner arter anevrizmasının doğal seyri ise regresyon, rüptür, tromboz, lokalize stenoz, miyokard infarktüsüdür. Biz burada 7 Yaşında ekokardiyografik olarak sol koroner arter içinde trombus izlediğimiz fakat BT anjiyo ile lezyon tespit edemediğimiz olguyu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

7 yaşındaki erkek hasta göğüs ağrısı şikayeti ile çocuk kardiyoloji polikliniğine müracaat etti. Olgunun geliş fizik muayene ve EKG bulguları normal idi. Ekokardiyografik inceleme ile sol koroner arter proksimalinde 5.7 milimetrelilik sakküler anevrizmatik genişleme ve içinde 3x4 mm çapında trombus formasyonu saptandı.

Bulgular:

Ekokardiyografik olarak normal sistolik ve diyastolik fonksiyonları vardı. Olgu geçirilmiş Kawasaki hastalığına bağlı koroner arter anevrizması kabul edildi. Hematoloji konsultasyonu yapıldı ve normal tromboz paneli izlendi. Trombüse yönelik önce heparin tedavisi daha sonra T-PA tedavisi uygunmasına rağmen trombüste küçülme saptanmadı. Yapılan multislice kardiyak BT anjiosunda normal sınırlarda BT koroner anjiyografi incelemesi saptandı. Olgu Kalp damar cerrahi konseyinde tartışıldı. Cerrahi müdahale düşünmeden antiagregan tedavi ile izlenmesi kararı alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Çocukluk çağında ekokardiyografi ile koroner arter çıkışlarını ve seyrini gösterebilmektedir. Fakat intravasküler lezyonları göstermede yetersiz olabilmektedir. Koroner arter patolojilerini göstermede BT koroner anjiyografi daha güvenilirdir.

PB-95

INFANTİL SPAZM TANISI ALAN OLGULARDA ACTH İLE TEDAVİ SIRASINDA KARDİYAK FONKSİYONLARIN EKO-KARDİYOĞRAFİK DEĞERLENDİRİLMESİ

FİLİZ EKİCİ, GÜLTEKİN KUTLUK, BERNA ŞAYLAN ÇEVİK, İ.İLKER ÇETİN, ABDULLAH KOCABAŞ, MEHMET EMRE ARI, GÜLŞEN KÖSE

ANKARA DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

ACTH tedavisine ikincil olarak gelişen kardiyomiyopati ile ilgili çalışmalar yetersiz olup sadece iki yayın mevcuttur. Çalışmamızda 2009-2011 tarihleri arasında hastanemiz Pediatrik Nöroloji Bölümünde infantil spazm tanısı alan ve ACTH (Beta 1-24 Tetracosapeptid, Synacten depot amp. 1 mg. Novartis) ile tedavi edilen toplam 18 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Hastalara ACTH tedavisine başlanmadan önce, ACTH tedavisi sürerken (2-4. ayda) ve tedavi kesildikten 2 ay sonra ekokardiyografik inceleme yapıldı. Ekokardiyografik incelemede; iki boyutlu, M-Mod, konvensiyonel Doppler (PW ve CW) (KDE) ve doku Doppler inceleme (DDE) yöntemleri kullanıldı. Mitral ve triküspit lateral anulardan erken diastolik (Ew), geç diastolik (Aw), v, sistolik (Sw), ew/Aw, IVRT, ICRT, miyokard performans indeksi (MPI) ve E/Ew değerleri incelendi.

Bulgular:

Hastaların yaş dağılımı 3-21 ay arasında olup, kız/erkek oranı %38' idi. Hastaların kalp tepe atımlarında tedavi süresi boyunca anlamlı azalma oluşurken, kan basıncında anlamlı değişiklik gözlenmedi. Tedavi sırasında IVSd, IVSs, LPWd, FS, LVd Mass ve LVd Mass index parametrelerinde anlamlı artış saptanırken (Tablo-1), PW-CW Doppler ve Doku Doppler ekokardiografide tedavi öncesi, sırasında ve sonrasında anlamlı değişiklikler gözlenmedi (Tablo-2).

M-MODE EKO	Tedavi öncesi	Tedavi sırasında	Tedavi sonrası	p
IVSd (mm)	5,267B±0,206	6,280A±0,201	6,967A±0,310	<0,01 *
IVSs (mm)	5,733B±0,300	7,733A±0,441	7,667A±0,422	<0,01 *
IVSd/LVPWd	0,9120±0,860	0,8940±0,0658	1,000±0,131	0,354
LVEDd (mm)	20,133±0,624	19,400±0,689	20,470±1,06	0,198
LVESd (mm)	12,753±0,540	11,400±,363	12,100±0,690	0,160
LVPWd (mm)	5,533B±0,192	6,733A±0,408	7,067A±0,371	<0,01 *
FS (%)	36,07B±1,55	41,13A±1,90	40,40A±1,62	0,044 *
LVdMass	8,450B±0,857	15,73A±2,13	20,36A±2,50	<0,01 *
LVdmass Indeks (g/m ²)	21,36B±1,96	37,60A±4,49	46,18A±5,15	<0,01 *

Dolu Doppler EKO	Tedavi öncesi	Tedavi sırasında	Tedavi sonrası	P
MVEw (cm/sec)	13,400±0,975	13,267±0,983	11,733±0,636	0,317
MVAw (cm/sec)	8,000±0,414	7,867±0,682	6,933±0,679	0,286
MVS _w (cm/sec)	9,667±0,386	10,533±0,742	10,200±0,355	0,344
MV Ew/Aw	1,7580±0,0766	1,754±0,106	1,957±0,184	0,226
MV IVRT(ms)	92,1±11,3	72,6±5,34	91,8±10,2	0,264
MV IVCT(ms)	59,33±6,33	53,20±3,41	63,53±7,92	0,332
MV MPI (%)	0,3273±0,0178	0,3533±0,0248	0,3620±0,0314	0,556
MV E/E _w	8,407±0,608	8,387±0,703	8,705±0,799	0,900
TV Ew(cm/sec)	17,533±0,925	18,200±1,32	15,000±0,946	0,149
TV Aw(cm/sec)	10,533±0,424	10,670±1,31	9,87±1,53	0,961
TV S _w (cm/sec)	10,067±0,539	10,667±0,809	10,733±0,714	0,706
TV Ew/Aw	1,689±0,112	2,073±0,283	2,453±0,517	0,283
TV IVRT(ms)	79,00±9,29	79,00±6,15	83,20±8,57	0,903
TV IVCT(ms)	50,07±5,38	51,93±5,11	45,73±2,99	0,537
TV MPI (%)	0,3700±0,0281	0,3580±0,0393	0,4380±0,0713	0,400

Tartışma ve Sonuç:

Steroid kullanımı sonrasında kardiyak etkiler Cushings sendromu, Bronkonpulmoner displazili, Duchenn Musküler Distrofi ve ITP gibi birçok hastalıklarda incelenmiştir. Cushing sendromlu erişkin hastalarda Baykan ve ark MPI ve E/Ew oranı artışı belirlenmiştir. Çalışmamızda düşük doz ve kısa süreli ACTH kullanımının hafif septal hipertrofi ve sol ventrikül kitle indexinde artış dışında ekokardiyografik parametrelerde değişiklik yaratmadığı görülmüştür. Bu hastalarda klinik bulgu yoksa rutin ekokardiyografik izlemin gerekli olmadığı sonucu elde edilmiştir.

PB-96

SENKOPLA BAŞVURAN VE TRANSÖZEFAGEAL EKO KARDİYO GRAFİYLE HIGH VENÖZ ASD TANISI ALAN 2 PEDIATRİK OLGU

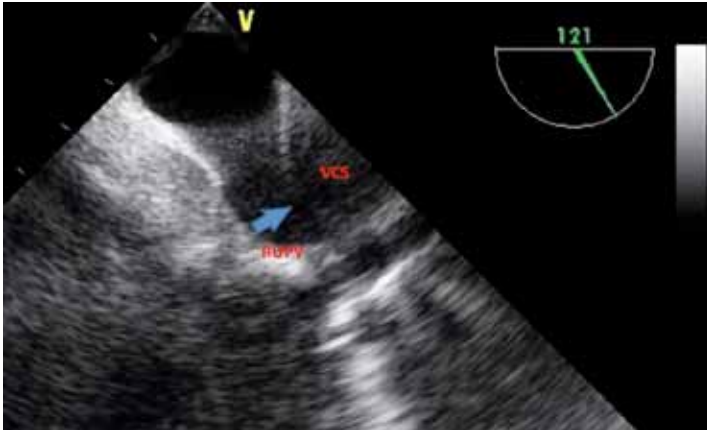
KAZIM ÜZÜM, ABDULLAH ÖZYURT, ALİ BAYKAN, ERTUĞRUL MAVİLİ,
FARUK SERHATLIOĞLU, MUSTAFA ARGUN, ÖZGE PAMUKÇU, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KAYSERİ

Amaç:

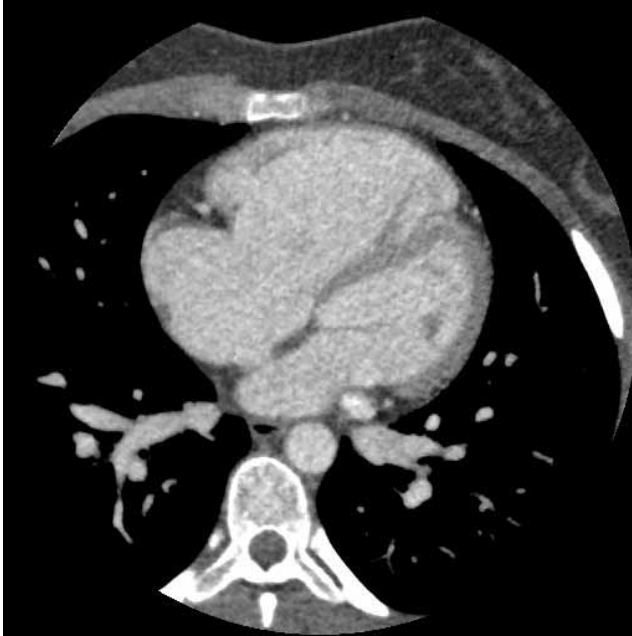
Konjenital kalp hastalıkları, kalbin anormal gelişiminden kaynaklanan yaygın doğumsal defektlerdir. Atriyal septal defekt(ASD), yaklaşık %10' unu oluşturur ve genelde pulmoner hipertansiyon, aritmi, pulmoner tromboemboli gibi sekonder etkileriyle nadiren senkopa neden olabilir. Burada ilk şikayet olarak senkopla başvuran ve transözefageal ekokardiyografiyle(TEE) high venöz ASD tanısı konulan iki pediyatrik olgu sunulurak, ASD' nin atipik prezentasyonu takdim edilmiştir.

Gereç ve Yöntem:



Olgu1: Bir hafta öncesine kadar herhangi bir şikâyeti olmayan 16 yaşındaki kız hasta, okula giderken baş dönmesi ve baş ağrısını takiben bayılmış. Bilinci tamamen kapanmış. Beş dakika sonra kendine gelmiş. Göğüs ağrısı, çarpıntı, kasılma, idrar-gayta inkontinansı olmamış. Fizik muayenesinde pulmoner odakta 2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü duyulan hastanın tansiyon, tam kan sayımı, biyokimyasal tetkikleri, kan gazı, kan şekeri ve elektrokardiyografisinde patolojik bulgu izlenmedi. Kraniyal tomografi, EEG ve 24 saatlik holter kaydı normal olarak değerlendirildi. Transtorasik ve transözefageal ekokardiyografide sağ kalp boşluklarında genişleme, VCS'un sağ atriuma bağlandığı yerde 14 mm'lik ASD olduğu, VCS'nin defektif interatriyal septum üzerine oturduğu ve her iki atriyum ile ilişkili olduğu, sağ üst pulmoner venin vena cava superior proksimaline açıldığı saptandı. Anjiyokardiyografide sağ pulmoner artere selektif opak madde verildiğinde venöz dönüşün sağ atriyuma olduğu, sol pulmoner artere selektif opak madde verildiğinde venöz dönüşün sol atriyuma olduğu görüldü. Qp/Qs 2.4 hesaplandı. Hastaya cerrahi önerildi.

Bulgular:



Olgu2: Onaltı yaşında erkek hasta acile banyo yaparken bayılma şikâyetiyle getirildi. Geliş muayenesinde bilinci açık olan hastanın pulmoner odakta 2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü saptandı. Nörolojik muayenesi ve nörolojik tetkikleri normal olan hastanın ekokardiyografisinde high venöz ASD saptandı. Toraks tomografisi ile tanısı doğrulanan, ilave vasküler defektler dışlanan hastanın cerrahi olarak defekti kapatıldı. Takiplerinde senkop gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuk ve adölesanlarda da en sık senkop nedeni otonom disfonksiyonlardır. Bununla birlikte ASD' i olan hastaların senkopla klinisyene başvurması beklenen bir durum değildir. Olgu, pediatrik kardiyoloji pratiğinde sıkça karşımıza çıkan senkopun ayırıcı tanısında high venöz ASD' lerin de akılda tutulması amacıyla sunulmuştur.

PB-97

TALASEMİ MAJÖR VE TALASEMİ MİNÖRLÜ ÇOCUKLARDA ABDOMİNAL AORTA KATILIĞI VE FERRİTİN İLİŞKİSİ

DOLUNAY GÜRSES, YASEMİN IŞIK BALCI

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DENİZLİ

Amaç:

Talasemi Majör (TM) hastalarında artmış demir yükünün kardiyovasküler hastalık riskini ve ateroskleroza eğilimi arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışma talasemi majör ve talasemi taşıyıcı (TT) çocuklarda demir yükünün abdominal aorta katılığı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma 29 TM, 28 TT ve 29 sağlıklı çocukta prospektif olarak yapıldı. Tüm olguların sistolik ve diastolik kan basınçları ölçüldü. Tüm olgular M-mode, 2-D ve Doppler ekokardiyografi ile değerlendirildi. Abdominal aortun uzun ekseninden elde edilen M-mode kayıtlardan aortun sistolik ve diastolik çapları ölçüldü. Bu ölçümler ile Aortik strain (S), elastik modül (Ep), diastolik basınç ile normalleştirilmiş elastik modül (Ep*), aortik katılık beta indeksi (β) ve aortik distansibilite (DIS) hesaplandı.

Bulgular:

Üç grup arasında yaş, cinsiyet, kalp hızı ve kan basıncı açısından farklılık saptanmadı ($p>0.05$). TM hastalarında S (0.23 ± 0.058 / 0.29 ± 0.06 / 0.33 ± 0.07) ve DIS (1.23 ± 0.42 / 1.5 ± 0.51 / 1.81 ± 0.53) TT ve kontrol grubuna göre belirgin düşük; Ep (181.1 ± 58.7 / 147.1 ± 52 / 121 ± 44), Ep* (2.98 ± 0.98 / 2.36 ± 0.92 / 2.06 ± 0.92) ve β (2.26 ± 0.67 / 1.79 ± 0.63 / 1.56 ± 0.59) belirgin yüksek bulundu ($p<0.001$). Ferritin düzeyi ile S ve DIS arasında anlamlı negatif ilişki ($p<0.05$ $r=-0.564$, -0.411), β ve Ep arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı ($p<0.05$, $r=0.027$, 0.375).

Tartışma ve Sonuç:

Bu çalışma ile TM hastalarında TT ve sağlıklı çocuklara göre abdominal aortik katılığın ferritin düzeyi ile ilişkili olarak arttığı gösterildi.

TRANSTORASİK EKOKARDİYOĞRAFI İLE SAPTANAN KORONER ARTER İLE PULMONER ARTER ARASINDAKİ FİSTÜL: OLGU SUNUMU

MECNUN ÇETİN¹, MÜNEVVER YILDIRIMER¹, HAVVA EVRENGÜL¹, SERKAN ÖZEN²,
BERHAN GENÇ³, ŞENOL COŞKUN¹

¹ CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MANİSA

² AĞRI DEVLET HASTANESİ, AĞRI

³ ÖZEL İZMİR ŞİFA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Koronar arter fistülleri, koroner arterlerin herhangi bir kalp boşluğu veya büyük damarlara direkt olarak anormal açılması ile karakterize nadir görülen konjenital anomalilerdir. Burada transtorasik ekokardiyografi ile saptanmış, sol anterior inen koroner arter (LAD) proximalinden başlayan aksesuar arterin, sinoatrial nod arteri ile birleşerek ana pulmoner arter (APA) arasında fistüle neden olan olgu sunuldu.

Olgu:

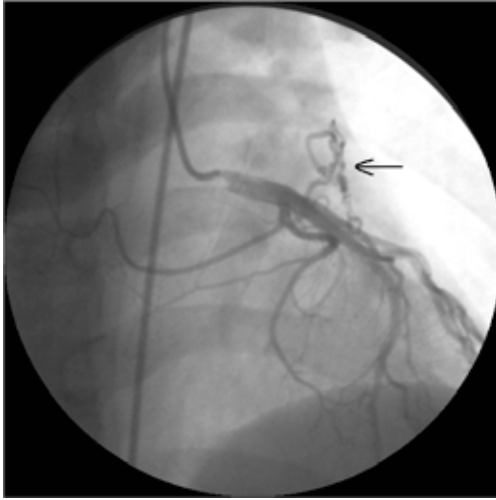
14 yaşında erkek hasta dış merkezdeki muayenesinde üfürüm saptanması üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş. Öyküsünde herhangi bir şikayetin olmadığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde patolojik bir özellik olmayan hastanın kan basıncı 110/70 mmHg, kardiyak nabız 84/dk idi. Sol üst sternal kenarda duyulan 2-3/6 derecede diyastolik üfürüm dışında diğer fizik muayene bulguları olağandı. Elektrokardiyografi (EKG), telekardiyografi ve diğer rutin tetkikleri normaldi. Transtorasik ekokardiyografik incelemede; APA'nın sol lateralinden pulmoner kapağa doğru olan diastolik türbülans akım saptandı (şekil 1). Sol ana koroner arter proksimalinde dilatasyon (6 mm) saptandı. Sağ koroner arterin çapı normaldi (2,3 mm). Sol ve sağ kalp boşlukları normal sınırlarda idi (Sol-sağ ventrikül diastol/sistol sonu çapı sırasıyla 4.54 / 3.08 ve 2.84 / 1.93 cm). Sol ventrikül Ejeksiyon fraksiyonu % 61, Fraksiyonel kısalması % 32 idi. Qp/Qs 1.27, APA çapı 2.25 cm, aort çapı 2.38 cm idi. Fistül saptandıktan sonra hastanın efor EKG ve 24 saatlik Holter EKG'si çekildi, normal saptandı. Hastanın fistül anatomisini detaylıya ortaya çıkarmak ve varsa eşlik eden anomalileri saptamak amacıyla yapılan selektif koroner anjiyografisinde; Sol koroner arter proksimali geniş izlendi, LAD proksimalinden başlayıp APA'e sol lateralinden açılan koroner arteriovenöz fistül (KAF) izlendi (şekil 2). Yine çekilen Kardiyak BT anjiyografide; LAD proximalinden başlayıp kraniale doğru devam eden aksesuar arter izlendi. Bu aksesuar arter proksimale doğru devam edip anteriora doğru, APA sol lateral komşuluğuna uzanım gösterdiği, burada fokal ektazik bir segment oluşturup anteriora uzanım gösteren sinoatrial nod arteri ile birleştiği ve sol lateralinden APA'e fistülize olduğu izlendi. Fistül traktı yaklaşık 4.5 mm uzunluğunda 1.5-2 mm çapın idi. LAD'dan direkt olarak çıkıp kısa bir segment sonrasında APA'e açılan ikinci bir kollateral izlendi (şekil 3, 4) Olgumuzun herhangi bir semptomunun olmaması, fistülün küçük olması, Qp/Qs değerinin düşük

olması, kardiyak enzimler, EKG, efor EKG testi ve 24 saatlik Holter EKG'si normal olması nedeniyle KAF'e bağlı semptomatik olmadığı düşünülen hasta klinik izleme alındı ve mevcut hali ile fistülü kapatmaya yönelik herhangi bir girişimsel tedavi düşünülmeydi.

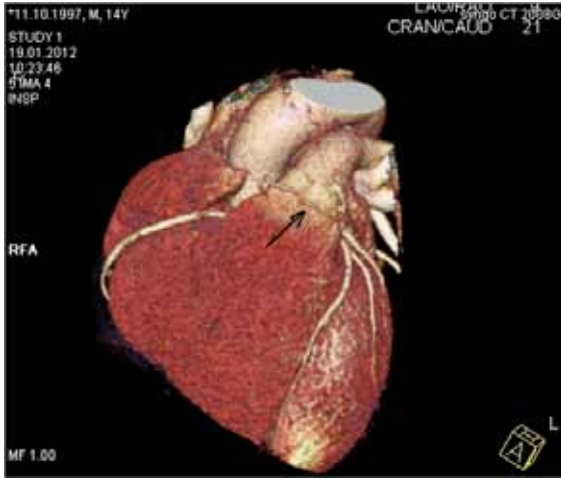
Bulgular:



Şekil 1. Fistülün ekokardiyografik görünümü (ok)



Şekil 2. Fistülün anjiyografik görünümü (ok)



Şekil 3: Fistülün BT anjiyografik görünümü (ok)



Şekil 4: Fistülün BT anjiyografik görünümü (ok)

Tartışma ve Sonuç:

Koroner arteriovenöz fistüllerin çoğu koroner anjiyografi sırasında tesadüfen ya da hastamızda olduğu gibi mevcut bir kardiyak üfürümü açıklamaya yönelik yapılan transtorasik ekokardiyografi ile saptanır. Bu vakalardaki en önemli husus, tespit edilmiş olan KAF'in girişimsel yöntemlerle tedavi edilip edilmemesi gerekliliğidir. Tedavi yaklaşımları açısından tam bir görüş birliği olmamakla birlikte, semptom oluşturmayan, küçük fistüllerin selim seyirli olduğu ve klinik izlenebileceği, semptomatik ve fistüle

bağlı komplikasyon gelişen hastalarda ise fistüllerin kapatılması yaklaşımının uygun olacağı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter fistülü, transtorasik ekokardiyografi, pulmoner arter

PB-99

FETAL EKOKARDİYOGRFİDE DUKTUS ARTERİYOZUS ANEVİZMASI

FUNDA ÖZTUNÇ ¹, SELMAN GÖKALP ², RIZA MADAZLI ³

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

²TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, EDİRNE

³İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Duktus arteriyozus anevrizması (DAA) spontan yada patent duktus arteriyozus cerrahisi sonrası kazanılmış olarak ortaya çıkan bir patolojidir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi ses kısıklığı, solunum güçlüğü, aort ve pulmoner tromboz-embolizm ve anevrizma ruptürü ile başvurabilir. Bu olguda prenatal dönemde fetal ekokardiyografi ile tespit edilen bir DAA olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık

Gereç ve Yöntem:

Yirmisekiz yaşında, G3P2A0 olan gebe nukal kalınlık artışı nedeniyle fetal ekokardiyografi ile değerlendirildi.

Bulgular:

Olgu ilk kez 22 gebelik haftasında (GH) değerlendirildi. Fetal ekokardiyografide her iki atriyoventriküler (AV) kapak normal gelişmiş ancak hafif derecede yetersizlik vardı. Renkli Doppler ile duktal arkta hafif türbülant akım saptandı. Akım hızı 1,5m/sn ölçüldü. 28. GH'da yapılan fetal ekokardiyografide üç damar kesitinde duktusun tortuyoz bir yapı göstererek posteriyora doğru yer değiştirdiği, en geniş çapının 4,3 mm olduğu ve içinde türbülant akım olduğu izlendi. Akım hızı 2m/sn ölçüldü. 32 GH'da DA'nın anevrizmatik yapıda, tortuyoz görünümde ve genişliğinin 9mm olduğu saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Prenatal DAA sıklıkla gebeliğin son trimesterinde rastlantısal olarak saptanan bir patolojidir. Postnatal dönemde genellikle spontan olarak geriler. Bağ dokusu hastalıkları ve kromozom anomalileri ile birlikteliği olabilir. Fetal dönemdeki önemi ve patogenezi çok iyi bilinmemektedir. Literatürde bildirilen tüm vakalar 32. GH'dan sonra tespit edilmiştir. Bu olgu gebeliğin erken döneminde tespit edilmesiyle diğerlerinden farklılık göstermektedir.

PB-100

TRİKÜSPİT KAPAK YETERSİZLİĞİNE NEDEN OLAN CHİARİ MALFORMASYONU

MEHMET KARACAN¹, YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI¹, OSMAN BAŞPINAR²

¹GAZİANTEP ÇOCUK HASTANESİ, GAZİANTEP

²GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Chiari malformasyonu, normal popülasyonun yaklaşık %2'sinde bulunan, sağ atriyumda Eustachian valfin bağlantılı olduğu lokalizasyonlardan köken alan ağsı özellikte bir malformasyondur. Sinüs venozusun sağ kapağının tam olmayan reabsorbsiyonu sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. Genellikle belirgin klinik bulguya neden olmaz. Eskiden otopsilerde tespit ediliyor olmasına rağmen, son zamanlarda tanısız görüntüleme metotlarının gelişmesi sonucu sıklıkla rastlantsal olarak saptanmaktadır. Triküspit yetersizliğine neden olan Chiari malformasyonlu bir olgu sunuldu.

Bulgular:

Beş günlük yenidoğan hasta, üfürüm nedeniyle çocuk kardiyoloji ünitesine yönlendirildi, yapılan transtorasik ekokardiyografide sağ atriyum büyük oranda dolduran ve her diastolde triküspit kapaktan sağ ventriküle geçen, triküspit kapakta deformasyon ve ikinci derece yetersizliğe neden olan Chiari malformasyonu saptandı. Hasta diüretik tedavi ile ayaktan takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Genellikle asemptomatik seyreden bir malformasyondur. Bununla birlikte tromboembolik olaylara, endokardite, aritmilere ve girişimsel kateter işlemlerinde kateterin yakalanmasına neden olduğu rapor edilmiştir. Chiari malformasyonu ayrıca önemli derecede triküspit kapak yetersizliğine neden olabilir ve hastalar triküspit kapak yetersizliği yönünden izlenmelidir.

PB-101

TRANSKATETER YÖNTEM KULLANILARAK CİHAZ İLE ATRİYAL SEPTAL DEFEKT KAPATILMA BAŞARISINI ETKİLEYEN EKOKARDİYOGRAFİK PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MEHMET BURHAN OFLAZ, FEYZA AYŞENUR PAÇ, AYŞE ESİN KİBAR, ŞEVKET BALLI, İBRAHİM ECE, AHMET VEDAT KAVURT

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Bu Çalışmada atriyal septal defekt (ASD) tanısı alan olgularda transkateter yöntem kullanılarak cihaz ile defekt kapatılma başarısını etkileyen ekokardiyografik (EKO) parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2005 ile Ocak 2011 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji ve Erişkin Konjenital Kalp Hastalıkları Polikliniği' ne başvuran ve kalp kateterizasyonu-anjiyografi işlemi için yatırılan çocuk ve erişkin yaş grubundaki ASD' i olan olgular retrospektif olarak incelendi. Hastaların; tanı yaşı, vücut ağırlıkları, boyları, başvuru yakınmaları, fizik inceleme bulguları, elektrokardiyografi ve telekardiyografi bulguları, transtorasik ve transözefagiyal yöntemle ekokardiyografik olarak ölçülen defekt parametreleri, hemodinamik çalışma ile pulmoner/sistemik akımlar oranı, eşlik eden kardiyovasküler sistem dışı hastalık ve kullanılan medikal tedavi öyküsü, defekt ve interatriyal septumda defekti çevreleyen komşu yapıların ekokardiyografik incelemeleri ile anjiyografik ölçümleri değerlendirildi. Olgular defekti transkateter yöntemle kapatılanlar (Grup A) ve kapatılmayanlar (Grup B) olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular:

Hastaların 124' ü (% 58) kız, 92' si (% 42) erkek, yaşları 22.5 ± 15.6 yıl (3-67 yıl) olarak bulundu. Çocuk hastalar 115 (% 53) hasta, ortalama yaşları 10.18 ± 4.01 yıl, erişkin hastalar 101 (% 47) hasta, ortalama yaşları 36.68 ± 11.43 yıl olarak bulundu. Pulmoner arter basınç ortalaması 21.13 ± 5.86 mmHg olarak belirlendi. Qp/Qs oranı 2.22 ± 0.72 olarak bulundu. İşlem öncesinde hastaların balon kateter kullanılarak (balon sizing) ile ölçülen gerilmiş ASD çapları 19.32 ± 5.45 mm (9-33 mm), ASD' i kapatmak için kullanılan ortalama cihaz çapı 18 mm (8-33 mm) olarak bulundu. Olguların 130' unda (% 60.1) defekt cihaz ile kapatılırken, 86 olgunun (% 39.9) defekti kapatılmak için uygun bulunmadı. Kapatma yapılmayan olguların 39' unda (% 45.3) da işlem TEE aşamasında, 29' unda (% 33.7) da "balon sizing" aşamasında, 18' inde (% 21) cihaz aşamasında defekt kapatılmak için uygun bulunmadığı için işlemiden vazgeçildi

Defekti çevreleyen rimlerin ölçü özellikleri değerlendirildiğinde Grup A' da ortalama defekt çapı Grup B' deki olgulardan istatistiksel olarak daha geniş bulundu (sırası ile 11.7 ± 4.2 mm ve 18.9 ± 7.5 mm, $p < 0.01$). Süperoanterior rim Grup A' da Grup B' deki olgulardan istatistiksel olarak daha uzun bulundu (sırası ile 13.7 ± 5.1 mm ve 11.5 ± 6.0 mm, $p < 0.05$). İnferoposterior rim Grup A' da Grup B' deki olgulardan istatistiksel olarak daha uzun bulundu (sırası ile 13.8 ± 5.1 ve 10.9 ± 5.0 , $p < 0.01$). Defekti çevreleyen rimlerin enine kalınlıkları değerlendirildiğinde bikaval ve aortik kısa eksen görüntülemeye Grup A olgularının rimleri Grup B olgularından daha kalın olarak bulundu ($p < 0.05$). Bikaval ve aortik kısa eksen görüntülemeye Grup A olgularının rimlerinin enine kesit alanı Grup B olgularından daha fazla olarak bulundu ($p < 0.05$). Defektin total septuma oranı Grup A olgularında Grup B olgularından istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p < 0.01$). Süperoanterior ve inferoposterior rimin defekte oranı Grup A olgularında

Grup B olgularından istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p<0.01$). Defekt çapı değerlendirildiğinde ekokardiyografik olarak defekt çapı 16 mm ve altındaki olgularda kapatma başarısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken defektin total septuma oranının 0.35 ve altında olan olgularda defektin başarılı kapatma oranının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde defekt genişliğinin ≤ 16 mm olması, defekt genişliğinin total septum uzunluğuna oranının ≤ 0.35 olması, süperoanterior rimin defekt genişliğine oranının >0.75 olması ve inferoposterior rimin defekt genişliğine oranının >1.0 olması başarılı transkateter ASD kapatılmasında kullanılabilecek ekokardiyografik prediktörler olarak bulundu. Prediktör sayısının yüksek olmasının başarılı kapatma şansını artırdığı bulundu.

Tartışma ve Sonuç:

Sekundum tip atriyal septal defekti olan olgularda defektin kapatılmasında kullanılacak cihaz seçiminde balonla germe işlemi ile ölçülen defekt çapının en önemli kriter olduğu, transözefagial ekokardiyografi ile rimlerin anatomik yapılarının değerlendirilmesinin defekti kapatma başarısı hakkında önceden fikir vermesi açısından önemli olduğu, defekt genişliği, defetin total septum uzunluğuna oranının, süperoanterior rim ve inferoposterior rimin defekte oranının transkateter ASD kapatılmasında kullanılabilecek ekokardiyografik prediktörler (önbellek) olduğu ve tespit edilen prediktör sayısının artışının işlem başarı şansını artırdığı sonucuna ulaşıldığından transkateter atriyal septal defekt kapatılması işleminde transözefagial ekokardiyografik incelemenin göz ardı edilemeyecek bir tetkik aracı olduğu vurgulamak istedik.

PB-102

HİPERTROFİK KARDİOMYOPATİ TANISI ALMIŞ HASTALARIN DEMOGRAFİK VE EKO KARDİYO GRAFİK ÖZELLİKLERİ

TALİHA ÖNER¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, MURAT MUHTAR YILMAZER², BARIŞ GÜVEN¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, TİMUR MEŞE¹, VEDİDE TAVLI¹

¹*İDR.BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR*

²*DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DİYARBAKIR*

Amaç:

Hipertrofik Kardiyomyopati (HKMP) tanısı almış olan hastaların demografik ve ekokardiyografik özelliklerini araştırmak.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk Kardiyoloji polikliniğinde HKMP tanısı ile izlenen 20 hasta ve üfürüm nedeniyle polikliniğimize başvuran ve masum üfürüm tanısı konulan cinsiyet, kilo, yaş uyumlu 20 kontrol dahil edildi. Her hastaya

elektrokardiyografi, standart transtorasik ekokardiyografi ve doku doppler akımları ile sol atriyum(LA)volüm indeksleri ve Tei indeksleri çalışıldı.

Bulgular:

Hastaların %85'ierkek, yaş ortalaması 10,7±5 yıl (1-17 yıl) idi. Hastaların ilk başvuru da %45'i asemptomatik iken, % 15'i senkop , %15'i çarpıntı, %25'i göğüs ağrısı şikayeti ile başvurmuştu. Beş hastada sol ventrikül çıkım yolu obstrüksiyonu (LVOTO) mevcuttu. Kontrol grubu ile karşılaştırdığımızda hasta grubunda doku Doppler ile bakılan mitral S' ve E' dalgası, septal S' ve E' dalgası anlamlı oranda düşük, ejeksiyon fraksiyonu (EF), fraksiyonel kısalma (FK), LA volüm indeksi, pulse wave (PW) ile bakılan sol ventrikül Tei indexi-sol ventrikül E/E' oranı anlamlı oranda artmış saptandı.LVOTO olan grupta olmayan gruba göre QTc dispersiyonu, sol ventrikül EF,KF,LA volüm indeksi ve triküspit A dalga hızı artmış, E/A oranının ise azalmış olduğu saptandı.BNP düzeyi yüksek saptanan hastalarda ise normal olan hastalara göre LA volüm indeksi,sol ventrikül E/E' oranının artmış olduğu, mitral kapak lateral duvar ve septal duvar E' dalga hızında anlamlı oranda azalma saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Sol ventrikül çıkış yolu obstruksiyonlu HKMP hastalarında olmayan gruba göre QTc dispersiyonu artmış olduğundan aritmi olasılığını daha yüksek , sol ventrikül diyastolik disfonksiyonunu daha fazla ve sağ ventrikül fonksiyonlarının da etkilenmiş olduğunu fakat doku Doppler akımlarında fark olmadığını saptadık.LVOTO olan hastalarda sağ ventrikül disfonksiyonunda E/E', Tei indexinden önce ilk triküspit kapaktan PW ile elde edilen A dalga hızında artış olduğu ve E/A oranında azalma olduğunu saptadık. BNP düzeyi LA volüm indexi, sol ventrikül E/E' oranlarının fonksiyonları göstermede birbirine paralel iyi parametreler olduğu sonucuna vardık

PB-103

FALLOT TETRALOJİLİ HASTALARDA TAM DÜZELTME OPERASYONU ÖNCESİ EKOKARDİOGRAFİK VE ANJİYOĞRAFİK PARAMETRELER

TALİHA ÖNER¹, TİMUR MEŞE¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, VEDİDE TAVLI¹,
MURAT MUHTAR YILMAZER², BARİŞ GÜVEN¹, EMİN ALP ALAYUNT³

¹ DR.BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DİYARBAKIR

³ İZMİR ŞİFA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Fallot Tetralojisi tanısı konulan 142 hastada tam düzeltme operasyonu öncesi ekokardiografik ve anjiyografik parametrel erin **değerlendirilmesi** amaçlandı

Gereç ve Yöntem:

2003-2011 yılları arasında operasyon öncesi diyagnostik anjiyografi yapılan 142 hasta çalışmaya alındı. Sol ventrikül diyastol sonu çapı (LVEDd), PFO varlığı, modifiye Blalock-Taussig (mBT) şantı olup olmadığı, pulmoner anulus z- skorları, McGoon oranları, Nakata indexleri, hemoglobin-hematokrit değerleri kaydedildi. Pulmoner anulus z skoru, Nakata indeksi ve McGoon oranlarını etkileyen faktörler belirlenmeye çalışıldı.

Bulgular:

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması $48,04 \pm 48,22$ ay (4 – 288 ay) ve %64'ü erkekti. Hastaların %18,3'ün de LVEDd normal değerlerin altında saptanırken %29'una tam düzelme öncesi mBT şant yapılmıştı. Toplam 5 hastada koroner arter anomalisi 4 hastada ise major aorto pulmoner kolleteral arter (MAPKA) saptanırken hastaların %21'inde PFO mevcuttu. Nakata indeksi ortalama $267 \pm 120,9$ mm²/m², McGoon oranlarının ortalaması ise $2,1 \pm 0,31$ olarak saptandı. Erkek hastalarda Nakata İndeksi $287,04$ mm²/m² Pulmoner anulus Z skoru -3, kız hastalarda Nakata indeksi $231,78$ mm²/m² Pulmoner anulus Z skoru -4,03. Kız hastalarda erkek hastalara göre Nakata indexi, Pulmoner anulus Z skoru daha düşük saptandı (p:0,009). PFO eşlik eden hastalarda PFO eşlik etmeyenlere göre Nakata indeksleri ve McGoon oranları arasında fark yoktu. Pulmoner anulus Z skoru PFO olanlarda (-4,1) PFO olmayanlara göre (-3,4) daha düşük saptandı (p:0,03). Doğum ağırlığı <2500 gr olan hastaların (aktüel kiloları arasında diğer hastalarla fark yokken) Nakata indeksleri >2500 gr doğan hastalardan anlamlı oranda düşük saptandı (p<0,05)

Tartışma ve Sonuç:

Kız hastalarda Nakata indexi ve pulmoner anulus z skorunun erkek hastalara göre, PFO eşlik eden hastalarda pulmoner anulus z skorunun eşlik etmeyenlere göre, düşük doğum ağırlığı ile doğan hastalarda da Nakata indeksinin > 2500 gr doğan hastalara göre daha düşük olduğu, sağ veya sol arkus aorta olmasının hastalar arasında herhangi bir fark oluşturmadığı saptandı. Sonuç olarak cinsiyet, doğum ağırlığı ve PFO'nun Fallot Tetralojili hastalarda ekokardiografik ve anjiyografik parametreler üzerine etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

PB-104

FORAMEN OVALENİN PRENATAL DÖNEMDE RESTRİKSİYONU

KADİR BABAOĞLU, GÜRKAN ALTUN, KÖKSAL BİNNETOĞLU, EMEK DOĞER, YİĞİT ÇAKIROĞLU

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Amaç:

Hipoplastik sol kalp sendromu ve transpozisyon gibi konjenital kalp hastalığı olan fetuslarda gözleendiği bildirilmekle birlikte, yapısal kalp hastalığı olmayan fetuslarda da foramen ovalenin izole restriksiyonu birkaç vaka sunumu ile sınırlıdır. 6 vakada saptadığımız restriktif foramen ovale deneyimimiz, bu konuyu gündeme getirmek amacıyla sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Restriktif foramen ovale (RFO) saptadığımız ve yapısal kalp anomalisi olmayan 6 fetus retrospektif olarak taranmıştır. Sağ kalp boşluklarında dilatasyon veya konjenital kalp hastalığı şüphesi nedenleriyle fetal ekokardiyografi yapılan 6 olguda RFO saptanmıştır.

Bulgular:

Fetusların annelerinin yaşları 22–31 yıl, RFO’nun saptandığı gebelik haftası 32–39 hafta arasındaydı. Foramen ovale bütün hastalarda anevrizmatik olup 4 hastada “redundant”, 2 hastada ise “flat” idi. Tüm olgularda RV/LV oranı 1,2’nin üzerinde idi. Pulmoner arter/Aort çapı oranı 1,26 ile 1,58 arasında değişiyordu. Duktus, vakaların 3’ünde geniş, elonge ve “S” şeklinde, 2’sinde ise sadece genişti. Bütün hastalarda koarktasyon dahil sağ kalp boşluklarında dilatasyona neden olabilecek konjenital kalp hastalıkları dışlandı. Plasental yetersizlik lehine bulgu mevcut değildi. Umbilikal arter ve duktus venozus akımları tüm vakalarda normaldi. Bütün vakalarda foramen ovalenin gestasyon haftasına göre beklenenden daha küçük çapta olduğu ve renkli Doppler akımlarının restriksiyon gösterdiği görüldü. Bütün fetuslar term veya terme yakın bir dönemde doğdu. Bütün bebeklerin postnatal ekokardiyografilerinde kalp boşluklarının 48 saat içinde normale döndüğü, duktuslarının kapandığı ve arkus aortanın normal bir seyir gösterdiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

RFO ön planda sağ kalp boşluklarında dilatasyona yol açması nedeni ile yapısal ve fonksiyonel kalp hastalıkları ile karıştırılabilir. RFO’nun ciddi olmadığı sürece kolay tolere edilebileceği ve erken doğuma gerek olmayıp terme kadar yakın takip edilebileceği akılda tutulmalıdır. Kalp yetersizliği yapmadığı sürece prognozu iyidir.

PB-105

“CROSSED” PULMONER ARTER SAPTANAN OLGULARIN KLİNİK ANALİZİ

KADİR BABAOĞLU, KÖKSAL BİNNETOĞLU, GÜRKAN ALTUN

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Amaç:

“Crossed” pulmoner arter nadir görülen ve akla gelmediği zaman çoğu zaman gözden

kaçan bir anomalidir. Diğer pulmoner arter anomalilerinden farklı olarak tek başına herhangi bir kardiyak ya da solunumsal probleme yol açmamaktadır. Ancak varlığında başka patolojilerin de eşlik edebileceğinin bilinmesi önemli bir ayrıntıdır.

Gereç ve Yöntem:

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı tarafından tanı alan 16 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların tamamında tanı ekokardiyografi ile konmuştur. Bazı hastalara ayrıca kardiyak bilgisayarlı tomografi çekilmiştir.

Bulgular:

“Crossed” pulmoner arter tanısı alan 16 hastanın 9’u kız , 7’si erkek idi. Yaşları 3 gün-13 yıl (median 0,27 yıl) arasında değişiyordu. Hastaların hiçbirinde “Crossed” pulmoner arter nedeniyle solunum sıkıntısı ya da beslenme bozukluğu gözlenmedi. Dismorfik yüz görünümü vakaların %37’sinde mevcuttu. Bu hastalarda Castello sendromu, Holt-Oram sendromu, Frank Ter Haar sendromu, VACTERL ve marfanoid habitus bulundu. Birlikte görülen en sık anomali pulmoner stenozdu (%56). Bu hastaların çoğunda darlık sol pulmoner arter dalındaydı. Atriyal septal defekt (%37), ventriküler septal defekt (%31) ve arkus aorta anomalileri (%25) eşlik eden diğer yapısal kalp anomalileriydi. Ayrıca bir hastada AVSD, bir hastada TOF mevcuttu. Hastaların kromozomal analizlerinin yapılmadığı farkedildi. Kromozomal analizleri yeniden gönderildi. Üç hastaya cerrahi müdahale yapıldı. Hiçbir hastada kayıp gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

“Crossed” pulmoner arter tek başına selim bir durum olup prognozu, olası kromozom anomalileri ve eşlik eden konjenital kalp anomalileri belirlemektedir.

PB-106

KÜNT GÖĞÜS TRAVMALARINDAN SONRA ERKEN EKOKARDİOGRAFİK DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ

ALİ YILDIRIM, ELDAR BAĞIROV, GÖKMEN ÖZDEMİR, TEVFİK DEMİR, M.BEHÇET SEVİN, ZÜBEYİR KILIÇ, BİRSEN UÇAR

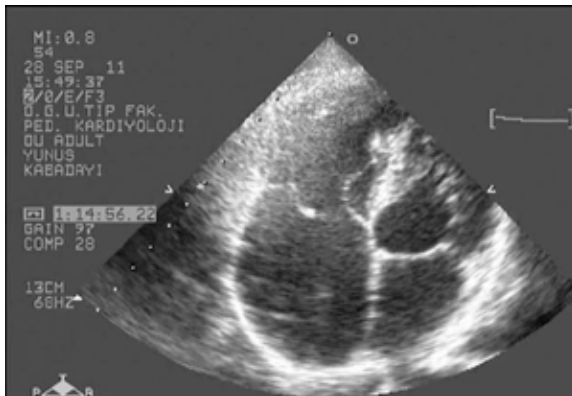
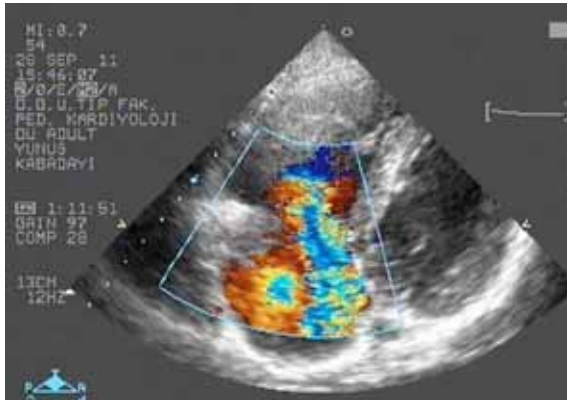
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

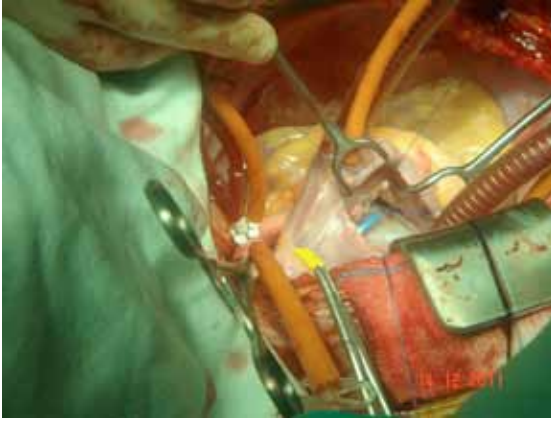
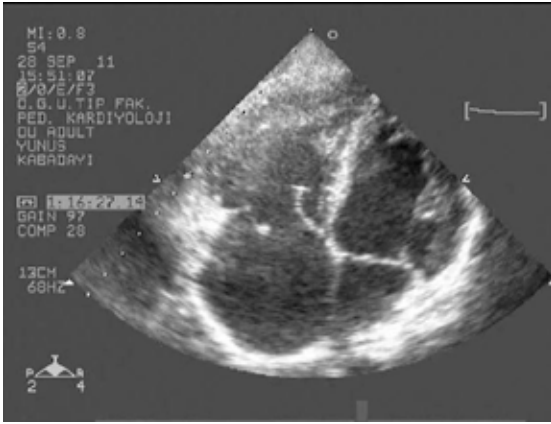
Olgu:

Travmatik triküspit yetersizliği künt göğüs travmasının nadir komplikasyonlarından. Ekokardiyografinin daha sık ve etkin sebebiyle daha sık tanımlanmaktadır. Onyedinci yaşında erkek hasta son 3 aydır giderek artan nefes darlığı, efor intoleransı ve yorgunluk şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Beş ay önce trafik kazası sonucu gelişen dalak rüptürü nedeniyle splenektomi yapıldığı öğrenilen hastanın fizik muayenesinde mezokardiyak

odakta 3/6 dereceden pansistolik üfürümü mevcuttu. Elektrokardiyogramı normal olan hastanın telekardiyografisinde sağ atrial genişleme ile uyumlu görünüm vardı. Ekokardiyografik değerlendirilmesinde sağ atriumun ileri derecede dilate, triküspit kapağın koaptasyonunun bozuk, ağır triküspit yetersizliği olduğu izlendi. Triküspit kapağın anterior leafletinin, korda rüptürüne bağlı olarak sistolde önemli miktarda sağ atriuma prolabe olduğu görüldü. Künt göğüs travmasına bağlı travmatik triküspit yetersizliği düşünülen hastaya yapılan transözefageal ekokardiyografi ile bulgular teyid edildi. Cerrahiye verilen hastaya çift orifice tekniği ve ring anuloplasti uygulandı. Postoperatif dönemde şikayetleri düzelen ve ekokardiyografisinde yetersizliğinin azaldığı görülen hasta taburcu edildi.

Olgumuz nedeniyle, sıklığı giderek artan, başlangıçta asemptomatik seyredebilen ve tanı konulmazsa tedavinin gecikmesi nedeniyle sağ kalp yetersizliğine yol açabilen travmatik triküspit yetersizliğinin önemine vurgu yapmak istedik. Özellikle künt göğüs travmalarından sonra travmatik triküspit yetersizliğinin akılda tutulması ve erken ekokardiyografik değerlendirmenin yapılması gerekmektedir.





PB-107

FETAL DÖNEMDE ENDOKARDİYAL FİBROELASTOZİS VE KARDİYOMİYOPATİNİN NADİR BİR NEDENİ: CİDDİ TRUNKAL KAPAK DARLIĞI

KADİR BABAOĞLU, GÜRKAN ALTUN, KÖKSAL BİNNETOĞLU, OLCAY IŞIK, AYŞE ENGİN ARISOY

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Olgu:

Trunkus arteriyozus fetal dönemde tanınabilmekle birlikte pekçok vaka doğduktan sonra tanı almaktadır. Burada dört boşluk görüntüsünden dolayı kardiyomiyopati ön tanısı ile ileri değerlendirme amacıyla gönderilen bir fetal olgu sunulmuştur. Fetal

dönemde tanı alan olgu, trunkus arteriyozusun nadir olarak kritik derecede trunkal kapak darlığına eşlik etmesi, endokardiyal fibroelastozis ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu geliştirmesi nedeniyle sunulmuştur.

32 yaşındaki gebenin hamileliğinin 28. haftasında yapılan fetal ekokardiyografide normalden daha geniş bir sol ventrikül ve sol ventrikülün endokardiyal fibroelastozis nedeniyle kasılmasının az olduğu görüldü. Büyük damar çıkışları incelendiğinde ise trunkal damar ve önemli derecede darlığı bulunan trunkal kapak saptandı. Hidrops ya da perikardiyal efüzyon mevcut değildi. Bebek 37 haftalık iken 2500 gr ağırlığında doğurtuldu. Takipne, hepatomegali ve galo ritmi olan bebeğin metabolik asidozu mevcuttu. Postnatal ekokardiyografi ile tanı doğrulandı. Kısılma fraksiyonu %15 bulundu. Kalp yetersizliğine yönelik yapılan medikal tedavi ile birlikte trunkal kapağa yönelik cerrahi ya da girişimsel müdahale şansı bulamadan bebek 4. gününde kaybedildi.

Trunkus arteriyozus %11'e yakın bir oranda trunkal kapak darlığı ile birlikte olabilmektedir. Bununla birlikte kritik derecede darlık oldukça nadirdir. Endokardiyal fibroelastozis ya da kardiyomiyopati geliştirmesi durumunda ise prognoz oldukça kötü olduğu bilinmelidir.

PB-108

SOLDA DEV PULMONER ARTER ANEVRİZMASI, DİSTAL SOL PULMONER AGENEZİ VE KOMPLEKS KONJENİTAL KALP HASTALIĞI İLE GİDEN OLGU SUNUMU

DERYA ÇITIRIK, OLGU HALLIOĞLU, F. DEMİR APAYDIN, HASAN DEMETGÜL

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MERSİN

Giriş:

Pulmoner arter (PA) anevrizması ve tek taraflı pulmoner arter yokluğu; tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, pulmoner hipertansiyonla seyreden, kardiyovasküler ve diğer sistem anomalileri ile birlikte olabilen çok nadir görülen konjenital bir bozukluktur. Sol PA yokluğu, fallot tetralojisi veya trunkus arteriozus gibi kardiyak anomalilerle birlikte olabilirken, sağ PA yokluğu genellikle izole olarak görülür. Bu raporda, dev sol PA anevrizması olup, distal dalların gelişmediği ve beraberinde sol atriyal izomerizm, tek atriyum, tek ventrikül, tek atriyoventriküler kapak ve büyük arter transpozisyonu, olan bir bebek literatürde ilk olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu Sunumu:

Yenidoğan döneminde siyanoz nedeniyle getirilen hastanın ekokardiyografisinde; (EKO) sol atriyal izomerizm tek atriyum, tek ventrikül, tek atriyoventriküler kapak, büyük arter transpozisyonu ve sağ arkus aorta saptandı. Öyküsünde morarma dışında bir bulgu izlenmeyen hastanın, öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. İzlemleri sırasında

tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle sık sık hastanede yatırılarak tedavi aldığı öğrenildi. 10 aylık iken hastaya kalp kateterizasyonu yapıldı. Kalp kateterizasyonunda EKO bulgularına ek olarak sol PA de dev anevrizmatik dilatasyon ve distalinde pulmoner dalların gelişmediği izlendi. Ayrıca, aortada sol taraftan ayrılan tek kökten; sol subklavyan arter ve sol karotis arterin yanı sıra kör bir şekilde sonlanan aberan bir damarın da çıktığı izlendi. Karın tomografisinde; abdominal situs inversus ve polisplenizm olduğu görüldü. Toraks tomografisinde; solda parankimal vasküleritede seyrelme olduğu ve değişik lokalizasyonlarda fokal amfizematöz alanlar-hava kistlerinin bulunduğu, sağda ise vasküleritenin arttığı izlendi.

Sonuç:

Bu raporda dev bir anevrizmatik sol pulmoner arter ve distal sol PA agenezisi ile kompleks bir kalp hastalığına sahip olan bir bebek literatürde ilk rapor olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler:

Pulmoner arter anevrizması, pulmoner arter agenezisi, büyük arter transpozisyonu

PB-109

SANTRAL VENÖZ KATETERE BAĞLI OLUŞAN SAĞ ATRİAL TROMBÜS: İKİ OLGUNUN 3 BOYUTLU EKOKARDİYOĞRAFI GÖRÜNTÜLERİ

MUSTAFA GÜLGÜN, M. KÜRŞAT FİDANCI, İ.HALİL DEMİR, VURAL KESİK,
ORHAN GÜRSEL,
SAİT DEMİRKOL, AYHAN KILIÇ

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ANKARA

Olgu:

Trombüs, kanser hastalarında kullanılan santral venöz kateterlerin (SVK) komplikasyonlarından ve tanıda iki boyutlu transtorasik ekokardiyografi (2DTTE) etkin bir yöntemdir. Üç boyutlu transtorasik ekokardiyografi (3DTTE) kitlesel ve hacimsel analizlerde 2DTTE'ye göre daha doğru sonuçlar verebilmektedir. Burada, SVK'li olan ve rutin kontrollerinde sağ atriyal trombüs saptanan, hepatoselüler karsinom tanılı asemptomatik 9 yaşında kız hasta ile akut lenfoblastik lösemi tanılı asemptomatik 14 yaşında erkek hasta sunuldu. Her iki hastanın fizik muayenesi normaldi ve EKG'de sinüs ritmi vardı. Kız hastamızda 2DTTE ve 3DTTE ile sağ atrium serbest duvarında, hareketli 19x18 mm; erkek hastada ise yine sağ atrium serbest duvarında, hareketli 17x14 mm'lik trombüs saptandı. Kalp boşlukları ve ejeksiyon fraksiyonları normaldi. Santral venöz kateter uçlarının trombüse yapışık olmadığı görüldü. Hastaların tetkiklerinde konjenital protrombotik risk faktörü yoktu. Hastalara trombolitik tedavi (doku plazminojen

aktivatör) uygulandı ve heparin tedavisi başlandı. Hastaların kontrollerinde kız hastada trombüsün boyutlarında azalma olmadığı, erkek hastada ise tedavi sonrası trombüsün 11x10 mm olduğu görüldü. Santral venöz kateter olan hastalar, trombüse bağlı olası ciddi komplikasyonlardan kaçınmak için asemptomatik olsalar bile rutin ekokardiyografi ile izlenmelidir. Üç boyutlu transtorasik ekokardiyografi halen rutin ekokardiyografinin bir parçası değildir, ancak 3DTE ile trombüsün lokalizasyonun ve boyutlarının daha ayrıntılı incelenmesi mümkün olabilmektedir.

PB-110

İDYOPATİK SAĞ ATRİYAL DİLATASYONU OLAN BİR YENİDOĞAN: OLGU SUNUMU

ABDULLAH ÖZYURT, ALİ BAYKAN, ERTUĞRUL MAVİLİ, KAZIM ÜZÜM,
MUSTAFA ARGUN, ÖZGE PAMUKÇU, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

İdiyopatik sağ atriyal dilatasyon, hastalığa neden olan bilinen sebeplerin olmadığı durumlarda sağ atriyumun izole genişlemesi olarak tanımlanan nadir konjenital bir anomalidir. Patogenezi henüz bilinmemektedir. Uzun dönem mortalite ve morbiditeyle ilgili kısıtlı raporlar ve değişken klinik prezantasyonu nedeniyle tedavi ve izlemi bireyselleştirilmelidir. Burada Türkiye’den daha önce rapor edilen 15 aylık bir olguya ilave olarak 18 haftalık fetal ekokardiyografisinde ileri derecede sağ atriyal dilatasyonu saptanan ve postnatal ekokardiyografiyle tanısı doğrulanan idiyopatik sağ atriyal dilatasyonlu yenidoğan bir olgu sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

İleri anne yaşı nedeniyle 18 haftalıkken ünitemiz tarafından yapılan fetal ekokardiyografisinde belirgin sağ atriyal dilatasyon saptanan hastanın postnatal ekokardiyografisinde interatriyal septumu sola deviye eden, foramen ovaleden sağdan sola şanta izin veren ileri derecede sağ atriyal dilatasyon saptandı. Triküspit ve pulmoner kapak ekojenite ve kalınlıkları hafif artmış olarak görüldü. Triküspit kapakta hızı 3.2 m/sn yetmezlik bulgusu izlenirken darlık izlenmedi. Pulmoner venlerin sol atriyumla ilişkili olduğu görüldü. DII derivasyonunda 3 mm amplitüdü P dalgası, Telekardiyografisinde kardiyomegali saptandı. Multislice kardiyak tomografi ve anjiyokardiyografide ileri derecede sağ atriyal genişleme dışında hastalığa neden olabilecek sekonder kardiyovasküler patolojiler dışlandı. Bir haftalıkken yapılan kateterizasyonla sağ atriyum ortalama basıncı 14 mm/Hg, sol atriyum 10 mm/Hg ölçüldü. Pulmoner arter ve sistemik basınçlar normal ölçüldü.

Bulgular:



Yenidoğan servisinde antikonjestif ve antiagregan tedaviyle takibi devam eden hastaya cerrahi tedavi planlandı.

Tartışma ve Sonuç:

İdyopatik sağ atriyal dilatasyon, sağ kalp yetersizliği bulgu ve semtomlarıyla başvuran hastalarda ekokardiyografiyle tanı alabileceği gibi, tesadüfen çekilen göğüs grafisinde kardiomegali ya da elektrokardiyografide atriyal aritmiler ve ilişkili tromboembolik komplikasyonlar nedeniyle klinisyene başvurabilir. Burada fetal ekokardiyografiyle tanısından şüphelenilen ve postnatal ekokardiyografiyle yenidoğan döneminde tanısı konan idyopatik sağ atriyal dilatasyonlu olgu son derece nadir bir anomali olması sebebiyle sunulmuştur.

PB-111

FETAL EKO KARDİYO GRAFİ İLE TANI KONULMUŞ İNTAKT İNTERVENTRİKÜLER SEPTUMLU PULMONER ATREZİ VE SAĞ VENTRİKÜL BAĞIMLI KORONER DOLAŞIM

BİRGÜL VARAN, İLKAY ERDOĞAN, ALPER GÜRSU, AYLAK OKTAY, MURAT ÖZKAN,
SAİT AŞLAMACI

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

İntakt interventriküler septumlu (İVS) pulmoner atrezi genellikle tek ventrikül tamiri gerektiren kompleks bir doğumsal kalp hastalığıdır. Son zamanlarda prenatal tanı konulması, intrauterin dönemde müdahale edilerek iki ventriküllü tamir şansı verilmesi gündemdedir. Sağ ventrikül bağımlı koroner dolaşımın bu hastalığa eşlik etmesi sağ ventrikül dekompresyonu için kontraendikasyon yaratması nedeniyle tedavinin planlanması için bu durumun prenatal dönemde tanınması önemlidir.

Gereç ve Yöntem:

Biz prenatal dönemde tanı koymuş olduğumuz sağ ventrikül bağımlı koroner dolaşımı olan bir olguyu sunmak istedik.

Bulgular:

31 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden miadında doğan bebek antenatal takibinde pulmoner atrezi, triküspit hipoplazisi, sağ ventrikül hipoplazisi ve koroner AV fistül saptanması nedeniyle doğum sonrası kardiyovasküler yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Doğum sonrasında yapılan ekokardiyografik değerlendirmede intakt İVS pulmoner atrezi, triküspit hipoplazi, sağ ventrikül hipoplazisi, sağ ventrikül bağımlı koroner dolaşım, ve duktus açıklığı tanıları konularak interatriyal septumdaki geçiş yeterli olmadığından balon atriyal septostomi ve koroner dolaşımın gösterilmesi amacıyla kateterizasyon işlemi yapıldı. Daha sonra sağ Blalock – Taussig şant ameliyatı uygulandı.

Tartışma ve Sonuç:

İntakt İVS pulmoner atrezi durumunda sağ ventrikül bağımlı koroner dolaşımın varlığının prenatal olarak tanınması ailenin bilgilendirilmesi ve doğum öncesi ve sonrasında müdahalenin belirlenmesi için önemlidir. Hastanın prenatal dönemde koroner anomalisinin tanı alması nedeniyle bu olguyu sunmak istedik.

PB-112

İZOLE AKSESUAR MİTRAL DOKUYA BAĞLI SUBAORTİK DARLIK

REYHAN DEDEOĞLU ¹, İLKER KEMAL YÜCEL ¹, ABDULLAH ERDEM ¹, AHMET ÇELEBİ ¹, HALİL TÜRKOĞLU ²

¹ DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

² İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL

Olgu:

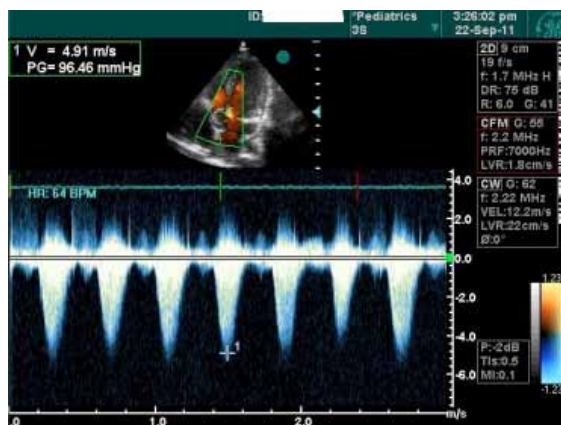
Mitral kapağın sol ventrikül çıkım yolunu tıkayan (SVÇY) anomalileri diğer konjenital kalp hastalıkları ile birlikte rastlanılması nispeten daha sık olmakla birlikte izole olarak

rastlanılması son derece nadirdir. Bu olgu sunumunda süt çocuğu döneminde izole olarak önemli SVÇY obstruksiyonuna yol açan aksesuar mitral dokunun ekokardiyografik tanısı ve cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

Yakınması olmayan 11 aylık kız çocuğu üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle başvurduğu çocuk hekiminin muayenesi sırasında üfürümü fark edildiğinden çocuk kardiyolojisi kliniğine yönlendirilmiş. Yapılan muayenesinde ağırlığı 10 kg, boyu 72 cm, pulse oksimetrik oksijen saturasyonu %96, TA; 85 / 54 mmHg, periferik nabızları palpable, dinlemekle S2 sert, aort odağında 2-3/6 sistolik ejeksiyon üfürümü duyulmakta idi. Telekardiyografisinde kardiyotorasik oranı 0.52, EKG'de sol ventrikül hipertrofisi bulguları mevcuttu. Ekokardiyografik incelemede sol ventrikül hipertrofik görünümlü idi. SVÇY'da anteryor mitral yaprakçıktan köken aldığı düşünölen ve ciddi subaortik darlık oluşturan kitle imajı saptandı. Renkli Doppler inceleme ile SVÇY'da subaortik bölgeden itibaren başlayan türbölans ve CW Doppler ile sol ventrikül - aort arasında maximum 90 mmHg gradiyent alındı. SVÇY darlığı önemli düzeyde olduğundan cerrahi rezeksiyon önerildi. Cerrahi sonrası SVÇY'da anlamlı gradiyent saptanmadı, aortik ve mitral kapaklarda fonksiyon kusuru da yoktu.

Endokardiyal yastğın anormal embriyolojik gelişimi sonucu oluşan aksesuar mitral doku üzerinde zamanla biriken fibröz materyale bağlı oluşan SVÇY darlıkları çoğunlukla ilk dekatta dispne ile birlikte olan egzersiz intoleransı, göğüs ağrısı, senkop şeklinde semptom verir. Ancak asemptomatik olarak bebeklerde de görölebileceğı akılda tutulmalıdır. SVÇY'da anlamlı darlığı yol açıyorsa tedavisi cerrahidir.





FETAL EKOKARDİYOGRAFI İLE KARDİYAK RABDOMYOM VE ARİTMİ SAPTANAN BİR TUBEROSKLEROZ OLGUSU

OSMAN AKDENİZ, ERDAL YILMAZ

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ELAZIĞ

Giriş:

Çocuklarda primer kalp tümörleri oldukça nadirdir. Bu tümörler arasında en çok rastlananı rabdomyomdur. Ekokardiyografi bu tümörlerin tanısında doğum öncesi ve sonrasında oldukça değerli bir yöntemdir. Kardiyak rabdomyomların en önemli özelliği spontan gerileme gösterebilmesidir. Sık birlikteliği nedeniyle kalpte rabdomyom saptanan olgularda tuberoskleroz düşünülmelidir.

Olgu Sunumu:

Fetal kitle nedeniyle 32. gebelik haftasında fetal ekokardiyografi yapılmak üzere kliniğimize refere edilen 34 yaşındaki annenin öyküsünde ötiroid diffüz guatrı ve atnalı böbreğinin bulunduğu; gebelik takibinde fetal anomali saptanmadığı öğrenildi. Hastaya yapılan fetal ekokardiyografide her iki ventrikülde irili ufaklı çok sayıda rabdomyomla uyumlu kitleler ve 3-4 atımda bir görülen prematüre atriyal kontraksiyonlar izlendi(Resim 1 ve 2).

Fetal distres nedeniyle sezeryan ile 37. gebelik haftasında doğurtulan bebeğin fizik muayenesinde kalp hızı 152/dak ve kalp sesleri aritmikti. 3-4 atımda bir ek ses duyulan hastada üfürüm duyulmadı. Cildinde hipopigmente lezyonlar saptanan hastanın diğer sistem bakılarında patolojik bulguya rastlanmadı.

Hastanın 24 saatlik holter monitörizasyonunda gün boyu 3-4 atımda bir prematüre atriyal kontraksiyon (Resim3) ve ekokardiyografisinde her iki ventrikül içinde ve septumda en büyüğü 10,5*8,1 mm olan, atriyoventriküler kapaklarda ve ventrikül çıkış yollarında darlık yaratmayan çok sayıda kitleler saptandı (Resim4). Yapılan kraniyal MR incelemesinde tuberoskleroz açısından anlamlı intensite artışı ve korona radiata düzeyinde sol paryetalde ventrikül içine protrude olan tuber görünümü izlendi (Resim5). Batın ultrasonografi ve göz muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın kitleleri hemodinamiyi bozmadığı ve ciddi aritmilere neden olmadığı için cerrahi düşünülmeydi. Hasta İkişer haftalık aralarla ekokardiyografik ve elektrokardiyografik olarak takip edildi. Şu anda 3 aylık olan hastanın son ekokardiyografisinde en büyük kitlenin 8,3*5,5 mm boyutunda olduğu ve atriyal ekstra vurularının azaldığı izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Bu olgumuzla prenatal dönemde fetusların intrakardiyak kitleler açısından değerlendirilmesi, bu kitlelerin doğum sonrası dönemde ventrikül çıkış yollarında darlığa yol açarak hemodinamiyi bozabileceği, prenatal ve postnatal dönemde hayatı tehdit edici aritmilere sebep olabileceği ve kardiyak kitle saptanan hastaların tuberoskleroz açısından araştırılması gerektiğini hatırlatmak istedik.



Resim1 Fetal ekokardiyografide rabdomiyomlar



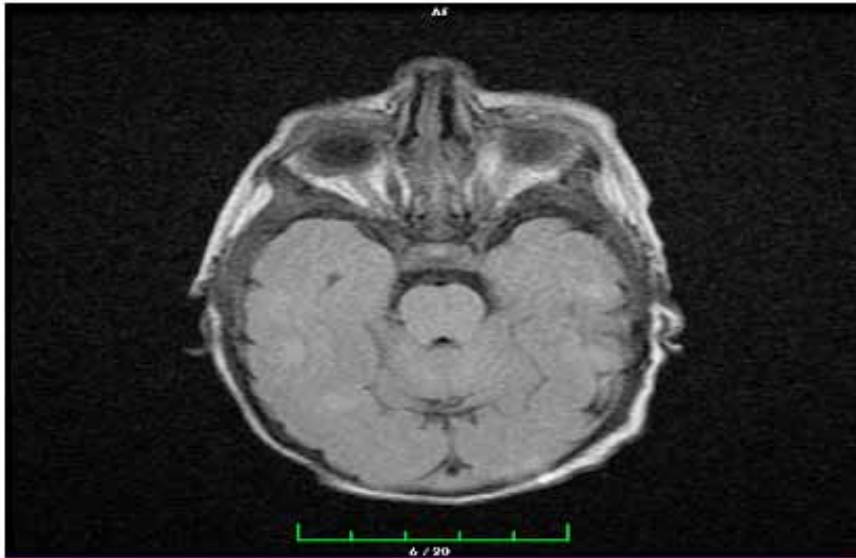
Resim2 Fetal ekokardiyografide 4 atım arıyla prematüre atriyal kontraksiyon



Resim 3. Doğum sonrası 24 saatlik holter monitörizasyonunda 4 atım arıyla görülen prematüre atriyal kontraksiyonlar



Resim4 Doğum sonrası ekokardiyoğrafide her iki ventrikülde çok sayıda rabdomiyom



Resim5 Kraniyal MRI'da tuberoskleroza uyumlu intensite artışları

KONJENİTAL KALP HASTALIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİNDE PEROPERATİF TRANSÖZEFAGEAL EKOKARDİYOĞRAFİNİN ROLÜ

ÖZLAM BALCIOĞLU, M. FATİH AYIK, EMRAH OĞUZ, ZEHRA KURŞUNLU,
SİBEL BOZABALI, SİBEL REYHANOĞLU, ZÜLAL ÜLGER, ERTÜRK LEVENT, YÜKSEL ATAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Konjenital kalp cerrahisinde peroperatif olarak uygulanan tranözefageal ekokardiyografinin cerrahi tedavi prosedürüne etki ve katkısını araştırmak

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında konjenital kalp cerrahisi yapılmış toplam 28 hastaya peroperatif transözefageal ekokardiyografi (TEE) uygulanarak cerrahi öncesi kardiyak defektleri tanımlanmıştır. Planlanan cerrahi prosedür uygulandıktan ve kardiyopulmoner baypas sonlandırıldıktan TEE tekrarlanarak yapılan cerrahinin yeterliliği ve ek kardiyak patoloji olup olmadığı araştırılmıştır.

Bulgular:

Endokardiyal yastık defekti (EYD) ve mitral kleft tanılarıyla opere edilen ve total koreksiyon uygulanan bir olguda kardiyopulmoner baypas çıkışında yapılan TEE’de interatrial septum(İAS) yamasında minimal kaçak saptanması üzerine İAS’deki kaçak tamir edildi. Atrial septal defekt (ASD) ve inlet tip ventriküler septal defekt (VSD) tanılarla operasyona alınan hastanın peroperatif yapılan TEE’de komplet EYD Rastelli tip B olduğu saptanarak EYD tek yama tekniğiyle tamir edildi. EYD tanısıyla total koreksiyon uygulanan başka bir olguda yapılan TEE’de EYD’ye ek olarak superior ve inferior vena kava’nın sağ atriuma giriş yerinde embriyolojik doku artığı ve interventriküler septumda (İVS) triküspit kapağın anevrizmatik poş oluşturarak ventriküler septal defekti sınırladığı tespit edildi. Cerrahi prosedür genişletilerek uygulandı

Tartışma ve Sonuç:

Konjenital kalp hastalığı nedeniyle opere edilen toplam 28 hastanın 2’sinde TTE’de saptanmayan ve kardiyopulmoner baypas öncesi yapılan TEE’de görülen ek kardiyak patoloji saptanarak düzeltildi. Kardiyopulmoner baypas sonrası yapılan TEE sonucuna göre 1 hastada yapılan cerrahi işlemin yetersiz olduğu görülerek hasta kapatılmadan önce tekrar kardiyopulmoner baypasa girilerek gerekli cerrahi müdahale zamanında yapıldı.

Kliniğimizde yapılan bu prospektif çalışma sonucunda TEE’nin kompleks konjenital kalp defektlerinin peroperatif değerlendirilmesinde, cerrahi prosedürün planlanmasında ve postoperatif değerlendirmede oldukça önemli olduğu ve hasta sağkalımını bir kez daha anlattırılmıştır

BÜYÜME HORMONU TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARDA MİYOKARDİYAL ETKİLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İ. İLKER ÇETİN, İHSAN ESEN, FİLİZ EKİCİ, FATMA DEMİREL, ABDULLAH KOCABAŞ,
M. EMRE ARI

ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Büyüme hormonu (BH) tedavisi uygulanan hastalarda miyokard kütlesi, yapısı ve fonksiyonlarında oluşan değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2010 ve Şubat 2012 tarihleri arasında Çocuk Endokrinoloji Kliniği'ne büyüme geriliği şikayeti ile başvuran ve rekombinan insan BH tedavisi başlanan 34 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 11.3 ± 2.7 (6.3 - 15.7) yıl, 13'ü kız (% 36.1), 21'i erkek (% 58.3) idi. Hastalarda tedavi başlangıcında, 3 ve 6 ay sonunda sol ventrikül (LV) yapısı M-mod ve iki boyutlu ekokardiyografi ile, miyokardiyal zaman intervalleri ve hızları ise doku Doppler çalışması ile değerlendirildi. Elde edilen veriler kullanılarak LV kütle indeksi (LVKI), göreceli duvar kalınlığı indeksi (GDKI) ve miyokard performans indeksi (MPI) hesaplandı.

Bulgular:

LV EF, KF, DT ve mitral E/A değerleri için 0, 3 ve 6 ay sonunda anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1). LVKI1 (gr/m^2) (60 ± 14.3 , 64.1 ± 15.2 ve 68.1 ± 19.4), LVKI2 ($\text{gr/m}^{2.7}$) (31.3 ± 6 , 32.4 ± 7.4 ve 33.8 ± 7.9) ve GDKI (39.8 ± 3.4 , 41.7 ± 3.4 ve 42.9 ± 3.4) için 3 ay sonunda anlamlı fark oluşmadığı halde ($p>0.05$), 6 ay sonunda LVKI1 ve LVKI2 için anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), ancak GDKI için farkın halen anlamlı olmadığı görüldü. (Tablo 2). LV MPI (0.51 ± 0.07 , 0.52 ± 0.07 , 0.51 ± 0.07), IVS MPI (0.51 ± 0.07 , 0.5 ± 0.05 , 0.53 ± 0.04) ve RV MPI (0.48 ± 0.06 , 0.48 ± 0.05 , 0.49 ± 0.04) değerleri için hem 3 ay, hem de 6 ay sonunda anlamlı fark oluşmadığı görüldü (Tablo 3). LVKI ve GDKI ile MPI değerleri arasında korelasyon saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Bu sonuçlar; BH tedavisinin miyokard kütlesini artırdığını, ancak LV geometrisini değiştirmediğini ve miyokardın sistolik ve diastolik fonksiyonlarını etkilemediğini göstermiştir.

GENEL

BİLATERAL POPLİTEAL VE TRİFURKASYON ARTERLERİNDE KRONİK PARŞİYEL TROMBÜS BULGULANAN GENÇ OLGUDA FARMAKOTERAPÖTİK YAKLAŞIM

UFUK YETKİN¹, BERKAN ÖZPAK³, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

Amaç:

Tromboz gelişimi dolaşım sisteminin arteriyal bölümünde gözlemlenmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. İki yıl önce başlayan ve her iki bacağına yürümekle artan ağrı yakınması başvuru nedeniydi. Şikayetleri başladığında her iki bacağındaki intermittent claudicationu 400-500 metre iken son altı aydır 200-300metre düzeyine gerilediği bulgulandı. Bir yıllık izlem sonrası yakınması artan ve intermittent claudication mesafesi kısalan olgunun aynı merkeze tekrar başvurusunda yapılan MR anjiyografik incelemesinde sol popliteal arterin popliteal entrapment(?) sendromuna sekonder oklüde olabileceği bulgulanmış ve izlem önerilmiş.

Bulgular:

Olgumuzun yapılan yeni renkli doppler ultrasonografik incelemesinde bilateral dorsal pedal arterlerde akım kodlanamadı ancak bilateral anterior tibial arterlerde bifazik akım paterni bulgulandı. Alt ekstremité İA DSA incelemesinde sol tarafta popliteal arter seviyesinden başlayarak, trifurkasyon ve tibioperoneal trunkus düzeyinde devamlılık gösteren ince tubuler dolum defektinin parşiyel trombüs ile uyumlu olduğu saptandı. 300gr/Gün enterik kaplı asetil salisilik asit + 75mg/Gün clopidogrel + INR düzeyi 2-2.5 arasında tutulacak Na-Warfarin P.O. olarak pozolojilenerek düzenlendi. Ayrıca hastanın risk faktörleri eliminasyonu eğitimi gerçekleştirildi. Hastamızın geç dönem izlemlerinde intermittent claudiction mesafesinin 500metreye çıktığı ve günlük yaşam konforunda belirgin iyileşme olduğu bulgulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Her bir arteriyal trombozun ikincil korunmasında antitrombotik tedavi, risk faktörlerinin tedavi ile minimalizasyonu ve arteriyal ciddi stenotik lezyonlarının girişimsel tedavisi ön planda tutulmalıdır.

ATRIYAL SEPTAL DEFEKT ONARIMI AMACIYLA UYGULANAN AMPLATZER SEPTAL OKLUDER CİHAZININ ANA PULMONER ARTERE MİGRASYONU SONUCU CİHAZ EMBOLİSİ GERÇEKLEŞEN OLGUDA UYGULANAN ACİL CERRAHİ PRİMER ONARIMI SONRASI POSTOPERATİF 2. YILDA BULGULANAN NADİR BİR KOMPLİKASYON: SAĞ ATRİYAL TROMBÜS FORMASYONU

UFUK YETKİN¹, SELCEN YAKAR TÜLÜCE¹, ÖMER TETİK³, İSMAİL YÜREKLİ¹, NİHAN KARAKAŞ¹, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³BURSA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, BURSA

Amaç:

Sağ atriyumda yer alan kitlelerin ayırıcı tanısında atriyal trombüsler de düşünülmelidir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuza yaklaşık 2 yıl önce merkezimizde ASD okluder cihazı ile başarıyla kapatılma gerçekleştirildi. Cihazın migrasyonu sonucu acil olarak ameliyata alındı. Cihazın sağ ventrikülden başarılı çıkarımı sonrası ASD'nin primer kapatılması gerçekleştirildi. Olgumuzun son dönem poliklinik kontrolünde yinelenen TTE'sinde sağ atriyum içinde 30x16 mm boyutlarında ayırıcı tanıda öncelikle trombüs düşünülen kalpçi hareketli hipoekojen kitle bulguları.

Bulgular:

Olgumuz acilen yoğun bakım ünitemize yatırılarak İV dilüe sürekli unfraksiyone heparin infüzyonu ile ACT değeri 220±20 sn olacak şekilde antikoagülasyona başlandı. Olgumuza heparinizasyonla eş zamanlı peroral warfarin preparatı INR 2.4±0.2 düzeyinde seyredecek şekilde pozolojiletti. Tedavinin 7. gününde TTE incelemesinde sağ atriyal trombüs formasyonunun boyutlarının 21.6x14.7 mm'e gerilediği saptanarak INR kontrollerine riayetle oral antikoagülasyon tedavisine ambulator devamıyla taburculuğu gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç:

ASD'lerin primer onarımı sonrası geç dönemde sağ atriyal trombüs formasyonu gelişimine oldukça nadir rastlanmaktadır. Alternatif tedavi yaklaşımı olarak antikoagülasyon göz önünde bulundurulmalıdır.

KARDİAK FUNGUS TOPUNUN SADECE ANTİFUNGAL TEDAVİ İLE KÜR SAĞLANDIĞI FUNGAL ENDOKARDİTLİ PREMATÜR YENİDOĞAN

MECNUN ÇETİN¹, METEHAN KIZILKAYA¹, MÜNEVVER YILDIRIMER¹, ŞENOL COŞKUN¹, SERKAN ÖZEN²

¹CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MANİSA

²AĞRI DEVLET HASTANESİ, AĞRI

Amaç:

İnvaziv fungal enfeksiyonlar sıklıkla Candida türlerinin etken olduğu, yenidoğan (YD) prematür bebeklerde yüksek mortalite ile seyreden enfeksiyonlardır. Vakalarının % 5'inde endokardit görülmektedir ve % 60'ın üzerinde mortalite ile sonuçlanmaktadır. Fungal endokarditin en sık tercih edilen tedavi seçeneği, cerrahi eksizyona ek olarak sistemik antifungal tedavidir. Bu yazıda çok düşük doğum ağırlıklı prematür bir yeni doğanda, Candida tropikalıs'e bağlı gelişen fungal endokarditte, cerrahi tedavi uygulanmadan sadece sistemik antifungal tedavi ile düzelen bir olgu sunulmuştur.

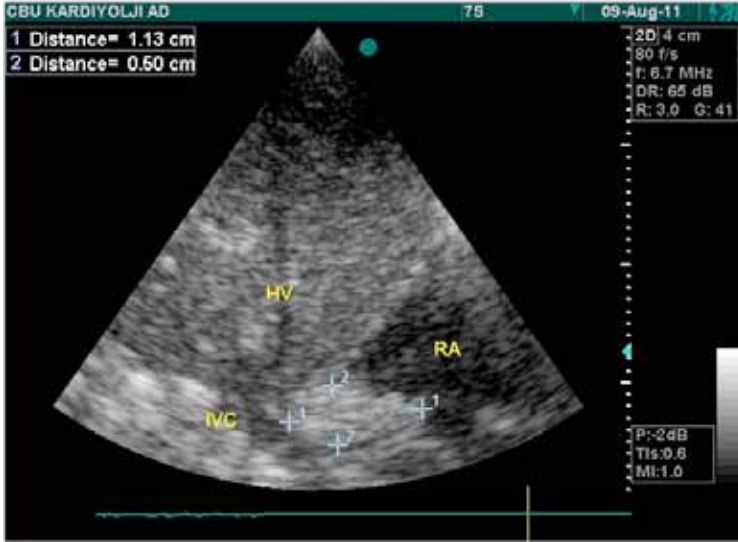
Anahtar kelimeler:

İnvaziv fungal enfeksiyon, endokardit, Candida tropikalıs

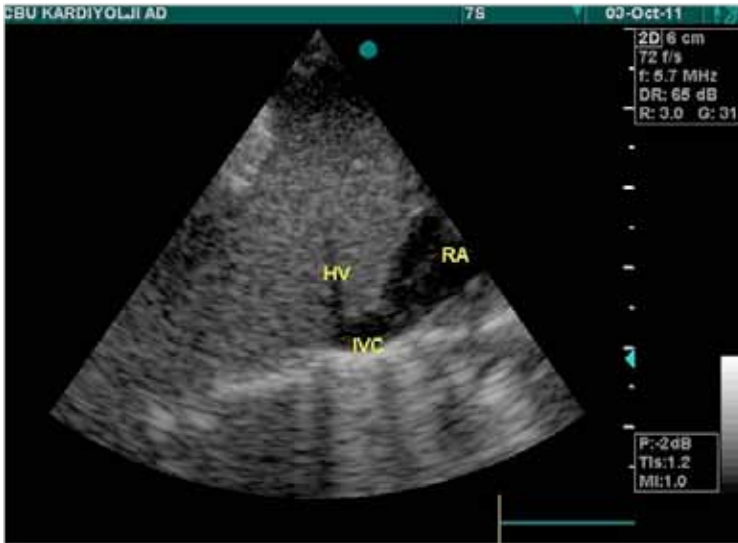
Olgu:

24 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden umbilikal kord prolapsusu nedeniyle C/S ile 28 hafta 980 gr doğurtulan kız bebeğin 1. ve 5. dakika APGAR skoru 3 ve 7 idi. Beş saat sonra solunum sıkıntısı, inleme ve apneleri olması, arteryel kan gazında asidoz ve hipoksemi olması üzerine entübe edilerek ventilatöre bağlandı. Göbek kateteri takıldı, TPN ve sefotaksim + amikasin başlandı. Akciğer grafisinde retikülönodüler görünüm olması üzerine hastaya respiratuar distres sendromu tanısıyla sürfaktan uygulandı. Üçüncü gün çekilen Transfontanel ultrasonografisinde sol hemisferde evre III kanama tespit edildi. Dördüncü gün çekilen Transtorasik Ekokardiyografisinde (EKO) Patent Duktus Arteriozus (PDA) saptandı, üç doz iv ibuprofen tedavisi verildi ve bir hafta sonraki EKO'sunda PDA'nın kapandığı görüldü. Ancak vena kava inferiorun sağ atriума açıldığı bölgede 11.3 x 5 mm hiperekojen kitle (fungus topu) görünümü saptandı (şekil 1). Aynı gün önceden alınan kan kültüründe maya hücresi üremesinin olduğu tespit edilmesi üzerine hastanın göbek kateteri çekildi ve fungal endokardit tanısı ile sistemik Lipozomal amfoterisin B başlandı. Daha sonra toplam iki kan kültürü ve göbek kateteri kültüründe üreyen etkenin amfoterisin B'ye duyarlı C. tropicalıs olduğu görüldü. Hastanın vena kava inferioradaki fungus topuna cerrahi eksizyon planlandı ancak, hastanın çok düşük doğum ağırlıklı olması, kliniğinin unstabil olması, yüksek kardiyopulmoner bypass mortalite riski taşıması nedeniyle cerrahi ertelendi ve antifungal tedavisine devam edildi. İntrakranial kanaması olduğu için antikoagülan veya trombolitik tedavi uygulanmadı. Takiplerde aralıklı çekilen EKO'sunda kitlenin giderek küçüldüğü ve tedavinin 50. gününde kitlenin tamamen kaybolduğu izlendi (şekil 2).

Bulgular:



Şekil 1. İnferior vena kavadaki fungus topu görünümü (HV: Hepatik ven, RA: Sağ atrium, IVC: İnferior vena kava)



Şekil 2. Tedavi sonrası fungus topunun kaybolması. (HV: Hepatik ven, RA: Sağ atrium, IVC: İnferior vena kava)

Tartışma ve Sonuç:

Çok düşük doğum ağırlıklı prematur doğumlarda, invaziv kandidiyasiz için risk faktörlerine sahip olgularda invaziv candidiazis mutlaka düşünülmelidir. Bu olgularda olası kardiyak tutulum açısından seri EKO incelemeleri yapılmalıdır. Cerrahi girişim, antikoagulan veya trombolitik tedavinin uygulanmadığı ya da bu tedavilerin uygulanmasının yüksek riskli olduğu fungal endokarditli prematur YD olgularında, tek başına uzun süreli sistemik antifungal tedavi, olgumuzda olduğu gibi bazı hastalarda başarılı bir tedavi seçeneği olabilir.

PB-119

23 HAFTALIK SVT 'Lİ FETUSTA DİGOKSİN, SOTALOL KOMBİNE TEDAVİSİNİN BAŞARISIZLIĞI VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ- OLGU SUNUMU

YILMAZ YOZGAT¹, SEÇİL KURTULMUŞ², TALİHA ÖNER¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, RAHİM ÖZDEMİR¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, TİMUR MEŞE¹, VEDİDE TAVLI¹

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN, İZMİR

Amaç:

Fetal taşikardi tüm fetusların %0.4-0.6 'ında bildirilmektedir. Supraventriküler taşikardi (SVT) bunların yaklaşık olarak %70-80'ni oluşturmaktadır. İyi tedavi edilmeyen sustained SVT kalp yetersizliği, hidrops ve fetal kayıba neden olabilmektedir. Biz bu olgu ile erken gebelik haftasında iken SVT saptanmış non hidropik fetusta kombine digoksin ve sotalol tedavisinin başarısızlığını bildirmek istedik.

Gereç ve Yöntem:

SVT tanısı M-mode ve PW Doppler fetal ekokardiyografi ile konan 23 haftalık non hidropik fetusa 24 saatlik maternal iv digoksin yüklemesi ardından 2. gün idame oral digoksin tedavisi başlandı. Tedavinin 3. günü sinüs ritmine dönüş izlenmediği için digoksine sotalol tedavi eklendi.

Bulgular:

Olguda Kombine antiaritmik ilaç tedavisinin 1.gün kısmi sinüs ritmine (1 dakikada 10 -15 sn süren sinus ritmi) dönüş izlendi. İzlemde devamlı olarak sinus ritmine dönüş olmayıp kombine tedavinin 2 günü hafif hidrops bulguları gelişti. Sotalol dozu artırılarak fetusta yeterli terapötik doza ulaşılmaya çalışıldı. Tedavi süresince aritminin düzelmemesi, hidropsun ilerlemesi ve ek olarak annede antiaritmik tedaviye bağlı toksik belirtiler gelişmesi üzerine olgu perinatoloji konseyinde tartışılarak kombine

tedavinin 5. günü gebelik sonlandırıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Erken gebelik haftasına sahip SVT'li fetuslarda kombine tedavi ile kısa süreli olarak (15 saniye /dakika) normal sinüs ritmine dönüş izlense bile fetusun kardiyak rezervinin düşük olması nedeniyle hızlı hidrops gelişimi önlenemeyebilir. Olgumuzda kısmi sinüs ritmi izlemesine rağmen hafif hidrops gelişmiş olup; hafif hidrops sonrası artırılan sotalol dozu ile de yeterli terapötik fetal kan konsantrasyonuna ulaşılamamıştır. Literatürde bildirilen vakalar göz önüne alınınca hidrops başladıktan sonra özellikle erken gebelik haftasında sotalol+digoksin kombine tedavisine ısrarcı olmadan sotalol tedavisini kesip; hidropik fetusa geçebilen amiodaron gibi başka bir antiaritmik ilaca geçilerek, digoksin ile kombine tedavinin daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

PB-120

YENİDOĞANDA MULTİFOKAL CİLT VE EKLEM ENFEKSİYONLARI İLE PREZENTE OLAN TRİKÜSPİT KAPAK ENFEKTİF ENDOKARDİTİ: OLGU SUNUMU

MEHMET EMRE ARI, FİLİZ EKİCİ, İ.İLKER ÇETİN, ABDULLAH KOCABAŞ, SEVİM ÜNAL, LEYLA BİLGİN

ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

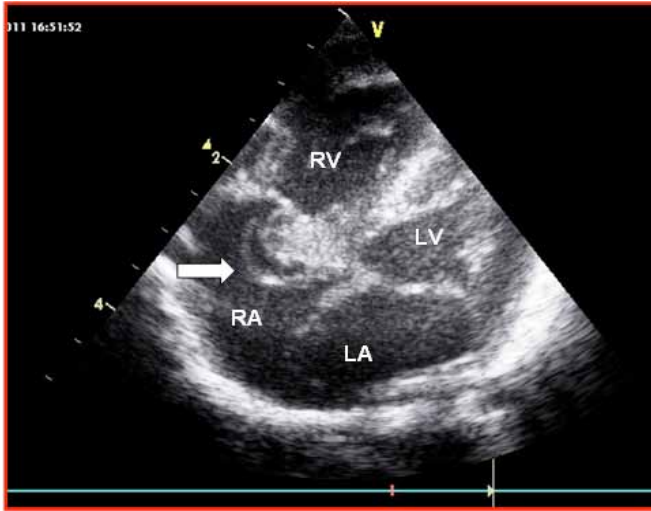
Amaç:

Yenidoğan bebeklerde enfektif endokardit (EE) genellikle prematürite, kateterizasyon, uzun süre hospitalizasyon ve doğumsal kalp hastalıkları gibi predispozan faktörlerle gelişir. Burada predispozan bir faktör yokken sağ kalpte endokardit gelişen bir yenidoğan olgu sunulmuştur.

Bulgular:

18 günlük bebek huzursuzluk ve emmede azalma nedeniyle hastanemize sevk edilmişti. Öyküsünde term, ikiz eşi, C/S ile 2540 g doğmuş. Fizik muayenede ağırlık: 2650 g (%10-25), baş çevresi: 32 cm (%10-25), Vücut ısı: 36,7 °C, kalp hızı: 130/dk, solunum sayısı: 50/dk, kan basıncı: 80/50 mmHg. Genel durumu kötü, bilinci açık ve huzursuz görünümdeydi. Gövdede yaygın hiperemik maküler döküntü ve sağ kulak önünde boyuna doğru uzanan 2x2 cm boyutlarında hareketli, hiperemik kitle saptandı. Sağ el bileğinde 3x2 cm boyutlarında kitle, sağ dizde şişlik ve kızarıklık, bilateral pretibial gode bırakan ödem belirlendi. Laboratuvar: CRP yüksekliği, lökositoz (30.400/mm³), trombositopeni, protein ve albümin düşüklüğü (4.8 g/dL, 1,6g/dl) saptandı. Yüzeysel cilt USG ile kulak önünde lobüle 18x14 mm granüler abse belirlendi. Kulak önündeki abse ve sağ bilekteki abse kendiliğinden drene oldu. Multiple fokal abselerin

olması (diz ve el bileğinde artrit ve yüzde yumuşak doku enfeksiyonu) nedeniyle yapılan ekokardiyografik incelemesinde triküspit kapağa tutunmuş, 8x5mm çapında büyük ve hareketli kitle görüldü. Kitle triküspit kapağa sıkıca tutunmuştu ve hafif TY dışında hemodinamik bozukluk oluşturmuyordu. B hücre altgruplarından CD19 ve Ig A ve Ig M belirgin düşüktü. EE'ye yönelik vankomisin, seftazidim, amikasin ve amfoterisin B başlandı. Kan kültüründe ve abselerden alınan püy kültürlerinde metisilin duyarlı Stafilokokus Aureus üredi. İdrar, BOS ve eklem sıvısı kültüründe üreme olmadı. İmmün yetmezlik (Bruton hastalığı) olabileceği düşünüldü ve pentaglobulin ve trombus şüphesi nedeniyle Fraxiparin başlandı. Tromboz paneli normal bulundu. Toraks tomografisi, kranial ve abdominal ultrasonografi görüntülemeleri normaldi. Kültürlerinde mantar üremesi saptanmadı. İzlemede klinik ve laboratuvar olarak sepsis bulguları düzelmesine rağmen intrakardiyak kitlede gerileme olmaması nedeniyle trombus tanısından uzaklaşıldı. Altı hafta antibiyotik verilen hastada triküspit kapaktaki kitlenin ekojen küçük bir fokus haline geldiği ve gerilediği görüldü. 4 ay sonra kontrolde kilo artımı iyi idi ve klinik bulguları tamamen düzelmişti. Tekrarlanan İmmünojenik parametreleri normal bulundu. Olgumuzda tedavi sonrası immünojenik parametrelerde düzelme nedeniyle ağır sepsise sekonder immün yetmezlik geliştiği düşünüldü.



Tartışma ve Sonuç:

Hastamızda olduğu gibi Dissemine stafilokok enfeksiyonu yenidoğan döneminde cilt, eklem ve diğer lokal enfeksiyon odaklarına ve EE'e neden olabilir. Uzun süreli antibiyotik tedavisi gereklidir.

MYASTENİA GRAVİS TANILI OLGUDA TİMEKTOMİ SONRASI BULGULANAN TİP IIA İNVAZİV TİMOMA

KAZIM ERGÜNEŞ ¹, UFUK YETKİN ¹, SERKAN YAZMAN ¹, ARZU AVCI ¹, İSMAİL YÜREKLİ ¹, ALİ GÜRBÜZ ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Ön mediyastende en sık görülen tümör timoma olup erişkinlerde anterior mediyastinal yerleşimli kitlelerin %47'sini teşkil etmektedirler. Myastenia gravisli (MG) hastaların %10'unda timoma, %70 kadarında timus hiperplazisi bulgulanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Son 6 haftada artış gösteren diplopi ve sol göz kapağında pitozis yakınmasına yönelik MG tanısı alarak medikal tedavi protokolü devam ediyordu. Hastanemize başvurusunu takiben gerçekleştirilen toraks BT sonucunda ön mediyastende timik lokalizasyonda yaklaşık 5x4cm boyutlarında irregüler lobüle konturlu solid bir kitle lezyonunun yer kapladığı belirlendi. Asetilkolin reseptör antikoru pozitif saptandı. Kalp Damar Cerrahisi ve Nöroloji ortak konseyinde kitlenin cerrahi ekstirpasyonu planlandı.

Bulgular:

Sınırlı J sternotomi uygulanan olgunun ön mediastende oldukça sert ve çevre dokulara atake olan kitlesi tamamen özenle gerçekleştirilen diseksiyonla çıkarıldı. Hasta 5. günde taburcu edildi. Yapılan histopatolojik incelemede invaziv timoma(Tip IIA) bulgulanan hastanın klinik ve radyolojik periyodik izlemleri Tıbbi Onkoloji polikliniğimizce sürdürülmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

MG tedavisinde timektomi en seçkin ve yararlı tedavi olup timektomi başarısında timoma varlığı ve timik dokunun patolojik özelliği gibi faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Olgumuzda olduğu gibi nadir rastlanan kapsüle mikroskopik invazyon gösterme özelliği olan Tip IIA invaziv timoma bulgulanması durumunda standart total kitle çıkartımı ve medikal tedavinin sürdürülmesi yanısıra rutin periyodik onkolojik izlem protokolünün gerekliliği aşıkardır.

İKİ TARAFLI ILIMLI STENOTİK LEZYONLA KOMBİNE BULGULANAN İNTERNAL KAROTİD ARTER ELONGASYONU OLGUSU

UFUK YETKİN¹, ÖVÜNÇ ASLAN¹, KAZIM ERGÜNEŞ¹, GAMZE GÖKALP³, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Internal karotid arterin elongasyonu nadir vasküler anomaliler arasında olup genellikle asemptomatiktir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Yaklaşık 6 aydır süregelen baş dönmesi yakınması tanımlıyordu. Doppler USG incelemesinde solda bifurkasyon yüksek çıkım göstermektedir. Bulbusda 6 x 1.9 mm'lik kalsifiye düzgün konturlu aterom plağı mevcut olup akım spektrumları olağandı. Ancak sağda internal karotis arterin preoklüzif görünümde bulgulanması üzerine çift taraflı karotid arter DSA incelemesi planlandı.

Bulgular:

DSA incelemesi her iki internal karotid arter proksimalinde lümeninde %40 oranında darlık oluşturan aterosklerotik plakların mevcudiyeti belirlendi. Sol internal karotid arterde ise belirgin elongasyon lezyonu bulgulandı. Hastanın Nöroloji Kliniği ile ortak değerlendirimi sonrası medikal ambulator tedavisi (75mg/G klopidoğrel tablet ve gūnaşırı 150mg enterik kaplı asetilsalisilik asit tablet) düzenlenerek yıllık çift taraflı karotid RDUS incelemesi ile izlemi planlandı. Olgunun poliklinik izlemleri sorunsuz olarak devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Elongasyon teriminin gereğinden fazla aşırı uzama ve katlanma anlamına geldiği dikkate alındığında özellikle karotis cisim tümörleri gibi kitlesel lezyonların ayırıcı tanısında bu bölgedeki karotis arter anevrizma ya da elongasyon formasyonu nedeniyle perkütan ince iğne aspirasyon biyopsisi ve benzer girişimler büyük tehlike arz edebilirler. Bu gibi durumlarda ayırıcı tanıda RDUS,MR anjiyografi ve ihtiyaç duyulduğunda DSA 'nın oldukça faydalı bilgiler sağlayabileceği görüşündeyiz.

SOL EL YÜZEYEL PALMAR ARK HİPOPLAZİLİ OLGUMUZA YAKLAŞIM

UFUK YETKİN¹, BERKAN ÖZPAK², KAZIM ERGÜNEŞ¹, ÖMER TETİK³, ORHAN GÖKALP⁴, İSMAİL YÜREKLİ¹, ALİ GÜRBÜZ⁴

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ, EDİRNE

³BURSA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, BURSA

⁴İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Ulnar arterden orijinlenen yüzeyel palmar ark hipoplazisi ya da agenezisine %6-34 oranında rastlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkek olup anamnezinde 15 yıl önce sol el bileğinde fraktür oluşumu ve son 2 yıldır da sol eliyle ağırlık taşıyamama ve arasıra uyuşma yakınmaları mevcuttu. Fizik bakısında sol el bileği medialinde 3x3 cm boyutlarında immobile ve sert vasıfta kitle lezyonu dışında tüm distal nabazların açık olduğu bulguları.

Bulgular:

Yapılan USG'de el bileğinde iç yüzde düzgün sınırlı yumuşak doku kitlesinin lipoma ait olabileceği bulguları.Sol üst ekstremitte arteriyal sistem Doppler USG'de sol aksiller,radial ve ulnar arter akım formları trifazik olup,akım paternleri olağandır. Ancak distalde akım deseni yaklaşık %50 darlık ile uyumlu olup bifazik karakterdedir. Takiben gerçekleştirilen sol brakial anjiyografide sol subklavian arter,brakial arter,radial ve ulnar arterler patent saptandı. Radial arter distalinin hipertrofik oluşu ve palmar arkusun dolmaması dikkat çekiciydi. Bu bulgularla el bileğindeki kitlenin ekstirpasyonu önerilen hastanın bu işlemi kabul etmesi üzerine medikal tedavisi düzenlenerek polikliniğimiz izleminde takibi sağlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Renkli Doppler USG, eldeki arteriyal dolaşımın kantitatif,etkin ve noninvazif görüntülenmesini sağlayabilmektedir. Yüzeyel palmar arkın hipoplazisi ve ulnar arter malformasyonları,iskemik komplikasyonların gelişmesinde en etkili patolojiler olarak dikkate alınmalıdır.

HAMİLELİK PLANLAYAN EPİLEPTİK OLGUDA KAPAK PROTEZİ SEÇİMİMİZ

UFUK YETKİN¹, MERT KESTELLİ¹, TEVFIK GÜNEŞ², MEHMET BADEMCI¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, GAMZE GÖKALP¹, ALİ GÜRBÜZ³

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²DİYARBAKIR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, DİYARBAKIR

³İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İZMİR

Amaç:

Tromboembolik olay gelişimi ve kanama olasılığı mekanik kapaklı olgularda daha sık görülmektedir. Mekanik olsun, biyoprotez olsun özel kapak tiplerine göre endikasyonlar günümüzde belirgin değişiklikler gösterebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz kadındı. Yaklaşık 2 yıldır artarak devam eden nefes darlığı ve çarpıntı yakınmalarına yönelik gerçekleştirilen incelemelerinde ileri derecede mitral yetmezlik saptanması amacıyla operasyon için kliniğimize kabulü gerçekleştirildi. Transtorasik ekokardiyografide ileri derecede mitral yetmezliğin yanı sıra pulmoner arter basıncının da 35mmHg değerine yükseldiği bulgulandı. Gerçekleştirilen kardiyak kateterizasyonunda ileri derecede mitral yetmezliğin hakim patoloji olduğu saptandı. Olgumuzun 15 yıldır süregelen epilepsi tanısına yönelik phenytoin sodium kullandığı belirlendi. Ayrıca ileriye dönük hamilelik talebi olduğu da saptandı.

Bulgular:

Operasyona alınan olguda standart sol atriyotomiye takiben mitral kapak yapısının rekonstrüksiyona uygun olmadığı saptandı. Nativ kapak rezeke edildi. Mitral kapak replasmanı(29M no St Jude Tissue Valve) gerçekleştirildi. Postoperatif erken ve geç dönem ekokardiyografik kontrollerde biyoprotez mitral kapağın normofonksiyone olduğu bulgulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Kalp kapak replasmanında uygun endikasyona göre seçilecek kapak tipi geç dönemde subjektif iyileşmenin yanı sıra fonksiyonel kapasitede ve hemodinamik parametrelerde düzelme sağlarken ventriküler işlevde de iyileşme temin ederek, kapağa sekonder geç dönem komplikasyonlarında belirgin azalma sağlamaktadır.

İDYOPATİK SPONTAN ETYOLOJİLİ EKSTRAKRANİAL KAROTİD ARTER DİSEKSİYONLU GENÇ OLGU

UFUK YETKİN¹, ÖVÜNÇ ASLAN¹, ERSİN ÇELİK¹, GAMZE GÖKALP³, ALİ GÜRBÜZ²

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Kırk yaşından genç hastalarda serebrovasküler olay gelişiminde ekstrakranial arter diseksiyonları önemli bir yer tutmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz kadındı. Yaklaşık iki aydır süregelen ve şiddeti azalma eğiliminde olan ani gelişen baş ağrısı ve unutkanlık yakınmaları mevcuttu. Beyin komputerize tomografisinde solda carotid kanalın izlenmediği bulguları. Takiben MR incelemesinde sol internal carotid arterin ve sol ACA'nın A1 segmentinin nonvizüalize olduğu ve A2 segmentinin sağdan kollateral olduğu bulguları. sol MCA dallarının visualize olup bunun da sol PCA'dan kollateral doluş gösterdiği saptandı.

Bulgular:

Vertebral anjiyografide sol posterior kommunikan arter yolu ile orta serebral arterin posteriordan olduğu bulguları. Karotid anjiyografide sol internal carotid arterde disaksiyona sekonder oklüzyon belirlendi. Olgumuzdaki durağan seyirli semptomatoloji göz önünde tutularak 6 ay süreyle Pentoksifilin 2x400mg/G + 75 mg/G Klopidoğrel + INR düzeyi 2.2±0.2 düzeyinde sağlanacak pozolojide oral warfarin başlandı. Yapılan kontrol anjiyografisinde; diseksiyon bölgesinde düzensizliğin kısmen devam ettiği ancak lümeninde darlık olmadığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Ekstakranial carotid arter diseksiyonu 4. dekatta sıklaşmakta olup kraniyal MR'ın bu patolojiyi tanımlamada başarısı oldukça yüksektir. DSA incelemesi en güvenilir modalitedir. Emboli oluşumunu önlemek için antikoagülasyon hemen başlanarak düz kas hücre proliferasyonu ve intima kalınlaşmasının önüne geçilebilmektedir. Bu tedavinin antitrombositler tedaviyle eşzamanlı kombinasyonu katkı sağlar.

YALANCI COILING OLUŞUMU GÖRÜNÜMÜ SERGİLEYEN SOL İNTERNAL MAMMARIYAN ARTER GREFTİNİN ARTERİYAL KİNKİNG LEZYONU

UFUK YETKİN¹, CENGİZ ÖZBEK², MEHMET BADEMCİ¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, MURAT YEŞİL¹, GAMZE GÖKALP², ALİ GÜRBÜZ³

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

³İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Bir arterin Coiling lezyonu nadir rastlanılan bir morfolojik anomalidir. Koroner bypass cerrahisinde özellikle sol ön inen artere(LAD) sıklıkla anastomoze edilen internal mammariyan arter greftinin mükemmel uzun dönem açıklık oranları bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Merkezimize başvurusundan 4 yıl önce başka bir merkezde uygulanmış üçlü koroner bypass ile eş zamanlı mitral ring annuloplasti anamnezi mevcuttu. Hastanın başvurusundan 3 ay önce başlayan göğüs ağrısı yakınması olması üzerine yapılan yeni koroner anjiyografisinde sağ koroner artere gerçekleştirilmiş safen greftinde ve nativ Cx ile LAD postanastomotik segmentlerinde stenozlar belirlenmişti.

Bulgular:

Hastanın gerçekleştirilmiş koroner anjiyografisinde sol internal mammariyan arter greftinde sağ ön oblik pozisyonda coiling ile uyumlu lezyon görünümü saptandı. Ancak sol ön oblik pozisyonda bu lezyonun kinking olduğu belirlendi. Lümen içi düzensizlik veya daralma mevcut değildi.

Tartışma ve Sonuç:

Internal mammariyan arter greftinin Kinking lezyonu nadir de olsa erken postoperative dönemde gözlenebilmekte ve girişimsel müdahaleyi gerektirmeden izlenebilmektedir. Özellikle hastanın kinking lezyonuna sekonder gelişen stenoza bağlı anjina yakınmasının olmayışı medikal izlem için kesin endikasyon oluşturmaktadır.

CİDDİ ABDOMİNAL AORTİK STENoz İLE EŞZAMANLI BİLATERAL İLİYAK ARTER ANEVİZMA OLGUSU

UFUK YETKİN¹, TEVFİK GÜNEŞ², MELDA APAYDIN¹, İSMAİL YÜREKLİ¹, ALİ GÜRBÜZ³

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²DİYARBAKIR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, DİYARBAKIR

³İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

İzole iliyak arter anevrizmaları oldukça nadir rastlanan patolojiler grubunda olup intraabdominal yerleşimli tüm anevrizmaların da %0.6 'lık kısmını oluşturmaktadır. Çoğunlukla asemptomatik seyir göstermektedirler.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Son 6 aydır süregelen lomber bölgeye lokalize ağrı yakınması vardı. Yapılan tüm batın ultrasonografik incelemede sağda belirgin olmak üzere bilateral iliyak arter anevrizmal dilatasyonu bulgulararak DSA incelemesi gerçekleştirildi. Anjiyografik incelemede abdominal aorta distal segmenti infrarenal düzeyden itibaren dar olarak izlenmekte ve bifurkasyon öncesinde %90 oranında daralma gösterdiği saptandı. Bilateral ana iliyak arterde özellikle sağda daha belirgin olarak fuziform anevrizmatik genişleme bulgulandı.

Bulgular:

Merkezimizde gerçekleştirilen torako-abdominal BT incelemesinde sağ böbrekte üst-orta zonda, lateralde parankimden kaynaklanıp böbrek dışına doğru egzofitik büyüyen yaklaşık 5.5x3 cm boyutunda heterojen dansiteli solid kitle lezyonu bulgulandı. Bilateral iliyak arterlerdeki anevrizmal dilatasyona dair olarak sağda en geniş dilate segmentte arterin çapı yaklaşık 25 mm'ye ulaşıyordu. Olgumuzun periferik arter hastalığı açısından asemptomatik olması ve mevcut böbrek tümörüne yönelik ileri inceleme ve tedavisinin planlanması açısından Üroloji Kliniği'ne başvurusu sağlandı.

Tartışma ve Sonuç:

İliyak arterde lokalize anevrizmalarda gereğinde cerrahi yaklaşım "Altın Standart" konumunu korumaktadır. Ruptür olasılığı %14 ile %70 arasında değişmekle beraber 3 cm üstü çapa ulaşan semptomatik anevrizmalarda cerrahi girişim önerilmektedir.

VERTEBRAL ARTER DİSEKSİYONLU OLGUYA YAKLAŞIM VE BAŞARILI TEDAVİ PROTOKOLÜMÜZ

ÖMER TETİK ², UFUK YETKİN ¹, KAZIM ERGÜNEŞ ¹, İSMAİL YÜREKLİ ¹, ORHAN GÖKALP ³, GAMZE GÖKALP ⁴, ALİ GÜRBÜZ ³

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²BURSA YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, BURSA

³İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

⁴İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Serebrovasküler diseksiyonlara, vertebrobaziler sistemde karotis arter sistemine kıyasla daha az rastlanılmaktadır. Bu lokalizasyondaki arter diseksiyonları duvar içerisine kanama sonucu gelişir ve kadınlarda biraz daha fazladır.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz kadındı.On gündür süregelen ve şiddeti azalma eğiliminde olan ani gelişen baş dönmesi ve dengesizlik yakınmaları mevcuttu.Başvurusu öncesi beyin kompute tomografisi başka bir merkezde çekilmişti.Baziler arter segmentinde hiperdensite görülmesi tromboz gelişimi şüphesi doğurmuşve etyoloji araştırımı amacıyla merkezimize yönlendirilmişti.Serebral selektif anjiyografi incelemesinde sol vertebral arterde lümende belirgin stenoz oluşturan düzensiz kenarlı diseksiyon bulgusu ve tromboz saptandı.

Bulgular:

Olgumuzdaki durağan seyirli semptomatoloji göz önünde tutularak 12 hafta süreyle 150mg/G enteric kaplı asetilsalisilik asit + 75 mg/G Klopidoğrel + INR düzeyi 2±0.2 düzeyinde sağlanacak pozolojide oral warfarin sodium başlandı. Yapılan kontrol anjiyografisinde; vertebral ve baziler arterler,ana serebellar ve arka serebral arterler normal olarak bulgulandı. Diseksiyon bölgesinde düzensizliğin kısmen devam ettiği ancak lümende darlık ya da psödoanevrizmaya özgü bulgunun olmadığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Vertebral arterlerdeki akım anormalliklerinin disseksiyona ya da mural hematoma veya psödoanevrizmaya özgü olduğunun ayırıcı tanısında DSA gerekmektedir. Kalıcı sekel ve ölümün söz konusu olabildiği bu patolojinin tedavisinde kullanılan antikoagulan + antiagregan ± antiplatelet tedavinin etkin olduğu düşünülmektedir.

SOL ANA KORONER ARTER VE SAĞ ATRİUM ARASINDA DEV ARTERİOVENÖZ FİSTÜL OLGUSU

GÜLENDAM KOÇAK, RAHMİ ÇUBUK, ALPER AYDIN

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Nadir görülen bir dev koroner arteriovenöz fistül olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Sekiz yaşında kız hasta kalbinde üfürüm duyulması nedeniyle hastanemize başvurdu.

Bulgular:

Öyküsünden hastanın bir yakınması olmadığı öğrenildi. Fizik incelemesinde sol sternal kenarda 1-2/6 derece sistolik üfürüm duyuldu. Obezite dışında diğer muayene bulguları normaldi. Elektrokardiyografi ve telekardiyografisinde patolojik bulgu yoktu. Ekokardiyografide apikal dört boşluk görüntüde sağ atriumda küçük bir mozaik akım görüldü ve buradan sistolodiyastolik devamlı akım alındı. Sol koroner arter çıkışı dilate idi (11 mm). Sol koroner arterden ayrılan vasküler bir yapının aortanın posteriorundan dolaşarak sağ atriya açıldığı izlendi. Diğer bulgular normaldi. Kalp kateterizasyonu ve koroner anjiyografide LAD ve sol CX arter çıkış ve seyrinin normal olduğu, sol ana koroner arterden ayrılan bir vasküler yapının aort kökünün arkasında geniş bir anevrizmatik yapıya dönüştüğü, bu yapının parmak şeklinde lobulasyonlar gösterdiği ve küçük bir ağızla sağ atriya açıldığı izlendi. Kardiyak CT çekilen hastada arteriovenöz fistülün yeri ve büyüklüğü ayrıntılı olarak gösterildi (Şekil). Fistül başka bir merkezde coil ile başarılı bir şekilde kapatıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Olgumuz bize yakınması olmayan ve fizik incelemesinde hafif bir üfürümü olan hastada ayrıntılı bir ekokardiyografinin tanısıl önemini göstermiştir.

19 HAFTALIKKEN TANI ALAN BAŞARI İLE İZLENEN İZOLE ATRİOVENTRİKÜLER TAM BLOKLU SLE'Lİ ANNE FETUSU-OLGU SUNUMU

YILMAZ YOZGAT¹, SEÇİL KURTULMUŞ², TALİHA ÖNER¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, RAHİMİ ÖZDEMİR¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, TİMUR MEŞE¹, VEDİDE TAVLI¹

¹DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Fetal Atriyoventrikül (A-V) tam blok ya fetustaki mevcut kongenital kalp hastalıklarına bağlı yada izole olarak olabilir. İzole A-V tam blok ise kollojen doku hastalığı olan anneden transplesantal olarak geçen otoantikörlerin fetusun iletim sisteminde oluşturdu inflamasyona ve aritmojenik etkiye bağlı oluşur. İzole A-V tam blok hem fetal olarak hem de postnatal olarak mortalitesi yüksektir. Biz burada 19 haftalıkken tanı alan başarılı şekilde izlenen izole kongenital A-V tam bloklu SLE 'li anne fetusunu olgu olarak sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Bradikardi ön tanısıyla 19 haftalıkken kliniğimize yönlendirilen SLE' li anne fetusu M-mode ve PW Doppler fetal ekokardiyografik incelemesinin sonucunda A-V tam blok tanısıyla izleme alındı. Fetal atriyal hız 140 Vuru/ dakika , ventrikül hızı 63 vuru dakika idi. Klinik bulguları olmayan herhangi bir tedavi almayan SLE annede anti-Ro (SS-A) ve anti-La (SS-B) antikörleri pozitif.

Bulgular:

Anneye deksametazon tedavisi başlanan olgu 10 günlük ara ile izleme başlandı. Gebelik boyunca deksametazon tedavisi devam eden olguda kalp hızı 60-65 Vuru/dakika aralığında izlendi. Anne ve fetusta deksametazona bağlı komplikasyon görülmedi. Olguda izlem boyunca kalp yetersizliği ve hidrops bulgusu izlenmedi. S/C ile miadında doğan yenidoğanın EKG'si A-V tam blok ile uyumlu idi. Postnatal kalp kalp hızı 53-57 vuru arasında olan olguda neonatal lupus sendromunun diğer organ tutulumu izlenmedi. Olguya başka merkezde postnatal 1. ayında epikardiyal kalp pili takıldı.

Tartışma ve Sonuç:

İzole A-V tam bloklu fetusta prenatal ve postnatal mortalite ve morbidite oranı yüksek bildirilmektedir. Bizim olgumuzda prognozunu iyiliğini erken gebelik haftasında konulan tanıya bağlı kullanılan deksametazon tedavisine bağladık. Kollojen doku hastalığı olan gebelerin düzenli takibi önemli olup, erken başlanabilen deksametazon tedavisi izole A-V bloklu fetuslarda prognozu iyi yönde etkilemektedir.

SVT' YE SEKONDER GELİŞEN YÜKSEK KARDİYOVASKÜLER PROFİL SKORA SAHİP HİDROPSLU FETUSUN BAŞARILI MATERNAL ANTİARİTMİK TEDAVİYE RAĞMEN KAYIBI-OLGU SUNUMU

YILMAZ YOZGAT¹, SEÇİL KURTULMUŞ², CÜNEYT EFTAL TANER², TALİHA ÖNER¹,
ÖNDER DOKSÖZ¹, RAHİMİ ÖZDEMİR¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, TİMUR MEŞE¹, VEDİDE TAVLI¹

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Fetal taşikardi en iyi tanımlanabilen non-immun hidrops fetalis nedenidir. İyi tedavi edilmeyen devamlı fetal SVT kalp yetersizliği, hidrops ve fetal kayıba neden olabilmektedir. SVT' ye sekonder gelişen hidrops fetaliste prognoz antiaritmik tedaviye hızlı yanıtı, fetusun iyilik haline ve yüksek kardiyovasküler profil skora (KVPS) bağlıdır. Biz SVT' ye sekonder şiddetli hidrops fetalis gelişen ve kombine digoksin, sotalol tedavisi ile başarılı şekilde sinüs ritmine döndürülen, tanı esnasında yüksek KVPS' u olan fakat 3 haftalık izlemde fetal kayıpla sonlanan fetusu olgu olarak sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

SVT tanısı M-mode ve PW Doppler fetal ekokardiyografi ile konan 28 haftalık şiddetli hidropsu olan fetusa maternal olarak digoksin ve sotalol ile kombine tedavi başlandı. Tedavisinin 3 günü kardiyak ritim tamamen sinüs ritmine döndü. Kalp hızı 140-150 vuru/dakika aralığında izlendi.

Bulgular:

Olgunun tanı esnasında KVPS' u 7/10 (cilt ödemi 2 puan, duktus venozusta atriyal A dalgası 1 puan kayıp) idi. Olguda yaşamla bağdaşır bir KVPS ve medikal tedavi ile hızlı sinüs ritmine dönüş olmasına rağmen fetusun iyilik hali gittikçe bozulup hidrops fetalis ağırlaştı. Tedavinin 21. günü fetal kayıp gerçekleşti. Tedavi süresince antiaritmik tedaviye bağlı annede toksisite izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Şiddetli hidrops fetalise rağmen maternal digoksin, sotalol kombine tedavisi SVT' nin sonlanmasında başarılı olmuştur. SVT' li fetuslarda tanı esnasında hayatla bağdaşır yüksek KVPS olması iyi prognoz göstergesi olarak kabul edilir. Fakat olgumuzda prognoz kötü olmuştur. Bu nedenle hidropslu olgularda KVPS' un prognozu göstermede çok güvenilir olmadığını ve hidrops varlığının kötü prognoz göstergesi olduğunu düşünmekteyiz.

HER İKİ KAROTİD ARTERİNDE CİDDİ ELONGASYON ANOMALİSİNE EŞLİK EDEN BİLATERAL KAROTİD ARTER STENOZLU OLGUDA YAKLAŞIMIMIZ

UFUK YETKİN ¹, KAZIM ERGÜNEŞ ¹, ÖVÜNÇ ASLAN ¹, ORHAN GÖKALP ², GAMZE GÖKALP ³, ALİ GÜRBÜZ ²,

¹İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

²İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

³İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Elongasyon terimi gereğinden fazla aşırı uzama ve katlanma anlamına gelmektedir. İnternal karotid arterin elongasyonu dorsal ve ventral iki aortik arkın 3. çiftlerinden gelişen karotid arterlerdeki fetal regresyon nedeniyle oluşmaktadır. Genellikle asemptomatiktir.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti. Yaklaşık 4 aydır süregelen baş dönmesi yakınması tanımlıyordu. Dış merkeze başvuran olguda gerçekleştirilen çift taraflı karotid renkli Doppler USG incelemesinde iki taraflı internal karotis arterin preoklüzif görünümde bulgulanması üzerine çift taraflı karotid arter DSA incelemesi gerçekleştirilerek, sonucuyla hasta polikliniğimize yönlendirilmişti.

Bulgular:

DSA incelemesinde sağ internal karotid arterde %50 ve sol internal karotid arterde %40 oranında darlık oluşturan aterosklerotik plakların varlığı saptandı. Her iki internal karotid arterde ciddi elongasyon anomalisi de bulgulanı. İki taraflı vertebral, subklavian ve orta ile anterior serebral arterlerin patent olduğu da gözlandı. Hastanın Nöroloji Kliniğı ile ortak değeriendirimi sonrası medikal ambulator tedavisi (günaşırı 150mg enterik kaplı asetilsalisilik asit tablet ve 75mg/G klopidoğrel tablet) düzenlenerek yıllık çift taraflı karotid RDUS incelemesi ile izlemi planlandı. Olgunun poliklinik izlemi sürmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

İnternal karotid arterin elongasyonu nadir vasküler anomaliler arasında olup özellikle karotid bölgedeki kitlesel lezyonların ayırıcı tanısında önem arz edebilirler. Bu gibi durumlarda ayırıcı tanıda RDUS,MR anjiyografi ve ihtiyaç duyulduğunda DSA 'nın oldukça faydalı bilgiler sağlayabileceğı görüşündeyiz.

ANJİOKARDİYOGRAFİ SONRASI ÇEKİLEN SİNEÜROGRAFİLERİN ÜRİNER ANOMALİLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

İRFAN OĞUZ ŞAHİN, CANAN YOLCU, HAŞİM OLGUN, NACİ CEVİZ,
ÜMMÜĞÜLSÜM BAYRAKTUTAN
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Amaç:

Üriner sistem anomalilerinin konjenital kalp hastalıkları (KKH) ile birlikte görülme sıklığı normalden fazladır. KKH nedeniyle anjiokardiyografi uygulanan hastaların işlem bitiminde sineürografi ile de değerlendirilmeleri bu olası birlikteliğin yakalanmasında uyarıcı olabilir.

Gereç ve Yöntem:

KKH nedeni ile Ekim 1998-Ağustos 2011 tarihleri arasında anjiokardiyografi uygulanan 700 hastanın sineürografileri pediatrik kardiyologlar tarafından, anormal olarak değerlendirilenler de ayrıca radyologlar tarafından retrospektif olarak incelendi. Kırkdört vakada değerlendirmeye uygun görüntü mevcut değildi.

Bulgular:

Pediyatrik kardiyologların değerlendirmesi ile anormal olabileceği düşünülen 36 vakanın radyologlar tarafından incelenmesi ile 17 hastada minör veya major patoloji olduğu düşünüldü. Bu olguların hiçbirinin nefrolojik açıdan klinik ve laboratuvar özelliği yoktu. Arşivleri incelendiğinde, hastaların üriner patoloji yönünden değerlendirilmek üzere pediatrik nefroloji polikliniğine yönlendirildiği, bunların büyük bir kısmının tetkiklerini tamamlamadığı, bir tanesinin ise ağır obstruktif üropati tespit edilerek cerrahi müdahaleye alındığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

KKH ile üriner patolojilerin birlikteliği herhangi bir belirti veya bulgu olmasa bile akılda tutulması gereken bir durumdur. Anjiyokardiyografi sonrası çekilen sineürografiler vakaların büyük kısmında optimal düzeydedir. İlave masraf getirmeyen, kolay bir metoddur ve kardiyologlar tarafından optimal değerlendirilemese dahi sonuçta ciddi üriner patolojiler için önemli bir uyarıcı olabilir.

PULMONER HİPERTANSİYON GELİŞEN GLİKOJEN DEPO HASTALIĞI TİP 1A OLGUSU

ALPER AKIN, TEVFİK KARAGÖZ, İLKER ERTUĞRUL, H.HAKAN AYKAN, DURSUN ALEHAN, GÜLİN HIZAL, YUSUF AYDEMİR, İNCİ NUR SALTİK TEMİZEL

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Glikojen depo hastalığı tip 1a (GDH1a)'da nadiren de olsa pulmoner hipertansiyon (PH) görülebileceği bildirilmiştir. Ancak bu hastaların PH tespitinden sonra oldukça fatal seyretmesi nedeniyle takip ve tedavinin önemine dikkat çekmek istiyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Glikojen depo hastalığı tip 1a tanısıyla takip edilmekte iken pulmoner hipertansiyon saptanan bir hasta sunulmuştur.

Bulgular:

On dört yaşında, 32 kg olan erkek hasta 7 aylık iken GDH1a tanısı almış ve glukoz 6-fosfataz geni moleküler analizinde homozigot mutasyon (R83C/R83C) saptanmış. Tanı sonrası transtorasik ekokardiyografik inceleme normal saptanmış. Son aylarda efor dispnesi başlamış ve efor sonrası senkop gelişmiş. Ekokardiyografide pulmoner arter ve kalbin sağ boşlukları geniş olup 4.5 m/sn triküspid yetmezliği görüldü. Kardiyak kateterizasyonda ana pulmoner arter basıncı 118/48 ortalama 69 mmHg, pulmoner direnç 38 U/m², pulmoner direnç/sistemik direnç %92 saptandı. Klinik olarak New York Kalp Cemiyeti fonksiyonel sınıflamasına göre (NYHA) evre III olan hastaya digoksin, furasemid, kaptopril, sildenafil tedavisi başlandıktan sonra radyofrekans enerji ile interatriyal septal sefekt oluşturuldu. İşlem sonrası NYHA evre II olarak takip ediliyor.

Tartışma ve Sonuç:

Uzun süre devam eden metabolik anomalilerin ve serotoninindeki artışın GDH1a'da PH gelişimine neden olduğu sanılıyor. Bu vaka nedeniyle GDH1a tanılı hastaların PH gelişimi açısından pediatrik kardiyoloji tarafından da takip edilmesi ve PH bulguları geliştikten sonra mortalitenin yüksek olması nedeniyle zaman kaybetmeden tedavi başlanması gerektiğini belirtmek istiyoruz

DILATE KARDİOMYOPATİLERDE D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ

SERDAR KULA, AYHAN PEKTAŞ, ERMAN ÇİLSAL, SEMİHA TERLEMEZ, DANIAR AMATOV, MEHMET GÜMÜŞTAŞ, SEDEF TUNAOĞLU, DENİZ OĞUZ, RANA OLGUNTÜRK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Dilate kardiyomyopati, sol ventrikül veya her iki ventrikülün sistolik fonksiyonlarında azalma ve dilatasyon ile seyreden koroner arter hastalığı, kapak hastalıklarının ve perikardiyal hastalıkların eşlik etmediği miyokardın yapısal bozukluğu sonucu oluşan klinik bir durumdur. Kronik kalp yetmezliğinin patofizyolojisi izole bir hemodinamik görünümünden ziyade, nöro hormonal mekanizmalar ve proinflamatuvar sitokinlerin aktivasyonunu da içeren birden çok mekanizmanın içinde bulunduğu bir durumdur. Vitamin D reseptörü kardiyomiyositlerde dahil olmak üzere insan dokularında yaygın olarak bulunur, kalsiyum akışından, miyosit proliferasyonuna ve hipertrofisine kadar birçok önemli fizyolojik süreçlerin düzenlenmesinde görevlidir (1). D vitamininin renin angiotensin-aldosteron sistemini inhibe ettiğini ve bunun sonucu olarak kalp yetmezliğinde görülen su ve tuz tutulmasını kısıtladığını gösteren hayvan deneyleri literatürde yerini almaktadır (2). Yine in vitro çalışmalar, D vitamininin proinflamatuvar sitokinleri baskıladığını ve anti-inflamatuvar sitokinlerin artışına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir (3). Bu çalışmada, D vitamininin kalp yetmezliği ve remodelling üzerindeki etkilerine ait literatür bilgileri doğrultusunda, bölümümüz de takip edilen dilate kardiyomiyopati hastalardaki vitamin D düzeylerinin gösterilmesi, eksiklik olan hastalara yerine koyma tedavisi uygulayarak bu tedavi sonrası kardiyak fonksiyonlarının olası yanıtını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında bölümümüzde takip edilen ve dilate kardiyomiyopati tanısı almış 11 hastadan hastane yatış dönemlerinde vitamin D düzeyi, Parathormon düzeyi, kalsiyum, fosfor, alkalin fosfat ve albümin düzeyleri çalışıldı. Hastaların ekokardiyografik parametreleri (M-mode sol ventrikül diyastol sonu çapı (LVEDD), sistol sonu çapı (LVESD), ejeksiyon fraksiyonu (EF%), fraksiyonel kısalma (FS%), Diyastolik fonksiyonları için; mitral kapak Doppler ölçümleri (peak early (E) ve atriyal (A) velositeleri), E/A oranları kaydedildi.

Bulgular:

Hasta	Yaş	Cins	Kilo	Boy	BMI	Süre	Tanı
1	18	K	40	162	15.2	5 yıl	dkmp, vsd,pht
2	14	E	42	160	16.4	12 yıl	dkmp, ak, shone kompleks
3	12	K	24	133	13.6	3 yıl	dkmp, idiyopatik
4	15	E	70	176	22.6	3 yıl	dkmp, kt sekonder
5	6	K	15	102	14.4	3 yıl	dkmp, kt sekonder
6	8	E	26	118	18.7	5 yıl	dkmp idiyopatik
7	16	E	69	160	27	4 yıl	dkmp idiyopatik
8	9	E	23	137	12.3	3 yıl	dkmp idiyopatik
9	4	E	14	88	18.1	2 yıl	dkmp idiyopatik
10	14	K	58	165	21.3	5 yıl	dkmp idiyopatik, cp
11	7	K	20	115	15.1	3 yıl	dkmp idiyopatik

Hasta no	PTH 19.8-74.3 ng/mL	25 OH VİT D 10-50 ng/mL	CA 8.2-10.6 mg/d	P 2.5-4.5 mg/d	ALP 53-141 u/L	Tedavi
1.	75.3	6	9.5	3.9	101	100000 IU
2.	29.7	14.7	10	4.7	388	
3.	24.8	20.1	10.2	4.6	119	
4.	35.3	7.2	9.8	2.9	114	100000 IU
5.	8	3	8.8	3.4	205	50000 IU
6.	54	22	10.2	6.2	263	
7.	83	12	9.7	4.2	77	100000 IU
8.	148	5.3	9.4	4.3	217	100000 IU
9.	74	19	9.8	5.1	212	
10.	82	11.8	9.7	4.6	115	100000 IU
11.	41.8	31.7	9.6	4.2	249	

Hasta no	LVEDD	LVEDS	EF	FS	E/A
1.	5.55/5.15	3.64/3.74	57/52	27/24	1.1/1.5
2.	6.80	5.12	47	24	2.3
3.	5.45	4.31	42	20	1.4
4.	6.99/5.45	4.88/3.69	56/60	30/32	1.4/1.3
5.	4.22/4.26	3.83/3.74	20/26	9/12	2.6/1.7
6.	4.89	3.19	57	30	1.9
7.	8.51/7.69	7.26/6.21	29/32	14/16	1.29/1.4
8.	6.52/6.18	5.62/5.39	28/27	14/12	1.9/1.8
9.	5.27	4.22	41	20	1.34
10.	4.82/5.77	3.97/4.68	28/38	16/18	1.8/2.1
11.	6.34	4.94	44	22	2.2

Tartışma ve Sonuç:

D vitamini intestinal kalsiyum emiliminde ve kemik mineralizasyonun da önemli bir prohormondur. D vitamini reseptörünün bir çok dokuda reseptörü olması, D vitaminin bu dokularda ne tür bir fonksiyonu olduğu ve ne tür hastalıklarla ilişkisi olduğu merak konusu olmuştur. Bu konu ile ilişkili erişkinler de yapılan çalışmalar da kardiyovasküler hastalıklarda (hipertansiyon, kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalıkları) risk faktörü olabileceği gösterilmiştir (4,5). Çocuklarda yine D vitamin eksikliğine ve hipokalsemiye bağlı konjestif kalp yetmezliği ile sonuçlanan vakalar bildirilmiştir. (6) D vitaminin etki mekanizması tam olarak bilinmese de en popüler görüş renin-anjiotensin-aldosteron sistemine negatif etkisi, kalbe direkt etkisi ve proinflamatuvar sitokinleri baskılayıp, anti-inflamatuvar sitokinleri artırması olarak kabul edilmektedir. Kronik kalp yetmezliğinin patofizyolojisinde büyük önemi olan bu mekanizmalar da etkisi olan D vitaminin dilate kardiyomiyopati hastalardaki düzeyi ve yerine koyma tedavisi sonrası hastaların yanıtını göstermek çalışmamızın amacıydı. Çalışmamızda hastaların yarısından fazlasında D vitaminin düzeyinin eksik olduğu görüldü ve yerine koyma tedavisi uygulandı. Kısa dönem (10 gün) sonrası ekokardiyografik bulgularında belirgin bir düzelme görülmedi. Bu sonuç D vitamini tedavisi sonrası erken dönemde belirgin yanıt olmadığının göstergesi olmakla beraber benzer bir çalışmada 1.5 ve 3 ay sonrası dönemde hastaların EF, FS ve MPI'sında istatistiksel olarak anlamlı düzelme, sol ventrikül diyastol sonu çapında belirgin gerileme olduğu görülmüştür (7). Hasta sayısının az olması ve erken dönem ekokardiyografi bulguları ve kiniklerinde belirgin bir düzelme saptamamıza rağmen dilate kardiyomiyopati hastalarda cinsiyet, yaş ve malnutrisiyondan bağımsız olarak D vitamini düzeylerinin bu hastalarda düşük olabileceğini çalışmamızda göstermiş bulunmaktayız.

INFANTİL NEFROTİK SENDROMLU BİR HASTADA HIGH VENOZUM ASD VE PERİFERİK PULMONER STENOZ

MEHMET BURHAN OFLAZ, FATİH BOLAT, DEMET ALAYGUT, MELİH TİMUÇİN DOĞAN, AHMET SAMİ GÜVEN, ALİ KAYA, ÖMER CEVİT, FÜSUN DİLARA İÇAĞASIOĞLU, ASİM GÜLTEKİN

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SİVAS

Olgu:

33 yaşındaki anneden 37. gebelik haftasında sezaryen ile 2800 gr G4 P2 Y2 A2 olarak doğmuş olan hasta mekonyumla boyalıymış, ağlamamış ve morarması olmuş. Birinci dakika APGAR skoru 3, 5. dakikada 5 puanmış ve solunum sıkıntısı nedeniyle iki gün mekanik ventilatör desteği almış. Soy geçmişinde 1. derece akrabalık olan hastanın yaşamının 4. gününde göz kapaklarında belirgin ve pretibial gode bırakan ödemi fark edildi ve idrar tetkikinde 2(+) proteinüri, kan biyokimya incelemesinde albümin 0.7 gr/dl bulundu. Spot idrarda protein/kreatinin oranı:70, hipoalbuminemi ve <3 ay olması üzerine hasta infantil nefrotik sendrom olarak değerlendirildi. Proteinüriye neden olan sekonder nedenler açısından yapılan serolojik incelemede CMV, EBV, Sifiliz, Rubella, Toxoplazma, HIV, HBV, HCV negative sonuçlandı. Üriner ultrasonografide böbreklerin ekojenitesi grade 2 ve her 2 böbreğe yapılan renal Doppler incelemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Annede antenatal dönemde polihidramnios, plasentada büyüklük ya da SLE öyküsü yoktu. Troid fonksiyon testleri, ANA paneli negatif, göz dibi muayenesi doğaldı. Hastaya yaygın ödemleri olması nedeniyle human albumin replasmanı ve kaptopril başlandı. Günlük kalori 120 kcal/kg/gün, proteini 3-4 gr/kg olacak şekilde diyet verildi. Antitrombotik etki için 3 mg/kg asetilsalisilik asit, 400 IU/gün D3 vitamini, 500-1000 mg/gün Ca ve 50 mg/kg/gün Mg başlandı. Onikinci günde yapılan ekokardiyografik incelemede sağ kalp boşluklarının geniş olduğu (sağ ventrikül diyastol sonu genişliği : 14.6 mm), inter atriyal septum üzerinde high venozum bölgede 6 mm genişliğinde sol-sağ şant gösteren defekt izlendi. Sağ üst pulmoner ven komşuluğunda SVC alt ucu defektin tepesine açılmakta ve SVC akımı her iki atriyuma birden yönelmekteydi. Sistolik ve diyastolik kardiyak fonksiyonları normal olan ve pulmoner kapak düzeyinde darlık olmayan hastanın pulmoner akım hızı:1.6 m/s idi. Bifurkasyon düzeyinde türbülans akım izlendi. Sol pulmoner arter (3.9 mm) akım hızı 2.8 m/s (31 mmHg), sağ pulmoner arter (4.3 mm) akım hızı 2 m/s, Pulmoner indeksi: ~2 idi. Hastanın nefrotik sendrom olması ve kalp defektinin hemen cerrahi müdahale gerektirmemesi nedeniyle kardiyak açıdan yakından izlenmesine karar verildi.

Tartışma:

İnfantil tip nefrotik sendrom (NS) ülkemizde oldukça nadir görülen ve yüksek mortalite hızı nedeniyle dikkat çeken bir hastalıktır. Hayatın erken dönemlerinde başlayan ödem, masif proteinüri ve hipoproteinemi ile kendini belli eden hastalıkta primer en sık neden NPHS1 gen mutasyonu ile oluşan Fin tipi NS dir. Sekonder nedenler

intrauterin CMV, Sifiliz, Toksoplazmozis, Rubella, HIV, HBV, HCV enfeksiyonlarıdır. İnfanıl tip NS' da hastalarda steroid tedavisine yanıt zayıftır. Literatürde bu hastalara tek taraflı nefrektomi ve böbrek nakli uygulamalarını öneren çalışmalar bildirilmiştir. Bu tedavilerin yapılamadığı ya da başarısız olduğu hastalar sık tekrarlayan enfeksiyonların da tabloya eklenmesiyle genellikle hayatın ilk bir yılı içerisinde kaybedilmektedirler.

Yaşamın erken dönemlerinde tespit edilen steroid rezistans NS' lu hastaların değerlendirildiği bir çalışmada olguların %89' unda (16 olgu) kardiyak patolojilerin eşlik ettiği, sol ventrikül hipertrofisi (8), pulmoner stenoz (6), diskret subaortik stenoz (2) ve birer olguda Ebstein Anomalisi ve ventriküler septal defekt tespit edilmiş. Bizim olgumuzda tanımlanan parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi ve high venozum tipi atriyal septal defekt anomalisinin infanıl tip konjenital nefrotik sendrom ile birlikteliği literatürde daha önce hiç bildirilmemesi açısından önemlidir.

Sonuç:

Yenidoğan döneminde bulgu veren bir hastalık olan infanıl tip NS nadir görülmesine rağmen eşlik edebilen kardiyak patolojiler olması nedeniyle bu hastaların semptom veya üfürüm gibi kardiyak bulguları olmasa da ekokardiyografik olarak değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamak istedik.

PB-137

FALLOT TETRALOJİSİ NEDENİ İLE TAM DÜZELTME YAPILAN HASTADA GELİŞEN SİSTEMİK KAPİLLER KAÇAK SENDROMU

TUNÇ TUNÇER¹, ERKUT ÖZTÜRK¹, FATMA SEVİNÇ ŞENGÜL¹, İSA ÖZYILMAZ¹, SERTAÇ HAYDIN¹, HASAN ÖNAL², ALPER GÜZELTAŞ¹, ENDER ÖDEMİŞ¹

¹İSTANBUL MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

²KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş ve Amaç:

Sistemik kapiler kaçak sendromu hemokonsantrasyon, hipoalbüminemi ve ödemin eşlik ettiği, plazmanın doku dışına kaçışına bağlı tekrarlayan hipovolemik şok atakları ile belirgin bir tablodur. İlk kez 1960 yılında Clarkson ve ark.'ları tarafından tanımlanmıştır. Ataklar sırasında oluşan ağır hipovolemiye hipoalbüminemi, ve hemokonsantrasyon eşlik eder. İzlemde hastalarda yaygın bir şekilde bağırsaklarda ödem, asit, plevral ve perikardiyal sıvı gelişip yaşamı tehdit edici bir tablo oluşturabilir. Burada plevral sıvı ve yaygın ödemin eşlik ettiği, albümin replasmanına yanıt vermeyen hipoalbüminemisi olan Fallot Tetralojisi nedeni ile opere edilmiş 2,5 yaşında bir kız olgu sunuldu.

Olgu:

İki yaş altı aylık kız hasta situs inversus totalis + Fallot Tetralojisi nedeni ile tam düzeltme

yapılıp hastanemiz çocuk yoğun bakımına entübe olarak alındı. Tedavisinin 5. gününde günlük çekilen akciğer grafisinde sağda efüzyon saptanıp toraks dreni takıldı. Takibinde drenaj tüplerinden gelen sıvı artıp günlük bir litreye kadar çıktı. Bu süreçte yaygın ödemleri de gelişen ve albümin düzeyi 2,5 mg/dl olan hastaya hem sıvı replasmanı hem de albümin desteği verildi. Hasta ancak yoğun inotropik destek ile normotansif olarak izlendi. Takibinin 9. gününde batın distansiyonu ve solunum sıkıntısı gelişti. Çekilen akciğer grafisinde solda efüzyon görülüp buraya da toraks dreni takıldı ve hasta entübe edildi (resim 1). Hastanın tedavi sürecinde ateşinin olmaması, kan, idrar ve endotrakeal aspirat kültürlerinde anlamlı bir üreme görülmemesi, akut faz yanıtının negatif olması nedeniyle enfeksiyon düşünülmedi. Albümin düzeyi 1,7 mg/dl'ye düşünce, kapiller kaçak sendromu düşünülerek tedavisiye metilprednizolon, intravenöz immünglobulin, aminofilin ve taze donmuş plazma eklendi. Bu tedavilerle üçüncü günde hastanın drenaj tüplerinden gelen sıvılar, vücut ödemi, batın ve akciğerlerdeki sıvılarında belirgin azalma görüldü. Akciğer grafisinde de belirgin düzelme görüldü (resim 2). Hastanın sıvı, inotropik desteği azaltıldı ve hasta ekstübe edildi.



Tartışma ve Sonuç:

Postoperatif dönemde yaygın ödem ve hipoalbüminemi gelişen hastalarda albümin replasmanına rağmen ödemlerin azalmaması ve albümin miktarının yükselmemesi durumlarında kapiller kaçak sendromu mutlaka akla gelmelidir. Bu hastalarda albümin

verilmesi ödemi daha fazla arttırabilir. Bizim hastamızda olduğu gibi intravenöz immünglobulin, aminofilin ve taze donmuş plazma tedavisine hızlı yanıt verir.

PB-138

KARACİĞER YETERSİZLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ: KONJESTİF HEPATOPATİ

GÜRKAN ALTUN, KÖKSAL BİNNETOĞLU, ÖZLEM KAYABEY, KADİR BABAOĞLU

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Olgu:

Konjestif hepatopati, kardiyak fonksiyon bozukluğuna sekonder pasif venöz konjesyonun hepatik durumudur. Konstriktif perikardit, mitral kapak darlığı, triküspid kapak yetersizliği ve kardiyomiyopati gibi sağ kalp yetersizliğine yol açan herhangi bir neden hepatik konjesyona yol açabilir. Burada karaciğer fonksiyon testlerinde ciddi bozulma saptanıp tetkiklerinde kardiyomiyopatiye sekonder konjestif hepatopati tanısı alan yaşları 15, 15 ve 17 olan 3 adölesan hasta sunulmuştur. Daha önce bilinen bir hastalığı olmadığı ifade edilen hastalarda, karaciğer fonksiyonlarında bozulma nedeniyle tetkik edilirken solunum sıkıntısı nedeniyle çekilen akciğer grafilerinde kardiyomegali saptandı. Bunun üzerine kardiyak açıdan değerlendirilen hastaların ekokardiyografik incelemelerinde dilate kardiyomiyopati (EF:% 34, % 25 ve %25) tanısı konuldu. Dilate kardiyomiyopati tanısı alan iki hastada da konjesyonun kontrol altına alınmasıyla birlikte konjestif hepatopati bulguları kademeli olarak tedavinin 9. ve 16. gününde tam olarak düzeldi, 2 hafta boyunca baska bir merkezde hepatit, kolesistit on tanilariyla takip edilen diger hasta ise tedaviye rağmen yatışının 2. gününde kaybedildi.

Sonuç olarak, hepatik disfonksiyon bulguları olan hastaların kardiyak açıdan da değerlendirilmesi ile olası zaman kaybı önlenecektir. Zaman kaybedilmeden başlanılacak antikonjestif tedavi ile hepatik disfonksiyonun kısa bir sürede düzelebileceği bilinmelidir. Bu olguların sunulmasındaki amaç, bu klinik duruma farkındalığı arttırmaktır.

SOLUNUM ARRESTİ İLE GETİRİLEN VASKÜLER RİNG OLGUSU; AYNA HAYALİ SAĞ ARKUS AORTA, KOMMERAL DİVERTİKÜLÜ VE SOL LİGAMENTUM ARTERİOSUM

ALİ YILDIRIM¹, GÖKMEN ÖZDEMİR¹, BEKİR KAYHAN², BİRSEN UÇAR¹, TEVFİK DEMİR¹, PELİN KÖŞGER¹, ZÜBEYİR KILIÇ¹, HALİL TÜRKÖĞLU³

¹ *ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ, ESKİŞEHİR*

² *29 MAYIS TÜRKİYE DİYANET VAKFI HASTANESİ, İSTANBUL*

³ *İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL*

Olgu:

Vasküler halka aortik ark ve pulmoner arterin, solunum ve beslenme problemlerine neden olabilen bir grup anomalisidir. Tüm kardiovasküler anomaliler arasında %1'den az oranda bildirilmiştir. Asemptomatik vakalar nedeniyle bu oran gerçek degerin altındadır. En sık saptanan tipi double aortik arktır (%40). Hastalarda değişik şiddetlerde öksürük, dispne, inspiratuvar stridor, disfaji ve solunum yetersizliği görülür.

Hastanın öyküsünden 1,5 aylıkken solunum güçlüğü, hırıltılı solunum ve öksürük şikayetleriyle başvurduğu hastanede pnömoni tanısıyla yatırılıp, antibiyotik tedavisi başlandığı öğrenildi. Solunum sıkıntısı gerilemeyen hasta, solunum arresti gelişince entübe edilerek ve kliniğimize yönlendirildi. Hasta entübe edilmiş olarak yoğun bakımda görüldü, solunum sesleri bilateral eşit alınıyordu, sağ akciğer bazalinde krepitan raller mevcuttu. Gerilemeyen solunum sıkıntısı nedeniyle yapılan ekokardiografik incelemede sağ arkus aortanın olduğu ve bu arkusun önünde, arkusa paralel uzanan, daha hipoplazik ikinci bir vasküler yapının olduğu görüldü. Vasküler ring düşünülen hastaya toraks BT anjiyografi çekildi. BT anjiyografide ayna hayali sağ arkus aorta, kommeral divertikülün mevcut olduğu, trakeanın karina bölgesinde ve sol ana bronşun proksimalinde basiya ugradığı görüldü. Kalp kateterizasyonu ile bulgular teyit edilerek hasta operasyona verildi.

Bulguları erken başlayan ve ağır solunum yetmezliği ile seyreden olgumuz nedeniyle düzelmeyen solunum sıkıntısı olan hastalarda vasküler ringin akılda tutulması gerekliliği vurgulandı.



PB-140

İDİOPATİK PULMONER HEMOSİDEROZLU BİR HASTADA GELİŞEN DİLATE KARDİYOMİYOPATİNİN NEDENİ: ÇÖLYAK HASTALIĞI

GÜRKAN ALTUN, ZEYNEP SEDA UYAN, KÖKSAL BİNNETOĞLU, KADİR BABAOĞLU

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Olgu:

Çölyak hastalığı, gluten içeren tahıl ürünlerine karşı duyarlı olan kişilerde kronik malabsorbsiyon ile karakterize bir hastalıktır. İdiyopatik pulmoner hemosideroz (İPH) ise anemi, hemoptizi ve tekrarlayan alveoler kanama ile karakterizedir. İPH'nın çölyak hastalığı ile birlikteliği bilinmekle birlikte kardiyomiyopatinin çölyak hastalığı ile birlikteliği ise nadir olarak bildirilmiştir. Bu iki durumun birlikte olduğu çölyak hastalığı ise oldukça nadirdir. Burada İPH tanısı ile 6 aydır takip edilen, solunum sıkıntısı nedeniyle kliniğimize başvuran 12 yaşındaki erkek hasta bildirildi. Telekardiyografide kardiyomegali saptandı ve ekokardiyografik incelemede dilate kardiyomiyopati (EF:% 31) tanısı konuldu. Daha önce çölyak hastalığı ile uyumlu olabilecek hiçbir semptomu olmayan hastanın kardiyomiyopatisi saptandıktan sonra olası çölyak hastalığı tetkikleri

hızlandırıldı. Antigliadin, antiendomisyum ve doku transglutaminaz otoantiklorları pozitif olarak bulundu. Endoskopik ince barsak biyopsisi çölyak hastalığı ile uyumlu olarak saptandı.

İPH'lı olgularda dilate kardiyomiyopatinin etyolojisinde çölyak hastalığı akla gelmelidir. İdiyopatik pulmoner hemosideroz hastalarında çölyak hastalığının klinik bulguları olmasa bile çölyak tarama testlerinin rutin olarak yapılması, gerek İPH'de gerekse çölyak hastalığında belirli aralıklarla rutin ekokardiyografik inceleme yapılmalıdır.

PB-141

DİSFAJİNİN EŞLİK ETTİĞİ DOPAMİN ANTAGONİSTİ VE ANTİKONVÜLZAN REZİSTAN SYDENHAM KORELİ BİR OLGU

MEHMET BURHAN OFLAZ, AHMET SAMİ GÜVEN, FÜSUN DİLARA İÇAĞASIOĞLU

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SİVAS

Olgu:

Onüç yaşında kız hasta,istem dışı hareketler,konuşmada bozulma ve duraksama şikayetiyle çocuk acile başvurdu.Hastanın 2 gündür istem dışı hareketleri olup geceleri daha da artıyormuş,ayrıca ellerinde ayaklarında ani atmalar,konuşurken duraksamalar başlamış.Bu şikayetleri başlamadan yaklaşık 1 ay önce ayaklarında şişlik ve ağrıları olmuş özellikle bacaklarında ve eklem yerlerinde gezici tarzdaymış. Çarpıntı,çabuk yorulma,aralıklı nefes darlığı olan hastanın ateş,kilo kaybı,iştahsızlığı olmamış.Bu şikayetle başvurdıkları bir hastanede CRP:3.88mg/dl(0-1), ASO:466Todd Ü, sedimantasyon:44mm/saat bulunmuş.FMF gen analizi istenmiş ve hasta ortopedi kliniğine yönlendirilmiş,hastaya büyüme ağrısı olduğu söylenerek bacağı 5 gün alçıya alınmış.Bir hafta sonra kontrole gittiğinde hastanın eklemlerinde şişlik ve ısı artışı şikayeti yineleyince bir fizik tedavi rehabilitasyon polikliniğine başvurmuş.Burada yapılan tetkiklerinde sedimantasyon:23mm/saat, CRP:32,1mg/dl(0-8), vitaminD(25-OH):10,94ng/ml(20-32), lökosit:8460/mm³,Hb:13 g/dl bulunmuş ve hastaya fizik tedavi bölümü tarafından "cold terapi" ve nonsteroidal antienflamatuvar ilaç tedavisi başlanmış.Bu arada hastanın başvurdaki nörolojik problemlerinin belirmesi üzerine önce erişkin nörolojiye başvurmuş,şikayetleri artınca çocuk acil servisimize başvurmuş. Fizik muenesinde: genel durum iyi,bilinci açık,TA:120/70mmHg,ateş:37,9°C,nabız:104/dk, VA:49kg(50-75p), boy:159cm(50-75p), servikalde bilateral mobil 2-3 adet 0,5x0,5cm boyutlarında lenfadenopati,orofarinks hafif hiperemik,mitral odakta en iyi işitilen ve sol aksiller bölgeye yayılan 3/6° pansistolik üfürüm,ekstremitelerde koreiform hareketler mevcuttu.Tetkiklerinde lökosit:12.290/mm³,Hb:12,8g/dl,CRP:68,3mg/L, ASO:988Todd Ünite,sedimantasyon:54 mm/saat bulunması üzerine yapılan ekokardiyografik incelemede;3-4° mitral kapak yetersizliği,kapak ekojenitesinin arttığı,kapak kalınlığının 5.6mm olduğu,yetersizlik jetinin posterolaterale yönelimli,4.3cm uzunluğunda ve

4.9m/s hızında olduğu,ejeksiyon faraksiyonu:%68,sol ventrikül diyastol sonu çapı:4,9cm, sol atriyum:4.5cm(sol kalp boşluklarının geniş olduğu bulundu.Hasta akut romatizmal ateş,kardit ve kore tanılarıyla servise yatırıldı.Hastanın boğaz kültüründe; β hemolitik streptokok, α hemolitik streptokok, Neisseria spp üredi.Hastaya 1.200.000ünite benzatin penisilin intramüskuler yapıldıktan sonra prednizolon 2mg/kg dozunda başlandı.Koreiform hareketlerine yönelik olarak pediatrik nörolojinin önerisiyle sodyum valproat 10mg/kg başlandı.Klinik izleminde istemsiz hareketlerinde gerileme olmayan hastanın tedavisine haloperidol 2x2 damla eklenmesine karar verildi. Ancak hastanın şikayetlerinin giderek artması,geceleri uyuyamaması ve katı gıdaları çiğneyememe ve yutamama şikayetleri gelişti.Sodyum valproat ve haloperidol tedavisi yüksek dozlara çıkılmasına rağmen hastanın steroid tedavisinin 14.gününde ayakta duramama,yürüyememe,iştah kaybı,katı gıdaları çiğneyememe ve yutamama yanında koreiform şikayetlerinin giderek artması üzerine intravenöz immunglobulin başlanması planlandı.Hastanın beyin MRG normal,ANA ve dsDNA negatif,immunglobulin,C3,C4 düzeyleri,tiroid fonksiyon testleri ve üveit açısından göz muayene bulguları normal olarak değerlendirildi.IVIG tedavisinin 3.gününde hastanın şikayetlerinde azalma gözlemlendi.İzlemde klinik olarak düzelen hastanın haloperidol ve sodyum valproat dozu azaltıldı,4 haftalık tam doz steroid tedavisi sonrasında azaltma döneminde hasta düzenli kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Olgumuzda,hastanın semptomlarının bize başvurudan çok önce başladığı,bu süre zarfında ailenin ilk fırsatta hastaneye başvurmaya rağmen doğru teşhis ve tedavi yapılmadığı dikkat çekicidir.Akut romatizmal ateşin azalmakla birlikte hala sık olarak görüldüğü ülkemizde hekimlerin bu konuda yeterli bilgi ve deneyimlerinin olmaması romatizmal tutuluma bağlı kardiyak morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir sorundur.Bizim olgumuzda olduğu gibi antikonvülzan ve dopamin antagonistlerinin yüksek dozlarda ve kombine kullanılmasına rağmen kore bulgularının kontrol altına alınamadığı klinik olarak ağır seyreden koreli hastalarda İVIG tedavisinin oldukça etkili ve tedaviye dirençli olgularda erken dönemde güvenli bir şekilde kullanılabileceğini vurgulamak istedik.

PB-142

ERİTEMA MULTİFORME İLE GELEN İNKOMPLET KAWASAKİ-OLGU SUNUMU

NİLÜFER GÖKNAR, TÜRKAY SARITAŞ, SELÇUK VAROL, SELÇUK UZUNER, FARUK ÖKTEM

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Eritema multiforme ile başvuran bir Kawasaki olgusunu tartışmaktır.

Olgu:

Beş gündür süren yüksek ateşi ve döküntüsü olan 5 yaş erkek hastanın döküntüsü daha çok ekstremitelerinin ekstansör yüzeyinde, daha az ise gövdede idi. Yüzde, saçlı deride veya el/ayak içinde lezyon yoktu. Bilateral nonpürülan konjunktivit ve sol servikal 1.5 cm lenfadenomegali mevcuttu. Tetkiklerinde BK 6300/mm³, trombosit: 312000/mm³, CRP: 6.8 mg/dL, albumin: 4 gr/dL, hematokrit: % 29, sedimentasyon: 83 mm/saat saptandı.

Ekokardiyografide koroner tutulum görülmedi. Yatışının ikinci gününde el-ayak parmak uçlarında ödem ve eritem görüldü. IVIG 2 gr/kg ve aspirin 90 mg/kg başlandı. İzleminde ateşi 24 saat içinde, döküntüleri 3 gün içinde geriledi. Yatışının beşinci gününde trombositleri 597000/mm³ saptandı. İnkomplet Kawasaki olduğu düşünülen olguda sonradan trombositozun da eklenmesiyle Harada skorlamasının 4/7 müspet olduğu görüldü.

Tartışma:

Eritema multiforme pek çok ilaç ve enfeksiyonlara ikincil görülebileceği gibi KH'na da eşlik edebilir. Ayırıcı tanıda özellikle dirençli ateşi olan olgularda Kawasaki hastalığı da düşünülmelidir.

PB-143**KONJENİTAL SOL VENTRİKÜL ANEVİZMALI BİR OLGU SUNUMU**

AHMET İRDEM, MEHMET KERVANCIOĞLU, OSMAN BAŞPINAR, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Çocuklarda nadir görülen ve genellikle asemptomatik olan konjenital sol ventrikül anevrizmalı bir aylık kız olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Konjenital sol ventrikül anevrizmasına, transtorasik ekokardiyografi ve anjiyografi kullanılarak tanı konuldu.

Bulgular:

Bir aylık kız olgu, kalbinde üfürüm olması nedeni ile konjenital kalp hastalığı şüphesi ile kliniğimize yönlendirildi. Olgunun fizik muayenesinde pulmoner odakta 3/6 derecede sistolik ejeksiyon üfürümü haricinde patolojik bulgu yoktu. Ekokardiyografide, klasik

apikal dört boşluk görüntüsünde, interventriküler septumda (İVS) fokal hipertrofi olduğu ve İVS'nin atriyoventrikler kapaklara yakın bölgesinde şüpheli bir defekt imajı olduğu görüldü. Renkli Doppler incelemesinde, ventriküler septal defekte görülmesi beklenen türbülans akımın olmadığı, modifiye açılardan yapılan ekokardiyografik görüntülemelerde ise, bu şüpheli defekt imajının, anevrizma girişi (ağızı) olabileceği ve girimin İVS'deki fokal hipertrofinin altında kaldığı ve maskelenmiş olabileceği düşünüldü. Anjiyografide ise sol ventrikül kontras madde enjeksiyonunda, İVS'den kaynaklanan, sağ ventrikülün sol tarafında ve sternumun arkasına doğru uzanım gösteren, geniş bir anevrizmatik yapının olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Konjenital sol ventrikül anevrizmasında, ekokardiyografi değerlendirilmesi çok dikkatli ve titiz bir şekilde yapıldığında, anevrizmanın görülebildiğini ve yapılacak selektif sol ventrikül anjiyografide ise anevrizmanın çıkış yerinin, boyutunun ve komşuluklarının, kardiyak tomografi ve manyetik rezonansa gerek kalmadan, daha net ortaya çıkabildiğini düşünüyoruz.

PB-144

YAYGIN ASİTLE SEYREDEN İDİOPATİK RESTRIKTİF KARDİYOMİYOPATİLİ OLGU SUNUMU

AHMET İRDEM, OSMAN BAŞPINAR, MEHMET KERVANCIOĞLU, ONUR BALCI, ŞAMİL HIZLI

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Yaygın asitle birlikteliği az olan idiyopatik restriktif kardiyomiyopatili 5 yaşındaki olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Fizik muayene, EKG, EKO, periton parasentez sıvısı kullanılarak olgu değerlendirildi.

Bulgular:

Fizik muayenesinde boyun venöz dolgunluğu, taşikardi, mezokardiyak odakta 4/6 sistolik ejeksiyon üfürümü ve karında yaygın asit (karın çebresi 79 cm) vardı. EKG'de uzun ve bifazik P dalgası vardı. İki boyutlu transtorasik ekokardiyografide, ventrikül boyut ve sistolik fonksiyonları (ejeksiyon fraksiyonu % 75) normal iken, iki atriyumda ileri derecede genişleme vardı. Mitral giriş doppler kayıtlarında kapak erken (E) pik velositesinin (1.12m/sn) ikinci (A) pik velositesine (0.41m/sn) oranı (E/A 2.73) diyastolik disfonksiyon ile uyumlu idi. Triküspid kapakta ileri derece yetmezlik görüldü. Yetmezlik

jet velositesinden hesaplanan pulmoner arter sistolik basıncı 35-40 mmHg idi. Karındaki asit sıvısı, modifiye Light kriterlerine göre transuda vasfındaydı.

Tartışma ve Sonuç:

Restriktif kardiyomiyopati, çocuklarda görülen kardiyomiyopati olguların %5'inden azını oluşturan, atriyumların belirgin dilatasyonu ile seyreden nadir kardiyomiyopati türüdür. Ventriküllerin normal kontraktıl fonksiyonlarına rağmen, diyastolik disfonksiyon ile karakterizedir. Restriktif kardiyomiyopati nadiren batında asite sebep olur. Ventriküler diastolik disfonksiyon, sağ kalp yetersizliği ile birlikte ağır triküspid kapak yetersizliği sonucu batında asit gelişir. Triküspit kapak yetersizliğinde, sistol sırasında sağ atriya kaçan kan akımı ortalama sağ atriyum basıncında artışa, sağ ventrikülün diyastolik hacim yüklenmesine ve dilatasyonuna neden olur. Uzun süreli hacim yüklenmesi sonrası sağ ventrikül sistolik işlevinde de bozulma başlar. Tedaviye geç kalındığında ise geriye dönüşümsüz hale gelir. Hepatomegali, sistemik venöz göllenme, asit ile birlikte sağ ventrikül yetersizliğinin diğer bulguları ortaya çıkar. İdiyopatik restriktif KMP'de, prognozun kötü olması nedeni ile belirgin pulmoner hipertansiyon gelişmeden, kalp nakil işleminin yapılması olgunun prognozunda önemli faktördür.

PB-145

ÇİFT ODACIKLI SAĞ VENTRİKÜL: ALTI YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

ÖZBEN CEYLAN, UTKU ARMAN ÖRÜN, SENEM ÖZGÜR, MAHMUT KESKİN, VEHBİ DOĞAN, SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAK

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Bu çalışmanın amacı çift odacıklı sağ ventrikülü olan hastaların kısa ve orta dönem sonuçlarını ile demorafik ve klinik özelliklerini belirlemek.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde ocak 2006 aralık 2010 tarihleri arasında çift odacıklı sağ ventrikül tanısı konulan 15 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Ocak 2006 aralık 2010 tarihleri arasında çift odacıklı sağ ventrikül 15 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların sekizi (%53.3) kız, yedisi (46.7) erkek idi. En küçüğü 4 aylık, en büyüğü 14 yaşındaydı (ortanca 6.4 yıl). İkişer hasta morarma ve çabuk yorulma şikayetiyle başvururken, bir hasta gelişme geriliği nedeniyle başvurdu. Geriye kalan hastaların tümü asemptomatikti. Hastaların 12'sinde (%80) ventriküler septal defeket, 12'sinde (%80) pulmoner stenoz (3'supravalvüler, 8'inde valvüler, 1'ine

periferik pulmoner stenoz), ikişer hastada subaortik ridge ve pulmoner hipertansiyon, birinde aort yetmezliği, vardı. Ortalama izlem süresi 28.6±17.4 ay idi. Hataların 13'ü merkezimizde ameliyat oldu. Bir hasta ameliyat sonrası eksitus oldu. Hastaların ikisi başka bir merkeze yönlendirildi. Ameliyat sonrası bir hastaya kalıcı pacemaker takıldı. Hastaların ikisinde fallot tetralojisi operasyonu sonrasında çift odacıklı sağ ventrikül gelişmişti.

Tartışma ve Sonuç:

Çift odacıklı sağ ventrikül daha çok okul çağı dönemde tanı konulduğu, genellikle ventriküler septal defekt ve pulmoner stenozun eşlik ettiği ve cerrahi ile kür sağlanmaktadır.

PB-146

PULMONER KAPAK YOKLUĞU İLE BİRLİKTE FALLOT TETRALOJİSİ: DÖRT OLGU SUNUMU

ÖZBEN CEYLAN, UTKU ARMAN ÖRÜN, SENEM ÖZGÜR, MAHMUT KESKİN, VEHBİ DOĞAN, SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAK

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Bu çalışmanın amacı merkezimizde pulmoner kapak yokluğu ile birlikte fallot tetralojisi (PKY- FT) tanısı alan olgularımızı çeşitli yönlerden değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem:

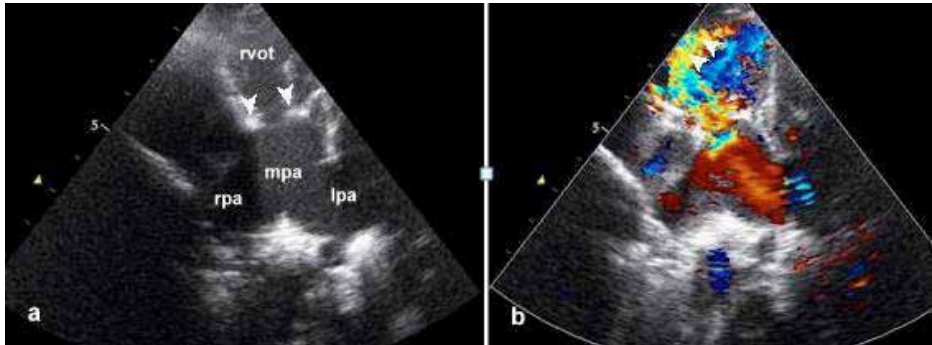
Bölümümüzde 2006-2011 yılları arasında pulmoner kapak yokluğu ile birlikte fallot tetralojisi tanısı konulan dört olgu sunuldu.

Bulgular:

Tablo 1: olguların demografik, klinik ve ekokardiyografik bulguları görülmektedir.

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4
Tanı yaşı, gün	2	28	1	5
Cinsiyet	E	E	K	E
Başvuru şikayeti	Solunum sıkıntısı, üfürüm	Solunum sıkıntısı, üfürüm	Solunum sıkıntısı, üfürüm	Solunum sıkıntısı, üfürüm
Kardiyomegali	+			
Toraks BT, akciğere bası	+	+	+	+
Oksijen sat, %	75	90	86	91
Pulmoner arterde gradivent, mmHg	50	76	55	78
Pulmoner yetmezlik derecesi	2-3.	3-4.	3-4.	3-4.
Ek anomali	ASD	ASD, Sağ arkus aorta	ASD, Sağ arkus aorta	Yok
Ameliyat durumu	Ameliyat oldu	Ameliyat olmayı bekliyor	Ameliyat oldu	Takipsiz

Olguların 3'ü erkek, biri kız idi. En küçüğü sekiz günlük en büyüğü 24 günlüktü. Olguların tümü yenidoğan döneminde tanı konuldu. Olguların tümünde solunum sıkıntısı ve kalbte üfürüm duyulması nedeniyle bölümümüze yönlendirildi ve yapılan ekokardiyografik incelemede pulmoner kapak yokluğu ile birlikte fallot tetralojisi tanısı konuldu. Akciğere olan basıyı değerlendirmek çekilen bilgisayarlı tomografide olguların tümünde anevrizmatik pulmoner arterlere bağlı trake ve ana bronşlara bası olduğu saptandı. Olguların hiçbirine anjiyografi ve katerizasyon işlemi uygulanmadı. Olguların ikisi başka bir merkezde opere oldu, olgulardan biri antikonjestif tedavi almakta olup elektif şartlarda opeasyonu beklemekte, son olgu ise takiplerine gelmediğinde ameliyat olup olmadığı bilinmemektedir. Üç olguda PKY-FT ek olarak ASD ve sağ arkus aorta var iken, bir olguda ek kardiyak anomali yoktu.



Tartışma ve Sonuç:

Pulmoner kapak yokluğu ile birlikte fallot tetralojisinin genellikle yenidoğan

döneminde kalp yetmezliği ve solunum sıkıntısı bulguları ile ortaya çıktığını, tanı için ekokardiyografinin yeterli olduğunu, akciğer basısının değerlendirmek için tomografi çekmenin faydalı olacağını belirtmek istedik.

PB-147

HETEROTAXY SENDROMLARI: ALTI YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

ÖZBEN CEYLAN, UTKU ARMAN ÖRÜN, SENEM ÖZGÜR, MAHMUT KESKİN, VEHBI DOĞAN, SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAC

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

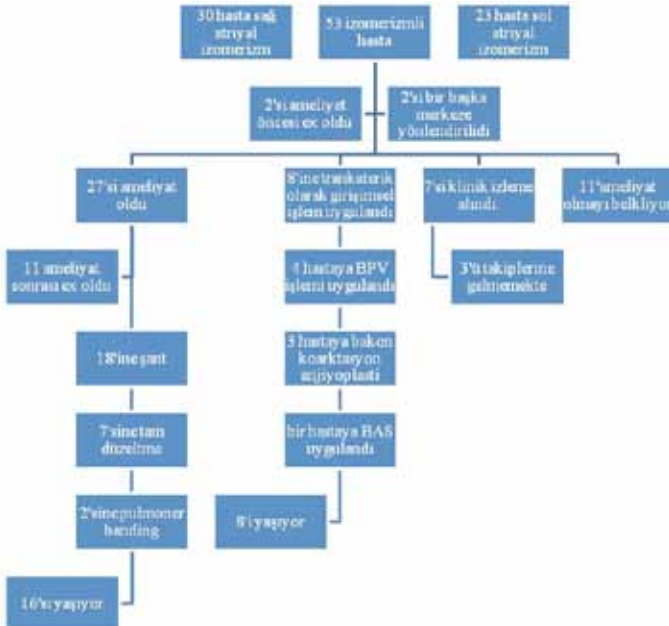
Amaç:

Bu çalışmanın amacı merkezimizdeki heterotaxyli olgularımızı demografik, eşlik eden kompleks kardiyak anomalileri saptamak, sağ ve sol atriyal izomerizimli hastaları karşılaştırmak, uygulanan girişimsel ve cerrahi sonuçları değerlendirmek istedik.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2006-haziran 2011 tarihleri arasında toplam 53 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:



Genel özellikler

Hastaların 30' u (%56.6) sağ atriyal izomerizm, 23'ünde (%43.4) sol atriyal izomerizm vardı. Hastaların 23'ü kız (%43.4), 30'u (%56.6) erkek idi. En küçüğü 3 günlük en büyüğü 16 yaşındaydı (median 5.2 ± 3.97 ay). Hastaların 27'si (%50.9) ameliyat oldu. 18'ine (%34.0) şant, 7'sine (% 13.2) tam düzeltme, 2'sine (%3.8) pulmoner banding uygulandı. Ameliyat mortalitesi %40.7 olarak saptandı. Hastaların 8'sine transkateterik olarak girişimsel işlem uygulandı. Dört hastaya balon pulmoner valvüloplasti, üç hastaya balon koarktasyon anjiyoplasti, bir hastaya balon atriyal septostomi işlemi uygulandı. Hastaların 7'sine klinik olarak izleme alındı. Hastaların 11'i ameliyat olmayı beklemektedir. Hastaların 35'i (%66.0) yaşıyor. Hastaların 13'ü (%24.5) eksitus oldu. İki ameliyat öncesi, 11'i ameliyat sonrası eksitus oldu. İki hasta başka bir merkeze yönlendirildi. Üç hasta takiplerine gelmemektedir.

Sağ atriyal izomerizimli hastaların özellikleri

Sağ atriyal izomerizimli 30 hastanın, 18'i (%60) erkek, 12'si(%40) kız idi. Çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV) 9'unda, atriyoventriküler septal defekt (AVSD) 7'sinde, pulmoner atrezi 6'sında, sağ ventrikül çıkış yolunda darlı 12'sinde, triküspit atrezisi 3'ünde saptandı. Dekstrokardi 10'unda, levokardi 20'sinde saptandı. Ventrikülerteriyel diskordans 11'inde saptandı. Sol Superior vena kava (SVC) 11 hastada saptandı.

Sol atriyal izomerizimli hastaların özellikleri

Sol atriyal izomerizimli 23 hastanın 12'si (%52.1) erkek, 11'i(%47.9) kız idi. Çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV) 6'sında, atriyoventriküler septal defekt (AVSD) 5'inde, pulmoner atrezi 3'ünde, sağ ventrikül çıkış yolunda darlı 8'inde, triküspit atrezisi 1'inde saptandı. Dekstrokardi 5'inde, levokardi 18'sinde saptandı. Ventrikülerteriyel diskordans 4'ünde saptandı. Sol Superior vena kava (SVC) 6 hastada saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Heterotaxy sendromları komplek kardiyak hastalıklar ile birlikte seyredip yüksek cerrahi mortaliteye neden olduğu görüldü. Sağ atriyal izomerizm sol atriyal izomerizme göre daha ciddi kardiyovasküler anomalilere ve daha çok sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonlarına sahip olduğunu gözledik.

AMELİYAT EDİLMİŞ DOĞUMSAL KALP HASTALIĞI OLAN BİR OLGUDA COXIELLA BURNETTİ ENFEKSİYONU

ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, UTKU ARMAN ÖRÜN, MAHMUT KESKİN, VEHBI DOĞAN, ŞEYMA KAYALI, SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAC

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Bulgular:

Q humması zoonotik bir enfeksiyon olup, zorunlu intrasellüler gram negatif bir organizma olan *Coxiella burnetii* tarafından oluşturulur. Hastalık sıklıkla asemptomatiktir. Grip benzeri febril bir tablo, pnömoni ve hepatitle seyreden akut bir form yanı sıra endokarditle seyreden kronik bir hastalık şeklinde klinik tablo oluşturur. İki yıl önce Rastelli operasyonu geçirmiş pulmoner atrezi, ventriküler septal defekt tanıları ile Sudan’da ve Ürdün’de izlenen 6 yaşında kız hasta konduitte darlık gelişmesi üzerine kliniğimize yönlendirildi. Epikrizden 6 ay önce Ürdün’de konduit darlığı için stent yapılmak istendiği ancak başarısız olduğu ve ateşi nedeniyle endokardit tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenede vücut ısı:39,5 C°, midsternal ameliyat kesi skarı, kosta altında 10 cm hepatomegali, sol inguinal bölgeye kadar uzanan splenomegali, kalpte sol sternal ikinci aralıkta 3/6 sistolik üfürüm tespit edildi. Transtorasik ekokardiyografide ve anjiokardiyogramlarda kondit ve sol pulmoner arterde darlıklar tespit edildi. Kardiyak MR incelemede verrü ve/veya çevre miyokardda apse gözlenmedi. Kültür negatif endokardit şüphesiyle 2 ay süreyle farklı antibiyotik protokolleri uygulandı ancak ateş seyrinde kısa süreli düşüşler olmasına rağmen, verilen antibiyoterapilerden fayda görmedi. Hastadan ateş etyolojisine yönelik ayrıntılı tetkikler istendi. Coombs pozitifliği mevcut olan hastanın kemik iliği normal, sıtmaya yönelik kalın damla negatif idi. Otoimmün kollajen hastalıklar, malignensi, immün yetersizlik yönünden yapılan tetkikler negatif bulundu. Tropikal bir ülkeden gelmesi nedeniyle kalın damla negatif olmasına rağmen sıtma tedavisi verildi ancak fayda görmedi. Enfeksiyöz etyolojiye yönelik istenen tetkiklerden *Coxiella Burnetti* Ig M, Ig G ve PCR pozitif gelmesi üzerine doksisisiklin ve hidroksiklorokin başlandı. Tedavinin 3. gününde ateşi düştü, 1 ay sonra karaciğer ve dalakta belirgin küçülme izlendi. Tedavi planı 18 ay olarak belirlendi.

Olgumuzdaki tanı karmaşası nedeniyle, özellikle tropikal ülkelerden gelen olgulara altta yatan bir kalp hastalığı olsun ya da olmasın uzun süren ciddi ateş etyolojisinde *coxiella burnetti* enfeksiyonunun da düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz

İNFEKTİF ENDOKARDİTLİ OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET İRDEM, OSMAN BAŞPINAR, MEHMET KERVANCIOĞLU, METİN KILINÇ,
DERYA AYDIN ŞAHİN

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

İnfektif endokardit (İE)'li olgularımızın risk faktörlerini, klinik özelliklerini, laboratuvar ve mikrobiyolojik özelliklerini ve ekokardiyografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

2004-2011 yılları arasında Duke ve modifiye Duke kriterlerine göre kesin ve olası infektif endokardit (İE) tanılı 36 olgunun klinik, laboratuvar, mikrobiyolojik, medikal tedavi sonuçları ve transtorasik ekokardiyografi (EKO) özellikleri geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular:

Duke ve modifiye Duke kriterlerine göre kesin ve olası İE tanısı alan 36 olgunun 21'i kız (%58.3), 15'i erkek (%41.7), ortalama yaşları 7.4±5.5 yıl (3 ay-18 yaş) idi. Modifiye Duke kriterlerine göre 14 olgu (%38.9) kesin İE, 22 olgu (%61.1) ise olası İE olarak değerlendirildi. Olguların 14'ünde (%38.9) kan kültüründe üreme oldu; 7 olguda (%19.4) Stafilokok, 5'inde (%13.9) a-Hemolitik streptokok (*S. viridans*), 2'sinde (%5.6) ise *Candida albicans* üredi. Olguların 32'sinde (%88.9) risk faktörü vardı. Bunların 17'sinde (%47.2) risk faktörü olarak konjenital kalp hastalığı (KKH) vardı. KKH dışındaki diğer risk faktörleri ise sırayla, 4'ünde (%11.1) prostetik kapak varlığı, 3'ünde (%8.3) romatizmal karditi ile ilişkili mitral yetersizliği, 2'sinde (%5.6) lösemi, birer (%2.8) olguda romatizmal karditi ile ilişkili mitral ve aort yetersizliği, prematürite ve uzun süreli yenidoğan yoğun bakımında yatma öyküsü, 5'ünde (%13.9) herhangi bir risk faktörü saptanmadı. 35 olguda (%97.2) EKO'da vegetasyon görüldü. 24 olguda (%66.7) 38.3 °C derecenin üzerinde yüksek ateş saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

İE, morbidite ve mortalite oranı yüksek olan bir hastalıktır. Son yıllarda çocuklarda İE sıklığındaki artışın nedeni, konjenital kalp hastalıklı olgularda yaşam süresinin artması, ve bakteriyemi riskini arttıran invazif girişim ve prostetik materyalin daha sık kullanılmaya başlanması olarak gösterilmiştir. İE'in risk faktörlerinin iyi bilinmesi ve yüksek ateşle başvuran konjenital kalp hastalıklı olgularda bu yönde dikkatli olunması gerektiğini düşünüyoruz.

UZUN SÜRE KSİLOMETAZOLİN İÇEREN NAZAL DEKONJESTAN (OTRİVİNE®) KULLANIMINA BAĞLI GELİŞTİĞİ DÜŞÜNÜLEN SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ

EYÜP ASLAN, EBRU AYPAR, AHMET SERT, FATİH ŞAP, ŞÜKRÜ ARSLAN, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

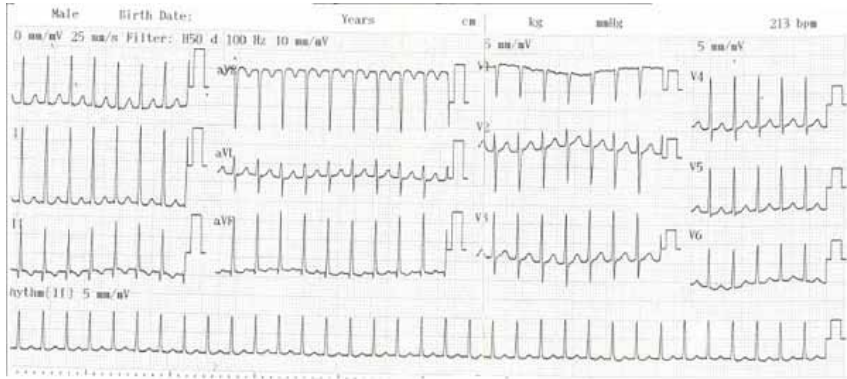
Pediyatrik yaş grubunda en sık görülen taşikardiler supraventriküler taşikardiler (SVT) olup, çoğu zaman benign seyirlidir. Tedavide, klinik olarak stabil hastalarda tek taraflı karotis masajı, yüze buz uygulama gibi manevralar başarılı olmazsa, medikal tedavi uygulanmaktadır. Bu bildiride ksilometazolin içeren nazal dekonjestan kullanımı sırasında gelişen bir SVT vakasını sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

7 yaşında kız hasta çarpıntı yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde burun tıkanıklığı için bir aydır ksilometazolin içeren nazal dekonjestan (Otrivine®) kullandığı öğrenildi.

Bulgular:

Fizik muayenesinde genel durumu iyi olan hastanın kalp hızı: 230 atım/dak, solunum sayısı: 24/dak, kan basıncı: 115/75 mmHg idi. Hastanın EKG'sinde kalp hızı: 230/dak, QRS aksı normal, QRS süresi: 0,04 sn, p dalgaları görünmüyordu, düzeltilmiş QT aralığı (QTc): 380 msn idi. Supraventriküler taşikardi olarak değerlendirildi (**Fig. 1**). Laboratuvar incelemelerinde hemogram ve elektrolit değerleri normaldi. Hastanın taşikardisi tek taraflı karotis masajı uygulanarak kontrol altına alındı (**Fig. 2**). Hastanın kullandığı nazal dekonjestanda ksilometazolin etken maddesi olduğu öğrenildi. SVT'nin bu semptomimetik ajanla tetiklendiği düşünüldü. 24 saatlik EKG (Holter) incelemesinde taşikardi, aritmi saptanmadı. İki hafta sonraki kontrolünde hastanın yakınması olmadığı öğrenildi, fizik inceleme ve EKG'si normal saptandı.



Figür 1: Hastanın başvuru EKG'sinde dar QRS taşikardi saptandı. Kalp hızı: 230/dak, QRS eksi normal, QRS süresi: 0,04 sn.



Figür 2: Karotis masajı sonrasında taşikardi sonlandırıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Ksilometazolin hidroklorür alfa-agonist sempatomimetik ajandır. Literatürde ksilometazolin içeren nazal dekonjestan kullanımına bağlı SVT vakası henüz bildirilmemiştir. Literatürde ksilometazoline bağlı gelişen yan etkiler burun kanaması, kanlı mukus, başağrısı olarak bildirilmiştir.

Sonuçlar:

Daha önce yakınması olmayan bir hastada SVT gelişmesinin nedeninin, ksilometazolinin sempatomimetik etkisiyle kalpte reentry mekanizmayı uyarması sonucu olduğunu düşünmekteyiz. Bu vaka sunumu ile uzun süre ksilometazolin ve benzeri sempatomimetik ilaçların proaritmik özellikleriyle SVT'ye neden olabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler:

Ksilometazolin, supraventriküler taşikardi, karotis masajı.

NEFROTİK SENDROMLU 3,5 YAŞINDAKİ ÇOCUK OLGUDA NADİR RASTLANILAN BİR KOMPLİKASYON; INTRAKARDİYAK BÜYÜK TROMBÜS VE TEDAVİSİ

FİLİZ EKİCİ, İBRAHİM İLKER ÇETİN, NİLGÜN ÇAKAR, ABDURRAHMAN KARA, MEHMET EMRE ARI, ABDULLAH KOCABAŞ, BAHATTİN TUNÇ

ANKARA DIŞKAPI ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ EĞİTİM VE

Amaç:

NS' lu çocuk olguların %2'sinde klinik bulgu veren tromboembolik komplikasyonlar gelişebilir. Arterial veya venöz sistemde trombüs; renal vende trombüs, pulmoner embolizm, sagittal sinus trombozu görülebilmektedir ancak intrakardiyak trombus çok nadir görülen bir komplikasyondur ve bugüne dek altı NS' lu çocuk olguda intrakardiyak trombus bildirilmiştir. Burada 3,5 yaşında steroid rezistan sekonder form NS tanısıyla izlenen bir olguda tesadüfen saptanılan intrakardiyak trombüs olgusu sunulmuştur.

Bulgular:

3,5 yaşındaki kız olgu steroide dirençli NS tanısıyla kliniğimize sevk edilmişti. Öyküsünde 3 ay önce Henoch Schönlein Purpura (HSP) tanısı almış ve iki aydır sekonder form NS gelişimi nedeniyle dış merkezde takip edilmekteydi. Standart tedaviye (oral prednizolon, siklosporin, enapril ve dipiridamol) cevap vermeyen NS nedeniyle kliniğimize sevk edilmişti. Fizik muayenede; generalize ödem, asit ve 1/6 sistolik üfürüm saptandı ancak hemodinamik bozukluk veya periferik emboli bulgusu saptanmadı. Tam kan, böbrek fonksiyon testleri normaldi. Total kolesterol ve trigliserit düzeyleri artmıştı. Serum albumin ve total proteinleri düşüktü. ANA, Anti-DNA, komplemanlar ve immunglobulin düzeyleri normal sınırlarda idi. Ekokardiyografik incelemede sağ atriyumda büyük (19X13mm) non-organize hareketli heterogen görünümde trombüs belirlendi. Sistolik fonksiyonları normaldi ve 1. derece triküspit kapak yetmezliği belirlendi. Renal doppler USG de renal trombüs saptanmadı ve pulmoner emboli bulgusu yoktu. Koagülasyon parametreleri ve tromboz paneli (Apoprotein A, protein S, Faktor II, VIII, IX, X, von-willebrand factor antigen, Protein C and Homocysteine) incelemelerinde de bozukluk saptanmadı. Anti fosfolipid ve antikardiyolipin antikor, Faktor V Leiden, Faktor II ve MTHFR gen mutasyonu negatif idi. Enoxoparin ve IV metil prednizolon (30 mg/kg 3 gün) başlandı. Tedavinin 11. gününde trombüste küçülme saptandı ve 2. ayda trombüs tamamen kayboldu. NS klinik olarak düzeldi ve parsiyel remisyon kabul edilerek ayaaktan tedaviye devam edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Sekonder form ve steroide dirençli NS olgularında TE komplikasyonlar sıktır ve ekokardiyografik inceleme bu yüksek riskli olgularda yapılmalıdır. Literatürde HSP zemininde gelişmiş NS ve intrakardiyak trombüs olgusu bulunmamaktadır. Çoğu kez

asemptomatik olan intrakardiyak trombüs erken dönemde saptanabilirse uygun medikal tedavi ile geriler ve embolik komplikasyonlar önlenabilir.

PB-152

TAKAYASU ARTERİTİ TANILI OLGUDA SAPTANAN MACARONİ BULGUSU

MELDA APAYDIN, MAKBULE VARER, GÜLTEN COŞKUN, UFUK YETKİN

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Takayasu arteriti (TA) genellikle genç kadınlarda görülen, orta ve geniş çaplı arterleri tutan bir granülomatöz vaskülitir. Başa giden geniş çaplı arterlerin tutulumu ve eşlikçi nörolojik semptomların yokluğu, hastalık için karakteristik bir bulgudur. Bizim olgumuzda bilateral İCA tıkanması ile her iki vertebral arterin beyin kan akımı kompanzasyonu görüldü. İCA daralması ve tıkanmasını gösteren ‘makarna işareti’ TA için tanı koydurucudur.

Gereç ve Yöntem:

Kadın olgumuz sol tarafında aniden beliren güçsüzlüğün değerlendirilmesi için radyoloji kliniğine gönderildi. Kontrastlı beyin MRG’de subakut sağ frontal iskemi kontrast tuttu. MRA’da da bilateral İCA tıkanması bulgusu boyun İCA segmentinde görüldü.

Bulgular:

Bilateral karotid lezyonun araştırılması ve ayrılmanması için color Doppler USG elde edildi. Arter duvarlarındaki kalınlaşmalar ‘Makarna’ şeklindeydi. Bu incelemede bilateral distal CCA arterinde çevresel, homojen ve hipoekoik duvar kalınlaşması ve her iki İCA’da tamamen tıkanma saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

TA %75 olguda aortik arkusu ve dallarını tutar. TA için en tutarlı bulgu anjiyografik olarak bilateral subklavian ve CCA arterinin tıkanmasıdır. USG ve anjiyografi, TA tanısı için birbirini tamamlayan yöntemlerdir.

OLGU SUNUMU; PROGRESİF ÇIKAN AORTA DİLATASYONU OLAN LOEYS-DİETZ SENDROMU

SEVCAN ERDEM ¹, ÖZGUR ALDEMİR ¹, ERDAL TAŞKIN ¹, ALEV KIZILTAŞ ²,
OSMAN KÜÇÜKOSMANOĞLU ², NAZAN ÖZBARLAS ²

¹MERSİN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ, MERSİN

²ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, ADANA

Amaç:

Loeys – Dietz sendromu (LDS) 2005 yılında tanımlanmış bir konnektif doku hastalığıdır. Yeni tanımlanan bir sendrom olduğu için görülme sıklığı bilinmemektedir. Vasküler anevrizmalar, hipertelorizm ve bifid uvula ya da yarık dudak, damak triadı en belirgin özellikleridir.

Gereç ve Yöntem:

Nadir görülen ve fetal hayatta tanı alan LDS'lu, çıkan aortada dev anevrizması olan bir bebeği sunuyoruz.

Bulgular:

OLGU: Anormal obstetrik USG nedeniyle refere edilen 34 haftalık gebeye fetal ekokardiyografik inceleme yapıldı; çıkan aorta (13 mm) ve ana pulmoner arterin (14 mm) geniş, mitral kapağın hafif prolabe olduğu görüldü. Miadında normal vajinal yoldan doğan bebeğin bifid uvulası, yarık damak ve dudağı, pes ekinovarusu mevcuttu. Doğumdan hemen sonra yapılan transtorasik ekokardiyografik incelemede çıkan aortanın 21 mm, ana pulmoner arterin 19.5 mm olduğu görüldü. Mitral kapak hafif prolabe idi ve hafif mitral yetmezlik vardı. Hastanın takiplerinde çıkan aortanın hızla genişlediği ve aort kapağında yetmezlik geliştiği izlendi. 50 günlük iken yapılan ekosunda çıkan aortanın 30 mm'ye ulaştığı ve orta – ağır aort yetmezliği geliştiği görüldü. Geniş patent duktus arteriozus mevcuttu. Hastaya kalp kateterizasyonu ve anjiyografi, ardından cerrahi planlandı. Genetik analiz için kan örneği gönderildi.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak; Nadir görülen LDS'lu çocuklarda arterial dilatasyonun hızla ilerlemesi nedeniyle klinik tanının hızla yapılarak tedavinin planlanması gerekmektedir.

DOĞUŞTAN KALP HASTALIKLI ÇOCUKLARDA KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİNİN TEDAVİSİNDE NT-PROBNP BİYOLOJİK BELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?

SEVCAN ERDEM, PINAR KOÇAK, ALEV KIZILTAŞ, NAZAN ÖZBARLAS

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, ADANA

Amaç:

Konjestif kalp yetersizliği (KKY) semptomları ile başvuran doğuştan kalp hastalıklı (DKH) bebek ve çocuklarda dekonjestif tedavi öncesi ve sonrasında Ross skorlaması, NT-proBNP ve ekokardiyografik inceleme yaparak aralarındaki ilişkiyi incelemek, dekonjestif tedaviye yanıtın izlenmesinde BNP'nin bir biyomarker olarak kullanılıp kullanılamayacağını göstermektir.

Gereç ve Yöntem:

Sol-sağ şanlı DKH tanısı alan ve tedavi gereksinimi olan en az 21 günlük bebek ve küçük çocuklarda tanı anında, dekonjestif tedavinin 10. ve 30. günlerinde NT-proBNP çalışıldı, Ross skorlaması ve ekokardiyografik inceleme yapıldı.

Bulgular:

Çalışmaya alınan 46 hastanın yaş ortalaması 2.7 ± 4.7 ay, ağırlık ortalaması 4.1 ± 1.7 Kg idi. Tedavi öncesi Ross skorlamasına göre hastaların 15'inde (%33) hafif, 27'sinde (%59) orta, 4'ünde (%9) ağır KKY bulguları vardı. NT-proBNP ortalaması 4983.4 ± 6326 pg/ml bulundu. Tedavinin 10. gününde hastaların 27'sine (%59) hafif, 18'inde (%39) orta, 1'inde (%2) ağır KKY vardı. NT-proBNP 2177.1 ± 2629.8 pg/ml bulundu. Tedavinin 30. gününde hastaların 41'inde (%89) hafif, 5'inde (%11) orta KKY vardı. Ağır kalp yetmezliği olan hasta yoktu. NT-proBNP ortalaması 1701.8 ± 2126.4 pg/ml bulundu. Dekonjestif tedavi ile NT-proBNP değerleri düştü, KKY skorlarının düzeldi ancak tedavi öncesi ve tedavinin 10. gününde NT-proBNP ve Ross skorlaması arasında bir ilişki gösterilemedi. Tedavinin 30. gününde NT-proBNP ve Ross skorlaması arasında pozitif korelasyon gösterildi.

Tartışma ve Sonuç:

Erken süt çocukluğu döneminde sol- sağ şanlı doğuştan kalp hastalıklarına ikincil KKY varlığında NT-proBNP değerlerinde belirgin yükseklik görülmekle birlikte KKY'nin şiddetinin belirlenmesinde klinik değerlendirme daha önemlidir.

GÖĞÜS AĞRISI YAKINMASI İLE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

KÜBRA ÖZTÜRK, İ. İLKER ÇETİN, FİLİZ EKİCİ, ABDULLAH KOCABAŞ, M. EMRE ARI,
T. REVİDE ŞAYLI

*ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, HEMATOLOJİ, ONKOLOJİ, EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Amaç:

Çocuklarda göğüs ağrısı altta yatan önemli bir hastalığın bulgusu olabilir. Bu çalışmada, hastanemize göğüs ağrısı yakınması ile başvuran hastalar etiyolojik açıdan değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2010 - Temmuz 2011 tarihleri arasında göğüs ağrısı yakınması ile başvuran 603 hastaya ait veriler; hastanın yaşı ve cinsiyeti, ağrının özellikleri (yakınmanın süresi, ağrının süresi, biçimi ve lokalizasyonu, eşlik eden semptomlar), özgeçmiş, aile öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar çalışmaları ve tanı açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların yaşı 11.8 ± 2.7 (5.5 – 18) yıl, % 46.8'i kız, % 53.2'si erkek idi. Göğüs ağrısı yakınması % 10 hastada 48 saattir (akut göğüs ağrısı), % 21.2 hastada ise 6 aydan uzun süredir (kronik göğüs ağrısı) devam etmekte idi. Göğüs ağrısı % 48.8 hastada 5 dakikadan kısa, % 33.6 hastada ise 30 dakikadan uzun sürerken, % 67 hasta ağrının batıcı vasıflı olduğunu belirtmişti. Hastaların % 46.9'unda kas-iskelet sistemi, % 17.5'inde kardiyovasküler sistem, % 5.1'inde solunum sistemi, % 3.3'ünde gastrointestinal sistem, % 3'ünde psikojenik nedenli göğüs ağrısı tespit edilirken, % 21.4'ünde göğüs ağrısı idiyopatik olarak değerlendirildi. Hastaların % 2.8'inde göğüs ağrısının kollajen doku hastalığı, Marfan sendromu, meme büyümesi, zona gibi diğer nedenlere bağlı olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamız göstermiştir ki, çocuklarda göğüs ağrısının nedeni çoğunlukla organik kökenlidir ve bu nedenle çocuklarda göğüs ağrısı yakınması ayrıntılı olarak incelenmelidir.

SENKOP YAKINMASI İLE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

M. ALPER İKİZ, İ. İLKER ÇETİN, FİLİZ EKİCİ, ALEV GÜVEN, ABDULLAH KOCABAŞ,
M. EMRE ARI, SERAP TEBER, GÜLŞEN KÖSE

*ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, HEMATOLOJİ, ONKOLOJİ, EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Amaç:

Senkop çocukluk döneminde hastane başvurularının önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Hastanemize senkop yakınması ile başvuran hastalara ait öykü ve tetkik sonuçları etiyolojik açıdan değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Aralık 2009 - Aralık 2010 tarihleri arasında hastanemiz acil servis, genel pediatri, kardiyoloji ve nöroloji polikliniklerine senkop yakınması ile başvuran 268 hastaya ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde epilepsi öyküsü olan, travma sonrası senkop tarifleyen ve hipoksik spelleri olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular:

Hastaların yaşı $12,7 \pm 1,1$ (1-18) yıl, 102'si erkek (% 39), 166'sı kız (% 61) idi. Hastaların % 82,1'i en az iki senkop atağı tariflemekteydi. Senkop atağının % 83,2 hastada ayaktayken tetiklendiği görüldü. Bilinç kaybı süresi % 84,3 hastada 5 dakika ve altında, % 6 hastada ise 10 dakikanın üzerinde idi. Senkop sırasında % 2,9 hastada inkontinans, % 13,4 hastada istemsiz hareketler, % 6,3 hastada ise dil ısırmanın olduğu ve % 2,6 hastada senkop nedeniyle minör travmalar yaşandığı belirlendi. Senkop atağı sonrasında % 38,4 hasta halsizlik, % 17,1 hasta ise baş ağrısından şikayetçi idi. Hastalar etiyolojik açıdan sınıflandırıldığında 232 hastanın (% 86,5) nörokardiyojenik senkop, 12 hastanın (% 4,4) kardiyak nedeni, 9 hastanın (% 3,3) nörolojik nedeni, 9 hastanın (% 3,3) psikiyatrik nedeni, 4 hastanın (% 1,5) durumsal, 2 hastanın (% 0,7) ise benign pozisyonel vertigo nedeniyle senkop yaşadığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Senkop nedeniyle başvuran olgularda ayırıcı tanı açısından ayrıntılı öykü almak en önemli basamaktır. Ani ölüm nedeni olabilecek bir hastalığın ilk bulgusu senkop olabileceğinden tüm hastalar ayrıntılı olarak tetkik edilmelidir.

LARSEN SENDROMU VE KONJENİTAL KALP HASTALIĞI

ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, UTKU ARMAN ÖRÜN, MAHMUT KESKİN,
SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAK

*DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Amaç:

Larsen sendromu, çoklu eklem çıkıkları, hipermobilitate, ayak deformiteleri, silindirik biçimli parmaklar, olağandışı yüz görünüm, brakisefali ve daha az yaygın görülen kısa boy, mental gerilik, iskelet anomalileri, bronkomalazi, trakeomalazi, yarık damak, kalp defektleri, pulmoner hipoplazi, işitme bozukluğu ile karakterize bir sendromdur. Her 100.000 doğumda bir görülür. Kollajen yapımında bozukluk ile seyreden otozomal dominant veya resesif genetik geçişli bir hastalık olan Larsen sendromunda temel patoloji filamin B genindeki mutasyonlardır. Ventriküler septal defekt (VSD), patent duktus arteriosus (PDA) ve pulmoner hipertansiyon (PH) tanıları ile izlenen hasta kateterizasyon ve anjiyografi amacıyla bölümümüze yönlendirildi. Fizik muayenesinde boyu 106 cm (<3p), ağırlığı 19 kg (<3p) idi. Atipik yüz görünümü, mental geriliği, sinorşi, hipertrikozis, sindkatili ve her iki diz, dirsek ve el bileği eklemlerinde çıkıklar ile hipermobilitiesi vardı (resim 1-3). Larsen sendromu, VSD, PDA ve PH tanısı koyduğumuz hastaya hem kardiyovasküler hem de iskelet anomalileri için cerrahi planlandı.

Gereç ve Yöntem:





PB-158

ÇOCUKLARDA NADİR BİR GÖĞÜS AĞRISI NEDENİ: SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM

İ. İLKER ÇETİN, KÜBRA ÖZTÜRK, FİLİZ EKİCİ, KANAT ÖZİŞİK, ABDULLAH KOCABAŞ,
M. EMRE ARI, T. REVİDE ŞAYLI

*ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, HEMATOLOJİ, ONKOLOJİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Amaç:

Bu yazıda kliniğimize akut göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran, ekokardiyografik çalışma

sırasında suprasternal pencerede mediastinal yapıların görüntülenememesinden yola çıkılarak spontan pnömomediastinum tanısı alan iki olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Olgu 1:

Ani başlangıçlı ve nefes almakla artan göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran, fizik muayenesi ve iki yönlü akciğer grafisi normal olan 15 yaşında erkek hastanın ekokardiyografisinde suprasternal pencerede arkus aorta ve servikal damar çıkışları görüntülenemediği için pnömomediastinumdan şüphe edilerek çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde servikal bölgede, üst mediastende ve paraözefageal alanda serbest hava izlendi (Resim 1). Solunum sıkıntısı olmayan ve izlemine ayaktan devam edilen hastanın göğüs ağrısı şikayeti bir hafta sonra tamamen düzeldi.

Bulgular:

Olgu 2:

Nefes almakla artan ve boyuna yayılan göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran, sol supraklavikuler bölgede ve boyunda palpasyon ile krepatasyon oluşan 13 yaşında erkek hastanın iki yönlü akciğer grafisinde sol supraklavikuler bölgede cilt altında ve ön mediastende serbest hava görüldü (Resim 2 ve 3). Ayrıca ekokardiyografide suprasternal pencerede arkus aorta ve servikal damar çıkışları görüntülenemedi. Toraks BT'nde pnömomediastinum sınırları net olarak değerlendirilen hasta, hipoksi ve solunum sıkıntısı olmaması nedeniyle ayaktan takip edildi. Bir hafta sonra çekilen iki yönlü akciğer grafisinde cilt altındaki havanın kaybolduğu, ön mediastendeki havanın ise azaldığı görüldü. 2 hafta sonra ön mediastendeki hava da kaybolmuştu.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak spontan pnömomediastinum çocuklarda nadir görülen bir durum olmasına karşın göğüs ağrısı ayırıcı tanısında mutlaka araştırılmalıdır. Ekokardiyografide, özellikle de suprasternal pencerede görüntü elde edilememesi pnömomediastinum için uyarıcı bir bulgu olmalıdır.

**SWEET SENDROMLU BİR BEBEKTE ENDER VE ÖLÜMCÜL OLABİLEN BİR KOMPLİKASYON:
SAĞ KORONER ARTERDE DARALMA**

HASAN DEMETGÜL, OLGU HALLIOĞLU, MEHMET ALAKAYA, DUYGU DÜŞMEZ APA,
ÜMİT TÜRSEN, DERYA ÇITIRIK

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MERSİN

Amaç:

Sweet sendromu (akut febril nötrofilik dermatozis) bebeklikte çok ender görülen, özgün döküntülerle kendini gösteren ve tekrarlayan enflamasyonla seyreden bir hastalıktır. Kardiyak tutulum, Sweet sendromlu çocuklarda ölümcül seyredebilen (%40) en ağır tablolardan birisidir. Kardiyak komplikasyonlar içerisinde, miyokard enfarktüsü, aort ve koroner arterlerin dilatasyonu, valvüler hastalık ve perikarditin yanı sıra literatürde sağ koroner arter darlığı ile giden ve kaybedilen tek bir çocuk olgu bildirilmiştir. Bu raporda ventriküler septal defekt ve sağ koroner arter darlığı saptanan sweet sendromlu bir bebek öldürücü olabilen bir koroner anomaliye sahip olması ve ender görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Olgu Sunumu: 45 günlük kız hasta hastanemize ateş, huzursuzluk, vücutta kızarıklık ve emmede azalma yakınmasıyla başvurdu. İki gün öncesinde hastanın sağ diz bölgesinde deriden kabarık ve kızarıklık plakların başladığı ve tüm vücuda yayıldığı öğrenildi. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde ventriküler septal defekt saptandı ve koroner fistülden şüphelenildi. Soygeçmişinde anne- babanın birinci dereceden akraba olduğu ve 40 günlükken bir kardeşinin ciltte benzer döküntüler sonrası kaybedildiği öğrenildi.

Bulgular:

Hastanın fizik bakışında döküntülerinin yanı sıra, yarık damak saptandı. Kan tetkiklerinde; lökositoz, nötrofil hakimiyeti, trombositoz mevcuttu. Deri biyopsisinde nötrofilik dermatit saptanarak hastaya Sweet sendromu tanısı konuldu. Steroid tedavisine hızlı yanıtla düzelen hastanın yapılan kalp kateterizasyonunda ventriküler septal defekte ek olarak sağ koroner arter çıkışında darlık saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Ateş, nötrofili, deriden kabarık plaklar ile başvuran çocuklarda Sweet sendromu da akla gelmeli ve bu hastalara ölümcül olabilen kardiyak tutulum açısından mutlaka erken değerlendirme ve kalp kateterizasyonu yapılmalıdır.

HİYOSİN N-BUTİLBROMİDE (BUSCOPAN®) KULLANIMI İLE TANI ALAN SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ OLGUSU

EYÜP ASLAN, EBRU AYPAR, AHMET SERT, FATİH ŞAP, ŞÜKRÜ ARSLAN, DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Hiyosin N-Butilbromid (Buscopan®), antispazmotik etki gösteren antimuskarinik, antikolinerjik etkileri olan bir ilaçtır. Skopolaminin semisentetik bir türevidir. Gastrointestinal ve genitoüriner sistemin motilitesini azalttığı için gastroenterit, kolit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, divertikülit, safra kesesi koliki, üreter kolik ve primer dismenoreye bağlı spazmların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu bildiride Buscopan kullanımı ile tanı alan bir supraventriküler taşikardi (SVT) olgusu sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

13 yaşında, erkek hasta. 1 saattir süren çarpıntı ve halsizlik yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmişinde bir gün önce karın ağrısı sebebiyle Buscopan® kullanımı dışında özellik yoktu.

Bulgular:

Fizik incelemede kalp hızı: 250 atım/dk, solunum sayısı: 30/dk, vücut sıcaklığı: 36,9 °C, kan basıncı: 110/80 mmHg idi. Batın incelemesinde palpasyonla periumbilikal ve sağ hipokondriumda hassasiyet saptandı. Tam kan sayımı, serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Serum CRP ve sedimentasyon hızı yüksek saptandı. Hastanın elektrokardiyogramında dar QRS taşikardi saptandı, kalp hızı: 250 atım/dak, p dalgaları izlenemiyordu. Ekokardiyografik incelemede normal bulgular saptandı, sol ventrikül sistolik ve diastolik işlevleri normal sınırlarda bulundu. Hastaya supraventriküler taşikardi tanısı konularak vagal manevralar uygulandı, ancak taşikardi sonlandırılmayınca 150 mg/kg i.v. adenozin uygulanarak ritm normal sinüs ritmine döndürüldü. SVT'nin 30 dakika sonra tekrarlaması üzerine aynı doz adenozinle taşikardi yeniden kontrol altına alındı, oral metoprolol (1 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Çocuk Cerrahisi Kliniği tarafından değerlendirilen hastaya plastrone apandisit tanısı konuldu, 10 gün hospitalize edilerek, i.v. antibiyotik tedavisi verildi. Metoprolol tedavisi başlanmış olan hastanın izleminde yakınması olmadı, 24 saatlik EKG (Holter) incelemede taşikardi izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Hiyosin N-Butilbromid, prekürsörü skopolamin gibi düz kas hücrelerinde bulunan asetilkolin reseptörlerine karşı yüksek afiniteye sahiptir. Düz kas ve sekretuar bezlerdeki muskarinik ve nikotinik reseptörlere bağlanarak asetilkolinin etkisini bloke

eder. Atropin gibi diğer antikolinergik ilaçlarda olduğu gibi kronotropik etki göstererek taşikardi meydana getirebilir. Hastamızda tespit edilen SVT'nin kullandığı butilbromüde bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuçlar:

Literatürde, Hiyosin N-Butilbromide (Buscopan) kullanımına bağlı sinüs taşikardi bildirilmiş olmakla birlikte SVT vakası bildirilmemiştir. Hiyosin N-Butilbromid (Buscopan) tedavisi verilen hastalarda, ilacın vagal tonusu azaltarak taşikardiye neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

PB-161

SAĞ SUPERİOR VENA KAVA YOKLUĞU: BEŞ OLGU SUNUMU

ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, UTKU ARMAN ÖRÜN, SELMİN KARADEMİR,
FİLİZ ŞENOCAK, MAHMUT KESKİN

*DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Amaç:

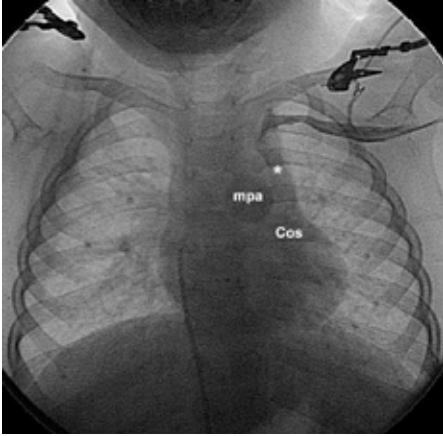
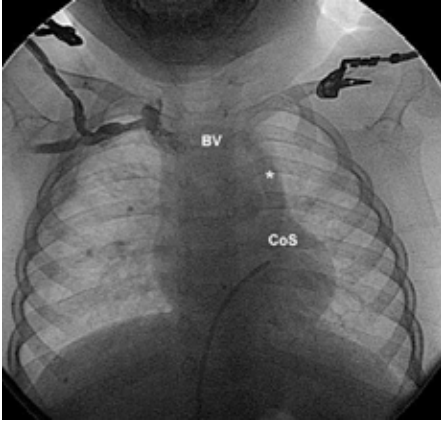
Sağ superior vena kava (RSVC) yokluğu tanısı alan dört olgunun klinik, demografik, ekokardiyografik, kateterizasyon ve anjiyografik bulgularını sunmak.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde ocak 2010- ocak 2012 tarihleri arasında beş hasta persistan sol superior vena kava (PLSVC) 'nin eşlik ettiği RSVC yokluğu tanısı aldı. RSVC yokluğu tanısı ekokardiyografi ve kardiyak anjiyografi ile konuldu.

Bulgular:

Hastaların en küçüğü altı günlük, en büyüğü 9 yaşında olup üçü erkek, ikisi kız idi. Hastaların üçünde ekokardiyografik olarak RSVC yokluğundan şüphelenilmesi, diğer ikisine ise kardiyak anjiyografi işlemi sırasında RSVC' ye girilememesi üzerine tanı konuldu. Olgularımızda RSVC yokluğu ve persistan PLSVC dışında ek kardiyak anomali sol pulmoner arter stenozu, patent duktus arteriozus, Fallot tetralojisi (FT), atriyal septal defekt (ASD) ve pulmoner stenoz (PS) idi. Kardiyak patoloji dışında olguların ikisinde mental motor retardasyon vardı, biri diyabetik anne bebeği, diğer ikisi normal idi. Olguların üçü klinik izleme alındı, diğer iki olguya ameliyat edildi.



Tartışma ve Sonuç:

Ekokardiyografik incelemeler sırasında koroner sinüsün geniş olduğu ve PLSVC'nin görüldüğü olgularda RSVC yokluğunun dikkatli bir şekilde araştırılması gerekir.

SCIMITAR SENDROMU: OLGU SUNUMU

AYŞE ŞİMŞEK¹, ÖZLEM TURAN¹, MURAT ÇİFTEL¹, FIRAT KARDELEN¹, GAYAZ AKÇURİN¹, MURAT ŞAHİN², HALİL ERTUĞ¹

¹AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

²ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANTALYA

Amaç:

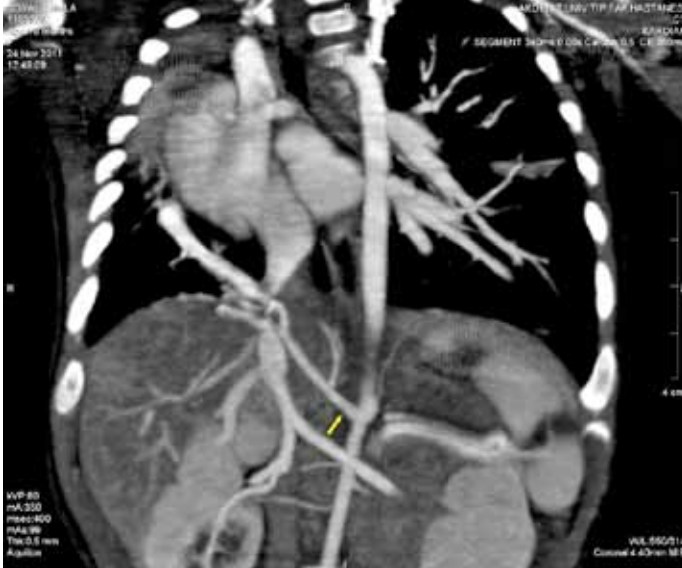
Scimitar sendromu nadir görülen, sol veya sağ akciğer pulmoner venlerinin vena cava inferiora drenajının olduğu parsiyel veya komplet pulmoner venöz dönüş anomali, sağ akciğer hipoplazisi, pulmoner sekestrasyon ve kalbin dektopozisyonu ile karakterize kompleks konjenital bir anomali.

Bu yazımızda infantil dönemde tanı alan ve klinik bulguları ağır seyreden bir vakamız sendromun nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

2,5 aylık kız hasta dış merkezde yapılan incelemesinde sağ pulmoner arterde hipoplazi tespit edilmesi nedeni ile ileri inceleme için getirildi. Fizik muayenesinde takipneik, taşikardik, akciğer oskültasyonunda sol akciğerde ralleri, sağ akciğerde solunum seslerinde azalma, kardiyovasküler sistemde pulmoner odakta 1/6 sistolik üfürüm, hepatomegalisi mevcuttu.

Bulgular:



Elektrokardiyogramda sağ atriyal genişleme, göğüs röntgeninde dekstrokardi görünümü, ekokardiyografi 'de sağ pulmoner arterde hipoplazi, parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi?, subaortik VSD, PFO görüldü. Akciğer parankiminin değerlendirilmesi amacı ile Bilgisayarlı tomografi incelemesi yapıldı. BT 'de sağ pulmoner arter ve sağ akciğer parankimi hipoplazik, sağ akciğer pulmoner venlerinin vena cava inferiora drene olup parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi ve abdominal aortadan ayrılan aberan anormal vasküler yapı görüldü. Scimitar sendromu tanısı alan hastanın kateterizasyonu yapıldı, abdominal aortadan ayrılan aberran arterin sağ alt akciğer alanını beslediği ve venöz dönüşünün VCI' a olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Scimitar sendromu klinik bulguları iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Infantil form genellikle hayatın ilk iki ayında bulgu vermekte ve hastalar takipne, rekürren pnömoni, kalp ve solunum yetmezliği bulguları, büyüme gelişmede yetersizlik, pulmoner hipertansiyon bulguları göstererek daha ağır seyretmektedir. İkincisi çocukluk veya adult formu olup daha hafif seyir göstermektedir. Olgumuz da 2 aylıkken takipne, taşikardi, kalp yetmezliği semptomları olması nedeni ile gönderilmiş ve scimitar sendromu tanısı almıştır.

Klinik izlemde bulgularının ağır seyretmesi nedeni ile olgumuz cerrahi tedaviye yönlendirilmiştir.

Sonuç:

Scimitar sendromu nadir görülen ve özellikle infantil formu daha ağır bir klinik ile seyreden konjenital kardiyopulmoner bir anomalidir.

PB-163

ERKEK SPORCU ÇOCUKLARDAKİ VÜCUT YAĞ PROFİLİ, EKOKARDİYOĞRAFİK PARAMETRELER VE KALP HIZI DEĞİŞKENLİĞİ

ALİ ALKAN¹, HASAN EKER¹, OLGU HALLIOĞLU², DERYA ÇITIRIK², EDA PARLAK²,
HASAN DEMETGÜL²

¹ NİĞDE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NİĞDE

² MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MERSİN

Amaç:

Sporcularda vücut yağlarının ve kardiyak risklerin azaldığı bilinmektedir. Kalp hızı değişkenliği otonom sinir sistemi fonksiyonlarını ölçen non-invaziv bir parametredir ve çocuklarda kardiyak kapasite değerlendirilmesinde de kullanılabileceği bildirilmiştir. Sporcularda kalp hızı değişkenliğinin yükseldiği bilinmektedir. Son yıllarda egzersiz

tedavisi ile kalp hızı değişkenliğinin artırılması tartışılmaktadır. Ancak çocukluk yaş grubundaki sporcularda bu konuda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı da spor yapan erkek çocuklarda kalp hızı değişkenliğini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya haftada en az üç gün ağır spor yapan 11-14 yaş arası (mean=12.7±0.8) 20 çocuk sporcu ve benzer yaş grubunda (mean=12.1±1.1) 15 sağlıklı kontrol alındı. Hastaların; ağırlık, boy, BMI, bazal metabolizma hızı, enerji gereksinimi, vücut yağ kütlesi, yağsız vücut kütlesi, cilt kıvrım kalınlığı ve orta kol çevresi kaydedildi. Rutin ekokardiyografik ölçümleri alındı. Kalp hızı değişkenliği hastalar yatar pozisyonunda iken kaydedilen 200 atım baz alınarak, zaman ve frekans alanlı parametreler açısından değerlendirildi. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında “Mann-Whitney-U Testi” ve korelasyonların saptanmasında “Spearman” testi kullanıldı.

Bulgular:

Sporcu grubun boylarının daha uzun olduğu(p=0.013), enerji gereksinimlerinin (p<0.001) ve yağsız vücut kütlelerinin(p=0.012) daha yüksek, cilt kıvrım kalınlığının ise (p=0.003) daha düşük olduğu saptandı. Ekokardiyografik parametreler incelendiğinde LVESD değerlerinin sporcularda arttığı bunun dışındaki parametrelerdeki değerlerde fark olmadığı belirlendi. Sporcuların R-R intervalinin standart sapması (SDNN) (p=0.042) ve RMSSD (p=0.035) değerlerinin arttığı, çok düşük frekanslı (VLF) komponentlerin ise istatistiksel olarak azaldığı (p<0.001) saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuçlarımız erkek sporcu çocuklarda kalp hızı değişkenliğinin belirgin şekilde arttığını göstermiştir. Bu da otonom sinir sistemi fonksiyonları bozuk olan çocuk hastalarda spor yapmanın yararlı olabileceğini düşündürmüştür.

PB-164

POMPE HASTALIĞI; OLGU SUNUMU

MURAT ÇİFTEL, ÖZLEM TURAN, AYŞE ŞİMŞEK, FIRAT KARDELEN, GAYAZ AKÇURİN, HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

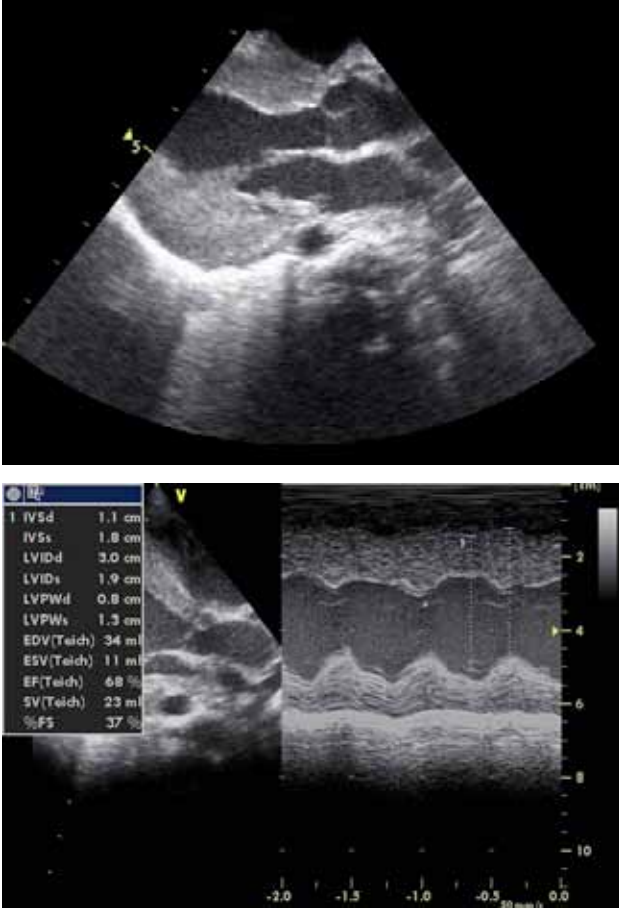
Amaç:

İnfantil pompe hastalığı asit maltaz (lizozomal alfa 1,4 glikosidaz) enzimi eksikliği sonucu ortaya çıkan bir glikojen depo hastalığıdır. İnfantil pompe hastalığında erken tanı ve erken enzim tedavisinin yararı nedeni ile bu olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

1 aylık kız çocuğu başını tutamama, kol ve bacaklarını oynatamama, öksürük, nefes darlığı ve solukluk şikâyeti ile getirildi. Fizik incelemede ağırlık 3800 g (%3-10), boy 52 cm (%10-25) nabız 120/dk, solunum sayısı 60/dk idi. Yaygın hipotonisi olan olgunun derin tendon refleksleri alt ve üst ekstremitelerde azalmış olarak bulundu. Karaciğer midklavikuler hatta 3-4 cm ele geliyordu.

Bulgular:



Bulgular:

Olgunun laboratuvar incelemelerinde ALT 220 U/L, AST 300 U/L, kreatin kinaz 600 U/L bulundu. İnfantil Pompe hastalığı düşünülen olguda enzim çalışması yapıldı. Ekokardiyografide hipertrofik kardiyomiyopati tesbit edildi (**Resim 1 ve 2**). Enzim çalışmasında olgunun lökosit asit maltaz aktivitesinde azalma tespit edildi. Olguya enzim tedavisi 2 aylık iken başlandı. Enzim tedavisinin 8. kür tedavisinde genel durumu stabil seyreden hasta halen takip edilmektedir

Tartışma:

Pompe hastalığı asit maltaz (lizozomal alfa 1,4 glikosidaz) enzimi eksikliği sonucu ortaya çıkar. Otozomal resesif kalıtım gösterir. Enzim eksikliğinin derecesine göre infantil veya erişkin formları vardır. Infantil formda enzim seviyesi normalin %1'inin altında olup klinik bulgular daha ağırdır. Özellikle ilk 3 ayda kas güçsüzlüğü, hipotoni, başını dik tutamama şeklinde bulgular görülür. Erişkin formlarda enzim aktivitesi normal %1-40'ı kadar olup kaslarda zayıflık, çabuk yorulma, önceden yaptığı fiziksel aktiviteleri yaparken zorlanma şeklinde bulgular görülebilir. Enzim tedavisi son yıllarda uygulanmaya başlanmış olup özellikle infantil vakalarda erken dönemde tedaviye başlanırsa olumlu sonuçlar alınabilmektedir.

Sonuç:

Erken sütçocukluğu döneminde jeneralize hipotoni ile gelen hastalarda infantil Pompe hastalığının düşünülmesi erken tanınması ve enzim replasman tedavisinin başlanması prognoz açısından önemlidir.

PB-165

HASHİMOTO TİROİDİTİ OLAN HASTALARDA ALTI AYLIK LEVOTİROKSİN TEDAVİSİ ÖNCESİ VE SONRASI KAN LİPİD DÜZEYİ KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI VE EKO KARDİYO GRAFİK BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

FERHAN KARADEMİR¹, DİNÇER ÇELİK¹, SELAMİ SÜLEYMANOĞLU¹, İLHAN ASYA TANJU¹, MUSTAFA ÖZGÜR PİRGON², FERHAN KARADEMİR¹

¹ GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, İSTANBUL

² KONYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

Hashimoto tiroiditi tüm dünyada altı yaş sonrasında en sık görülen nonendemik guatr sebebidir. Subklinik hipotiroidi, serum serbest T3 (sT3) ve serbest T4 (sT4) normal aralıkta iken serum tiroid stimulan hormon (TSH) düzeylerinde artış olarak tanımlanır. Erişkinlerde subklinik hipotroidide LT4 tedavisinin hipotiroidizm semptomları, serum lipid düzeyleri, karotis intima media kalınlığı (KIMK) ve kardiyak fonksiyonlar üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Çocuklarda öncesinde tanı/tedavi almamış subklinik hipotiroidili hastaların altı aylık LT4 tedavisi sonrası serum lipid düzeyleri, KIMK ve ekokardiyografik bulgularında değişim olup olmadığını saptamayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma grubunu ilk defa tanı konulan veya son altı aydır LT4 tedavisi almayan hashimoto tiroiditi ve subklinik hipotiroidili 20 hasta oluşturuldu. Hastaların hepsine LT4 tedavisi öncesi serum lipid seviyeleri, KIMK'larına bakıldı ve ekokardiyografi yapıldı.

Bulgular:

Altı aylık LT4 tedavisi sonrası hastaların hepsinin TSH seviyeleri normal sınırlara geriledi, sT4 seviyelerinde anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Tedavi öncesi ortalama LDL-K düzeyleri $99,6 \pm 27,35$ mg/dL iken replasman tedavisi sonrası $90,55 \pm 17,73$ mg/dL ($p=0,01$)'e geriledi. Tedavi öncesi ortalama total kolesterol değerleri $168,3 \pm 29,44$ mg/dL, tedavi sonrası $152,5 \pm 16,44$ mg/dL ($p=0,04$) bulundu. Serum trigliserid, HDL-Kolesterol, KIMK'ları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ekokardiyografik bulgulardan sadece E/A oranında LT4 tedavisi sonrası değişme oldu.

Tartışma ve Sonuç:

Biz bu çalışmamızda çocukluk çağında da LT4 tedavisiyle, subklinik hipotiroidili hastalarda lipid profillerinde düzelme sağlandığı, kardiyak fonksiyonlarda değişim olmadığı sonucuna vardık.

PB-166**NUTRİSYONEL RİKETSİLİ BİR İNFANTTA HİPOKALSEMİYE İKİNCİL GELİŞEN DİLATE KARDİYOMİYOPATİ**

CANAN YOLCU, HAŞİM OLGUN, HAKAN DÖNERAY, ATILLA ÇAYIR, İRFAN OĞUZ ŞAHİN, NACİ CEVİZ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Amaç:

Hipokalsemiye bağlı gelişen ve normokalsemi ile düzelen kalp yetersizliği dilate kardiyomiyopati (DKMP)'nin seyrek ve gözden kaçabilen bir nedenidir. Nutrisyonel rikets (NR) hipokalseminin en sık görülen ve önlenebilir olan nedenidir. Bu posterde NR'li bir olguda hipokalsemiye ikincil gelişen DKMP'nin klinik izlemi sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Üç aylık erkek hasta solunum sıkıntısı, nöbet geçirme, morarma şikâyetleri ile getirildi.

Bulgular:

Anne sütü ile beslenen ve D vitamini desteği almayan olgunun vücut ağırlığı 6.2 kg (25-50 P) ve boyu 60 cm (50-75 P) ölçüldü. Fizik muayenede ateş 37.2°C , solunum sayısı 48 /dk, kalp atım sayısı 156 /dk ve tansiyon arteriyel 86/40 mmHg idi. Göğüs ön duvarında retraksiyon ve her iki akciğer bazalinde yaş raller saptandı. Kalp sesleri doğaldı. Organomegali yoktu. Biyokimyasal incelemede serum total kalsiyum 5.5 mg/dl, fosfor 4.6mg/dl, alkalin fosfotaz 992 U/l, paratiroid hormon (PTH) 235.6 pg/ml ve 25-hidroksi D vitamini 5.41 ng/ml ölçüldü. Annesinin PTH düzeyi 42.7 pg/ml ve 25-hidroksi D

vitamini 3.58 ng/ml bulundu. El bilek grafisinde radius ve ulna distal ucunda fırçalanma ve çanaklaşma saptandı. Göğüs radyografisinde kardiyotorasik indeksi %60 olan olgunun elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi mevcuttu. Ekokardiyografide sol ventrikül kavitesinin belirgin olarak genişlediği ve sol ventrikül duvar hareketlerinin azaldığı tespit edildi. Sol ventrikül diyastol sonu çapı (SVEDÇ) 27 mm, sol ventrikül sistol sonu çapı (SVESÇ) 21 mm, ejeksiyon fraksiyonu (EF) %53 ve kısalma fraksiyonu (KF) %22 olarak ölçüldü. Hastaya tek doz 150.000 ünite vitamin D₃ ve on gün 50 mg/kg/gün elementer kalsiyum dozunda kalsiyum laktat verildi. Tedaviden 3 hafta sonra riketse ait klinik ve laboratuvar bulguların düzeldiği görüldü. Tedaviden 6 hafta sonra ekokardiografik bulguların düzeldiği saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Nutrisyonel rikets zemininde gelişen hipokalsemi DKMP için bir risk faktörüdür. Kalp yetersizliği olan riketsli hastalarda DKMP akılda tutulmalıdır. Sadece anne sütü ile beslenen ve D vitamini desteği almayan çocukların D vitamini eksikliği yönüyle araştırılması gereklidir.

PB-167

BALON VALVÜLOPLASTİ YAPILAN KRİTİK AORT DARLIKLI VE ENDOKARDİYAL FİBROELASTOZİSLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

MAHMUT KESKİN, UTKU ARMAN ÖRÜN, VEHBİ DOĞAN, SENEM ÖZGÜR, ÖZBEN CEYLAN, ŞEYMA KAYALI, SELMİN KARADEMİR

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Balon aortik valvüloplasti yapılan kritik aort darlıklı ve endokardiyal fibroelastozisli dört olgunun değerlendirilmesi

Gereç ve Yöntem:

2009-aralık 2011 tarihleri arasında kritik aort darlığı ve endokardiyal fibroelastozis tanısı alan ve balon aortik valvüloplasti işlemi başarılı olan 4 olgu değerlendirildi.

Bulgular:

Olguların 3'ü erkek, 1'i kız olup yaşları 2 hasta 2 günlük, biri 1 günlük ve diğeri 3 aylık idi. Tümünde sol ventrikül disfonksiyonu ve endokardiyal fibroelastozis vardı. Hastaların tümünde takipne, taşikardi, hepatomegali gibi kalp yetmezliği bulguları vardı. Yenidoğan 2 vaka ve 3 aylık olan vaka duktus bağımlıydı ve tümünde metabolik asidoz vardı. 2 günlük olan bir vakada duktus açıklığı yoktu. Kardiyak kateterizasyon sırasında aortik basınç gradientleri balon valvuloplasti öncesi 20-50 mmHg, işlem sonrası 4-13

mmHg idi. Yenidoğan vakaların aortik annulus çapları 5 - 5.5 mm arasındaydı. 3 aylık vakanın aortik annulus çapı, 5.6 mm idi. Balon çapları üç hastada 5 x2 mm, bir hastada ise (3 aylık olan) 5x3 mm idi. Hastalara Numed balon kullanıldı. İki günlük ve 3 aylık olan olgularda 16 gün ve 2 ay sonra restenoz gelişti ve tekrar balon valvuloplasti yapıldı. Olguların birinde 2. derece, ikisinde 1. derece, birinde minimal aort yetmezliği saptandı. İzlem süreleri 3 ay -24 ay(ort. 11 ay) arasında değişen olguların hepsinde sol ventrikül fonksiyonları düzeldi.

Tartışma:

Kritik aort darlıklı olgularda endokardiyal fibroelastosis varsa mortalite ciddi bir şekilde artmaktadır. Literatürde mortalite oranları %25-% 100 arasında bildirilmektedir. Olgularımızda mortaliteyi etkileyen en önemli etkenin küçük balon çap seçimi olduğunu düşünmekteyiz

PB-168

ATİPİK YERLEŞİMLİ HİPERTROFİK KARDİOMİYOPATİLİ ÇOCUKTA ST YÜKSEKLİĞİ İLE SEYREDEN GÖĞÜS AĞRISI

MAHMUT KESKİN, UTKU ARMAN ÖRÜN, VEHBİ DOĞAN, ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, ŞEYMA KAYALI, SELMİN KARADEMİR

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Hipertrofik kardiyomiyopati (HKMP) genetik geçişli kompleks bir kardiyak hastalıktır. Hastalık erkek ve kızlarda eşit olarak görülmektedir. Hastalığın klinik seyri ve prognozu hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Genel olarak semptomlarla hipertrofinin derecesi arasında paralel bir bağlantı vardır, fakat bu ilişki kesin olmayıp hafif ve sadece lokalize hipertrofi gösteren hastalar ciddi semptomatik olabilirken bunun tersi de olabilir. HKMP özellikle gençlerde ani kardiyak ölümlerin büyük kısmından sorumludur. Burada atipik yerleşimli olup semptomatik olan bir HKMP olgusunu sunmak istedik

Bulgular:

Merkezimize zaman zaman eforla gelen, 2-3 aydır devam eden göğüs ağrısı yakınmasıyla başvuran 10 yaşında erkek hastanın fizik incelemesi normal idi. Soy geçmişinde anne ve dayısında HKMP olduğu öğrenildi. Elektrokardiyografide DII-DIII-aVF de ST segment elevasyonu saptanan olgunun ekokardiyografisinde ve bilgisayarlı tomografik anjiyografisinde sol ventrikül superior kesiminde fokal hipertrofi belirlendi. CKMB ve troponin I değerleri normal bulundu. Hastaya propranolol başlandı . Hastamızdaki hipertrofinin derecesi hafif ve atipik yerleşimli olmasına rağmen semptomatik seyrettiği görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç:

Olgumuz, hipertrofinin derecesiyle semptomların her zaman paralel olmadığını gösteren iyi bir örnektir. Ani ölüm riski olması nedeniyle ailesinde HKMP bulunan çocukların yakın takip edilmesi gerektiğini, hafif hipertrofi gösterse bile semptomatik olabileceğini vurgulamak istiyoruz.

PB-169

NADİR BİR PULMONER HİPERTANSİYON NEDENİ: ABERNETHY MALFORMASYONU

MAHMUT KESKİN, UTKU ARMAN ÖRÜN, ÖZBEN CEYLAN, HASİBE GÖKÇE ÇINAR, VEHBİ DOĞAN, SENEM ÖZGÜR, ŞEYMA KAYALI, SELMİN KARADEMİR

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

pulmoner hipertansiyonun nadir bir nedeni olan abernethy malformasyonlu bir olguyu sunmak istedik

Bulgular:

8 yaş 6 aylık erkek çocuk Eisenmenger sendromu ön tanısıyla kliniğimize gönderildi. Birkaç aydır çabuk yorulmasının, ayrıca öğrenme güçlüğü'nün olduğu öğrenildi. Fizik incelemede, sternum solunda 2. İKA da kısa sistolik üfürüm dışında diğer sistem bulguları doğal idi. Telekardiyografide pulmoner vasküleritede artış vardı. Ekokardiyografide, sağ boşluklar geniş, triküspit kapakta akım hızı 3.7 m/s olan 2. derece yetmezlik gözlemlendi. Angiografide herhangi bir kardiyak anomali saptanmadı. Pulmoner hipertansiyon nedenine yönelik yapılan toraks BT incelemede portal vende anevrizmatik dilatasyon saptandı. Batın USG'de, portal vende anevrizmatik dilatasyon ve portal ven ile vena kava inferior arasında şant (ekstrahepatik portosistemik şant) saptandı. Beyin MRI görüntülemesinde globus pallidusta A1 aksiyel kesitlerde intensite artışı (manganez birikimine bağlı?) belirlendi

Tartışma ve Sonuç:

Pulmoner hipertansiyonu nedenleri arasında Abernethy malformasyonunun akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR GÖRÜLEN BİR İSKEMİK DİLATE KARDİYOMİYOPATİ NEDENİ: AİLESEL HİPERKOLESTEROLEMİ

MAHMUT KESKİN, UTKU ARMAN ÖRÜN, ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, VEHBE DOĞAN, SELMİN KARADEMİR

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Hiperkolesterolemili bir hastada erken yaşta iskemiye bağlı dilate kardiyomiyopati gelişen bir olgu sunmak istedik

Bulgular:

Kliniğimize çarpıntı, çabuk yorulma, halsizlik yakınmalarıyla başvuran 11 yaş 9 aylık erkek hastanın öyküsünden 2 yıldır ailesel hiperkolesterolemi tip2a tanısıyla izlendiği, düzensiz olarak ezetimib ve atorvastatin yine düzensiz aralıklarla plazmaferез uygulandığı, öğrenildi. Fizik incelemesinde ayaklarda ve kolların ekstansör yüzlerinde ksantomlar vardı. Ekokardiyografik incelemede aortik kapakta kalsifikasyona ait hiperekojenik görüntü, koroner çıkışlarının olduğu yerde hiperekojen görünüm olduğu ve bunun koroner arter çıkışlarını daralttığı, sol boşlukların dilate olduğu, sol ventrikül fonksiyonlarının ileri derecede bozulmuş olduğu belirlendi. Sol ventrikül diyastol sonu çapı 52mm, EF %35, KF %16 idi. Total kolesterol: 570mg/dl, LDL kolesterol: 513 mg/dl, trigliserid:125 mg/dl olarak saptandı. Anjiyografide sol koroner arter bifurkasyonunda %50 darlık olduğu, çıkan aorta duvarında düzensizlik olduğu belirlendi. Hastada bu bulgularla dilate kardiyomiyopatinin iskemik hasara sekonder geliştiği sonucuna varıldı. Düzenli antilipit tedaviyle total kolesterol ve LDL kolesterol seviyeleri düşmeye başladı, bu nedenle plazmaferез düşünülmedi. Ailesine tedavinin önemi anlatıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Hiperkolesterolemili çocuklarda erken yaşta iskemiye bağlı dilate kardiyomiyopati gelişebileceğini ve bu hastaların kardiyak yönden yakın izlenmeleri gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

KONJENİTAL KALP HASTALIKLI ÇOCUKLARDA SERUM NT-PROBNP, TROPONİN-I VE HS-CRP DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ABDURRAHMAN ÜNER, MURAT DOĞAN, METİN METİN AY, ERTAN SAL, ÇAĞLAR ACAR, SERDAR EPÇAÇAN

YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, VAN

Amaç:

Kardiyak troponinler ve high sensitif C-reaktif protein (Hs-CRP) düzeylerinin konjenital kalp hastalıklarında prognostik öneminin incelenmesi

Gereç ve Yöntem:

Bu tez çalışmasında toplam 66 konjenital kalp hastası ve kontrol grubu olarak 38 sağlıklı çocuk dahil edilerek serum kardiyak troponin I (cTnI), Hs-CRP ve NT-proBNP düzeyleri incelendi. Çalışmaya alınan konjenital kalp hastalıklı olgular siyanotik, asiyanotik, semptomatik grupta asemptomatik, VSD, ASD grupları olarak bölünerek değerlendirildi.

Bulgular:

NT-proBNP sırasıyla siyanotik grupta asiyanotik ve kontrol grubuna göre, asiyanotik grupta kontrol grubuna göre, semptomatik grupta asemptomatik gruba göre, hasta grupta sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). Troponin I sırasıyla siyanotik grup ile asiyanotik grup, semptomatik grup ile asemptomatik grup, VSD ile ASD grupları arasında anlamlı fark yok iken ($p>0,05$), hasta grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Hs-CRP sırasıyla siyanotik grup ile asiyanotik grup, semptomatik grup ile asemptomatik grup, VSD ile ASD grupları arasında anlamlı fark yok iken ($p>0,05$), hasta grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tartışma ve Sonuç:

Gelecekte KKH' nın klinik yönetiminde NT-proBNP, Hs-CRP ve troponinin mevcut stratejileri değiştirebileceği ancak bu parametrelerin tanı ve tedavi girişimleri sırasında yol gösterici olarak kullanılabilmeleri için de daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

PB-172

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNİN KARDİYAK FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

ABDURRAHMAN ÜNER, MURAT DOĞAN, ZERRİN EPÇAÇAN, SERDAR EPCACAN, ÇAĞLAR ACAR, ERTAN SAL

YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, VAN

Amaç:

Obez çocuklarda kardiyak fonksiyonların, konvansiyonel ekokardiyografi, elektrokardiyografi ve treadmill testi ile değerlendirilmesidir

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 8-17 yaşlar arasında otuz obez hasta ve kontrol grubu olarak ta obez olmayan otuz hasta alındı. Tüm çocukların antropometrik ölçümleri alındı. Tüm çocuklara elektrokardiyografi, ekokardiyografi ve egzersiz testleri yapıldı.

Bulgular:

Elektrokardiyografik incelemede obez hastalarda P dalgası dispersiyonunun arttığı görüldü. Ekokardiyografik incelemede obez hastalarda sol ventrikül diyastol sonu çapı, sol ventrikül sistol sonu çapı, sol ventrikül arka duvar kalınlığı ve interventriküler septum çapının arttığı gözlemlendi. Egzersiz testinde ise efor kapasitesinin obez hastalarda belirgin şekilde azaldığı, bu hastalarda egzersize hemodinamik yanıtın bozulduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Obezitenin erken dönemlerinde dahi elektrokardiyografide P dalgası dispersiyonu, ekokardiyografide sol ventrikül sistol ve diyastol sonu çapları, arka duvar kalınlığı, egzersiz testi ile hemodinamik ve elektrokardiyografik değişiklikler ve efor kapasitesi incelemeleri kardiyak disfonksiyon ve potansiyel aritmilerin saptanabilmesi için kullanılabilir

PB-173

ASİYANOTİK SOLDAN SAĞA ŞANTLI DOĞUŞTAN KALP HASTALIĞI OLAN DOWN SENDROMLU ÇOCUKLARDA PULMONER HİPERTANSİYON VE MALNUTRİSYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ: 10 YILLIK BİR DENEYİM

HAKAN ALTIN, ZEHRA KARATAŞ, FATİH ŞAP, HAYRULLAH ALP, TAMER BAYSAL, SEVİM KARAASLAN

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Asiyantotik soldan sağa şantlı doğuştan kalp hastalığı (DKH) olan Down sendromlu çocuklarda pulmoner hipertansiyon ile malnutrisyon arasındaki ilişkinin araştırılması.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2001-Şubat 2011 tarihleri arasında kalp kataterizasyonu uygulanmış asiyantotik soldan sağa şantlı DKH olan Down sendromlu 63 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar antropometrik, ekokardiyografik ve kardiyak kataterizasyon bulgularına göre değerlendirildi; ortalama pulmoner arter basınçlarına ve malnutrisyon derecelerine göre gruplara ayrıldı

Bulgular:

Tablo 1. Down sendromlu hastaların pulmoner hipertansiyon varlığına göre karşılaştırılması				
		Pulmoner Hipertansiyon		p
		Yok (n:15)	Var (n:48)	
Cinsiyet	Kız (n:32)	8	24	p>0.05
	Erkek (n: 31)	7	24	
Yaş (ay)		28.35±2.79	18.21±2.29	
VA (kg)		10.91±5.31	6.21±3.54	p<0.001
Boy (cm)		80.11±16.49	68.02±12.64	p<0.01
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)		16.13±1.47	12.10±1.66	p<0.001
Kilo z skoru	Median	-0.80	-2.03	
	Minimum	-1.50	-3.12	
	Maksimum	0.35	0.42	
Boy z skoru	Median	-0.41	-0.54	p>0.05
	Minimum	-1.83	-2.20	
	Maksimum	0.60	0.35	
Sistolik PAB (mmHg)		35.94±3.38	66.63±16.53	p<0.001
Diyastolik PAB (mmHg)		11.52±1.87	33.45±11.70	
Ortalama PAB (mmHg)		13.42±2.79	45.69±13.42	
Qp/Qs oranı		2.03±0.75	1.95±0.76	
Rp/Rs oranı		0.13±0.04	0.44±0.23	
Kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için student's testi normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. PAB: Pulmoner arter basıncı				

Tablo 2. Tüm hastaların pulmoner hipertansiyon derecesine göre demografik özellikleri.

		Pulmoner Hipertansiyon Derecesi			p
		Hafif (n:15)	Orta (n: 25)	Ağır (n:8)	
Cinsiyet	Kız (n:24)	10	12	2	p1>0.05
	Erkek (n:24)	5	13	6	p2>0.05 p3>0.05
Yaş (ay)		20.61±32.0	9.88±6.91	40.37±25.56	p1>0.05 p2<0.001 p3>0.05
Vücut ağırlığı (kg)		4.9 (3.2-23)	4.78±1.11	7.55 (4-12)	p1<0.05 p2<0.001 p3>0.05
Boy (cm)		69.15±17.04	63.52±5.29	80.25±1.37	p1>0.05 p2<0.001 p3>0.05
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)		12.80 (10-17.9)	11.59±1.00	11.81±8.67	p1<0.05 p2>0.05 p3>0.05
Kilo z skoru	Median	-1.34	-2.1	-2.81	p1<0.001 p2<0.05 p3<0.001
	Minimum	-2.40	-3.0	-0.312	
	Maksimum	-0.42	-0.9	-1.44	
Boy z skoru	Median	-0.38	-0.60	-0.58	p1>0.05 p2>0.05 p3>0.05
	Minimum	-1.29	-1.95	-2.20	
	Maksimum	0.35	0.00	-0.24	
Sistolik PAB (mmHg)		48.00±7.03	68.20±3.80	92.00±15.27	p1<0.001 p2<0.001 p3<0.001
Diyastolik PAB (mmHg)		21.00±2.94	33.80±4.85	52.37±9.45	
Ortalama PAB (mmHg)		30.92±4.19	46.32±3.26	67.75±11.39	
Qp/Qs oranı		2.46±0.74	1.92±0.68	1.24±0.35	p1<0.05 p2<0.05 p3<0.001
Rp/Rs oranı		0.24±0.06	0.42±0.01	0.82±0.02	p1<0.001 p2<0.001 p3<0.001
Sistolik PAB/Aort basınç oranı		0.61±0.16	0.89±0.11	1.01±0.12	p1<0.001 p2<0.05 p3<0.001

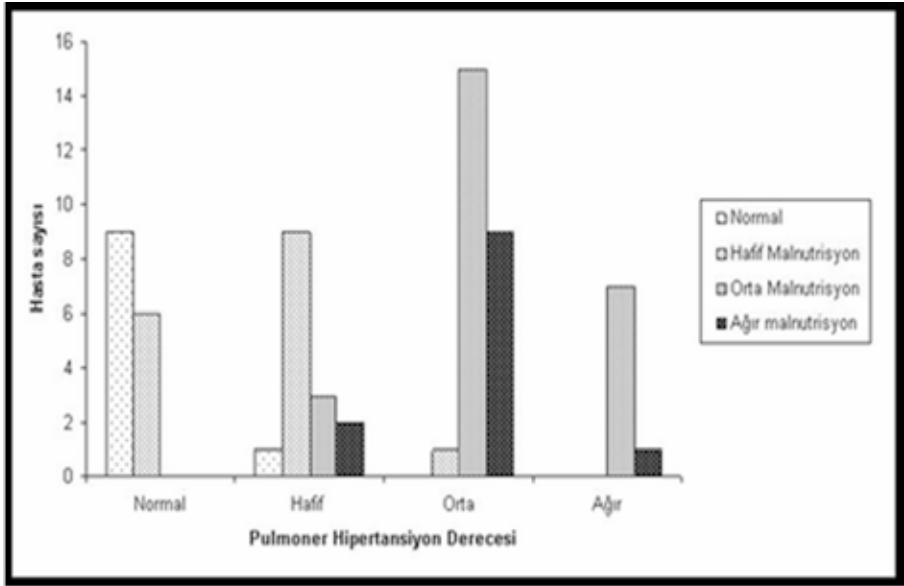
Kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için student's testi normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. **p1:** Hafif ile orta dereceli pulmoner hipertansiyon **p2:** Orta ile ağır dereceli pulmoner hipertansiyon, **p3:** Hafif ile ağır dereceli pulmoner hipertansiyon arasında. **PAB:** Pulmoner arter basıncı.

Tablo 3. Tüm hastaların pulmoner arteriyel hipertansiyon ve malnutrisyon derecelerine göre dağılımları

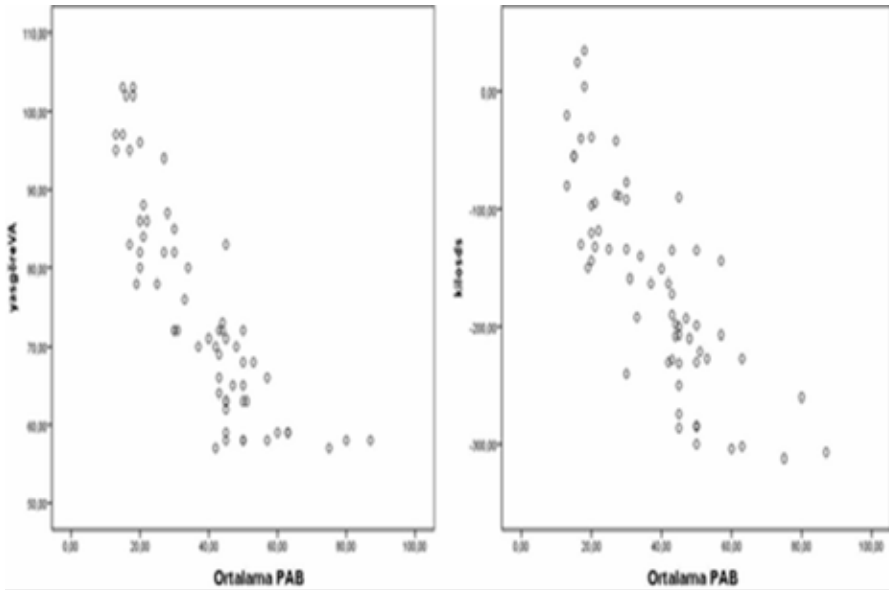
Pulmoner Hipertansiyon Derecesi		Yok (n:15)	Hafif (n:15)	Orta (n:25)	Ağır (n:8)
Malnütrisyon Sınıflaması					
Gomez	Normal (n:10)	9	1	-	-
	Hafif (n:16)	6	9	1	-
	Orta (n:25)	-	3	15	7
	Ağır (n:12)	-	2	9	1
Rölatif Vücut Ağırlığı	Normal (n:16)	12	4	-	-
	Hafif (n:15)	3	7	5	-
	Orta (n:21)	-	4	15	2
	Ağır (n:11)	-	-	5	6
Waterlow	Normal (n:10)	9	1	-	-
	Akut (n:45)	5	11	22	7
	Kronik (n:3)	1	1	-	1
	Akut+Kronik (n:5)	-	2	3	-

Tablo 4. Down sendromlu hastaların pulmoner hipertansiyon derecesi ve doğuştan kalp hastalığına göre dağılımı.

			Pulmoner Hipertansiyon Derecesi			
			Yok (n:15)	Hafif (n:15)	Orta (n:25)	Ağır (n:8)
Komplet AVSD	İzole	(n:20)	-	5	12	3
	PDA	(n:2)	-	-	1	1
	Müskül VSD	(n:2)	-	-	-	2
	Sekundum ASD	(n:1)	-	-	1	-
Parsiyel AVSD (n:5)			2	2	1	-
VSD (n:20)	Küçük	(n:4)	4	-	-	-
	Orta	(n:2)	-	2	-	-
	Büyük	(n:14)	-	2	9	3
PS + Orta VSD (n:3)			2	1	-	-
İzole PDA (n:7)			5	2	-	-
Geniş Sekundum ASD (n:2)			1	1	-	-
Sinüs venozus ASD+PVDA (n:1)			1	-	-	-



Şekil 1: Ortalama pulmoner arter basıncına göre sınıflandırılmış hastaların Gomez'e göre malnutrisyon yönünden karşılaştırılması.



Şekil 2: Ortalama pulmoner arter basıncı (Ort PAB) ile yaşa göre vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi arasındaki korelasyon grafikleri

Komplet atriyoventriküler septal defekt (AVSD) (%39.7), ventriküler septal defekt (VSD) (%31.7), patent duktus arteriyosus (PDA) (%11.1) ve parsiyel AVSD (%7.9) oranlarında tespit edildi. Orta ve ağır derecede pulmoner hipertansiyonu olan 33 hastanın 21'inde AVSD, 12'sinde geniş VSD vardı. Gomez sınıflamasına göre; pulmoner hipertansiyonu olmayan grubun %40'ında sadece hafif düzeyde malnutrisyon vardı. Ancak, pulmoner hipertansiyonlu grupta ise %20.8'inde hafif, %52'sinde orta ve %16.6'sında da ağır derecede malnutrisyon bulunmaktaydı. Pulmoner hipertansiyon derecesi ile yaşa göre vücut ağırlığı ve kilo z skoru arasında doğrusal ilişki tespit edildi ($p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç:

Hastalarımızda en sık görülen kardiyak defektin AVSD olduğunu ve bu hastalarda erken dönemde gelişen pulmoner hipertansiyona malnutrisyonun eşlik ettiğini tespit ettik. Ayrıca, pulmoner hipertansiyon derecesi arttıkça malnutrisyonun derecesi de ağırlaşmaktaydı. Geniş VSD veya AVSD'li Down sendromlu çocukların uygun zamanda operasyonlarının planlanmasıyla artmış mortalite ve morbiditeleri önlenabilir.

PB-173

KESİNTİLİ ARKUS AORTA

OSMAN GÜVENÇ, DERYA ARSLAN, NAZİF AYGÜL, BÜLENT ORAN

KONYAÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Aortik ark kesintisi (Interrupted aortic arch), konjenital kalp hastalıklarının % 1'ini oluşturan nadir bir anomalidir. İnen ve çıkan aorta arasındaki luminal devamlılığın kaybı ile karakterizedir. Bu yazıda, duktusuna stent yerleştirilen kesintili arkus aortali bir yenidoğan sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

C/S ile miad olarak doğan hastanın doğumdan sonra üçüncü gününde solunum sıkıntısı ve morarma şikayetleri başlamış. Gittikleri sağlık kurumundan acil olarak merkezimize sevk edilmişti.

Bulgular:

Geldiğinde yapılan fizik muayenesinde; kalp hızı 140/dak, ritmik, kol ve bacak kan basınçları 60/35 mmHg eşit olarak bulundu. Siyanoz, dispne, takipne ve çekilmeleri olan hastanın puls oksimetri değeri 75 idi, radial ve femoral nabızları normaldi, 2/6 pansistolik üfürüm duyuldu. Tele'de kardiyomegali ve pulmoner konjesyon bulguları, EKO'da geniş perimembranöz VSD ve PDA ile birlikte kesintili arkus aorta izlendi. Kardiyak MR görüntülemeye çıkan aortanın arkus aorta seviyesinde kesintiye uğradığı görüldü. Hastaya "Tip A" kesintili arkus aorta tanısı konuldu.

Tartışma ve Sonuç:

Hastaların büyük bir bölümünde birlikte PDA, VSD ve DiGeorge Sendromu olabileceği bilinmektedir, bizim hastamızda PDA ve VSD belirlendi. Hastalar genelde hayatın ilk günlerinde semptomatik hale gelirler: solunum sıkıntısı, siyanoz, periferik nabızlarda zayıflama, konjestif kalp yetmezliği bulguları ile hekime başvururlar. Hemen prostoglandin infüzyonu başlansa bile eğer klinik durumu kötüye gidiyorsa, acil cerrahi düzeltme endikasyonu vardır. Prostoglandin infüzyonuna rağmen kliniği kötüye giden bu hastaya kalp kateterizasyonu sırasında duktusuna girilerek stent (3.65x9 mm) yerleştirildi. Sonraki günlerde yapılan takiplerinde genel durumunun hızla iyileştiği ve kalp yetmezliği bulgularının büyük ölçüde gerilediği izlendi. Emmeye başlaması ile birlikte hasta taburcu edilerek, birkaç ay içinde yapılması gereken tam düzeltme ameliyatı için kalp damar cerrahisi takibine bağlandı.

PB-174

NORMAL YAPIDA AKCİĞER VE KALBİ BULUNAN; AZİGOS DEVAMLILIĞI, İZOLE LEVOKARDİ VE POLİSPLENİ BİRLİKTELİĞİ: OLDUKÇA NADİR GÖRÜLEN BİR SİTUS ANOMALİSİ

HAKAN ALTIN, FATİH ŞAP, ZEHRA KARATAŞ, TAMER BAYSAL, HAYRULLAH ALP, SEVİM KARAASLAN

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

İzole levokardi batın içi organların ters yerleşimli ancak kalbin normal yerinde olması ile karakterli nadir rastlanılan situs inversus tipidir. Polispleni kalp, akciğer ve bronşlar, karaciğer, mide , bağırsaklar ve dalak gibi asimetrik organları etkileyen; bilateral morfolojik olarak sol bronşlar, karakteristik olarak bilateral sol akciğer lob yapısı, İVC olmaması ve bunun yerine azigos ven devamlılığı ve kardiyak anomaliler bulunur.

Gereç ve Yöntem:

Dokuz yaşında kız hasta çocuk kardiyoloji polikliniğine konstipasyon ve batın içi organlarının ters olması nedeni ile kardiyak inceleme amacıyla sevk edilmişti. Hastaya gerekli bütün radyolojik incelemeler yapıldı.

Bulgular:



Şekil 4. Kardiyak MR'da dilate azigos veni görünümü



Şekil 3. Toraks CT'de normal sol ve sağ akciğer yapısı görünümü



Şekil 2. Böle CT'de situs inversus ve polispleni görünümü



Şekil 1: Abdominal-göğüs ön arka grafisinde kalp normal yerleşimli; ancak mide gazı sağda izlenmekte

Hastanın kardiyovasküler sistem muayenesinde herhangi bir patoloji bulunmamaktaydı. EKG’de sinüs ritmi mevcuttu ve 24 saatlik holter tetkikinde aritmi saptanmadı. Göğüs-batın X-ray grafisinde normal yerleşimli kalp gölgesi olmasına karşın sağda yerleşimli mide gazı mevcuttu. Batın ultrasonografi ve tomografisinde iç organlar ters (situs inversus) yerleşimli idi ve polispleni bulunmaktaydı. Toraks tomografisinde ise normal yapıda akciğerler saptandı. Hastaya uygulanan ekokardiyografide kalpte yapısal bozukluk yoktu ancak İVC görülemedi; kardiyak MR tetkikinde İVC yokluğu ve azigos ven devamlılığı tespit edildi. Baryumlu sindirim sistemi incelemesinde malrotasyon yoktu ve kolonda dilatasyon izlendi. Herhangi bir cerrahi müdahale yapılmayarak cerrahi polikliniğimizde yakın takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:

İzole levokardili olguların kalplerinde sıklıkla ağır derecelerde yapısal bozukluklar bulunmaktadır ve prognozu da büyük ölçüde bu belirler. Ancak bizim hastamızda yapısal kalp bozukluğu tespit edilmedi. Hayatın ileri dönemlerinde intestinal malrotasyon nedeni ile hayatı tehdit eden barsak obstrüksiyonu gelişebilir. Bu nedenle prenatal tanı konulması önemlidir. Ayrıca situs anomalisi düşünülen hastalarda gerekli olan bütün görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır ve bütün bunların sonucunda anatomik yapı net olarak ortaya konularak ileri yaşlarda oluşabilecek sorunlar için önceden önlem alınabilmesi mümkün olacaktır.

HASHIMATO TİROİDİTİ HASTALARINDA QT VE JT DİSPERSİYONU

M.KÜRŞAT FİDANCI, MUSTAFA GÜLGÜN, İ. HALİL DEMİR, EMRE TAŞCILAR,
AYHAN KILIÇ

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, ANKARA

Amaç:

Hashimato tiroiditi en sık görülen tiroid fonksiyon bozukluklarından biridir. Epizodik hipotiroid ataklarla seyredabilen hastaların birçoğu asemptomatiktir ve bu nedenle çoğu zaman tanısı gecikmektedir. Bağımsız bir kardiyak risk faktörü olan ventriküler aritmi ve ani ölüm riskini artırdığı bilinen miyokard repolarizasyonundaki bölgesel heterojeniteyi gösteren QT, JT mesafesi ve dispersiyonlarının hashimato tiroiditi ile ilişkisini saptamak amacıyla bu çalışmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:

Hastanemiz pediatrik endokrinoloji polikliniğinde izlenen hashimato tiroiditi hastaları, TSH düzeylerine göre ötiroid (5,5 uIU/ml birim altında) ve subklinik hipotiroid (5,5 uIU/ml birim üstünde) olarak ikiye ayrılarak sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Herhangi bir kalp hastalığı, elektrolit dengesizliği ve QT mesafesini etkileyen bir ilaç kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya toplam 42 hasta (6 erkek, 36 kız, 14.14±1.97 yaş) ve 31 sağlam çocuk (17 erkek, 14 kız, 9.61±2.83 yaş) alındı. Çalışma grubunun ve kontrol grubunun tiroid hormonları (T4 ve TSH) ve standart 12 derivasyonlu elektrokardiyografileri (EKG) değerlendirildi. QT, JT ve RR mesafeleri her iki grup için de ölçüldü. Düzeltilmiş QT (QTc) ve düzeltilmiş JT (JTc) hesaplandı. QTd dispersiyonu (QTcd) ve Jtd dispersiyonu (JTcd) belirlendi.

Bulgular:

Subklinik hipotiroidili Hashimato hastaları ile kontrol grubundaki hastalar arasında QTmax (t=2.69, p=0.010), QTmin (t=2.929, p=0.005), JTmax (2.131, p=0.038), JTmin (t=2.674, p=0.010) değerleri açısından anlamlı farklılık bulunurken QTc, QTd, QTcd, JTc, Jtd, JTcd değerleri ve RR mesafesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ötiroidi Hashimato hastaları ile kontrol grubu arasında bu parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Subklinik hipotiroidili hashimato hastaların ventriküler duyarlılığının daha fazla artmış olduğundan hareketle hem hormonal stabilite hemde aritmi açısından takibi uygun olabilir.

TİP 1 DİYABETES MELLİTUSLU ÇOCUKLAR VE ADÖLESANLARDA P DALGA DİSPERSİYONU, QT İNTERVALİ, QT DİSPERSİYONU, QTc VE QTc DİSPERSİYONUNUN OTONOMİK FONKSİYON BOZUKLUĞUNUN ERKEN TANISINDAKİ ROLÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZLEM MEHTAP BOSTAN, EVREN ÖZBOYACI, FAHRETTİN UYSAL, EVREN SEMİZEL, ERGÜN ÇİL

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BURSA

Amaç:

Tip 1 Diabetes Mellituslu çocuk ve adölesanlarda diyabetin neden olduğu kardiyak otonomik fonksiyon bozukluğunun (KOFB) erken tanısında, p dalga dispersiyonu, QT intervali, QT dispersiyonu, QTc ve QTc dispersiyonunun duyarlılığının saptanması ve bunların bazı belirteçlerle ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Haziran 2009 -2010 yılları arasında Tip 1 DM’li , 150 çocuk ve adölesan ile kontrol grubu olarak masum üfürüm saptanan 100 sağlıklı çocuk ve adölesan çalışmaya alındı . Olgulara EKG çekilerek, kalp hızı, Pd, QT, QTd, QTc ve QTcd hesaplandı. Yaş, cinsiyet, tanı yaşı, diyabetik olma süresi, HbA1c düzeyleri ve bunların Pd, QT, QTd, QTc ve QTcd üzerine etkileri araştırıldı.

Bulgular:

İzlem sürelerine göre; Grup 1, 2 ve 3’te QTd ve QTcd, izlemdeki HbA1c düzeylerine göre; Grup 2 ve 3’te QTd ve QTcd, izlemdeki kan şekeri düzeylerine göre; Grup 2 ve 3’te QTd ve QTcd kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı. Tip 1 DM’li çocuklarda Pd anlamlı şekilde daha yüksek saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Tip 1DM’de KOFB, hastalığın herhangi bir döneminde görülebilir ve ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilir. EKG ile semptomlar görülmeden KOFB tanısı konabilir. Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak, KOFB semptomu olmayan diyabetiklerde kontrole göre Pd, QT, QTd, QTc ve QTcd anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

PERİKARDİYAL TAMPONADA YOLAÇAN UMBİLİKAL VENÖZ KATETERİZASYON

ELİF GÜNAY, ASLI MEMİŞOĞLU, SİNEM ALTUNYUVA USTA, FİGEN AKALIN

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Umbilikal venöz kateterizasyon, yenidoğan yoğunbakım ünitelerinde vazgeçilmez bir uygulama olmakla birlikte birçok ciddi komplikasyona neden olabilir. Bunlardan biri olan kardiyak tamponad fatal sonuçlanabilir. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde UVC uygulaması sonrası ani klinik kötüleşme nedeni ile danışılan ve kardiyak tamponad nedeniyle perikardiyosentez yapılan bir olgumuzu sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Gestasyonel diabetik anneden C/S ile 36. haftada 3600 gr doğan bebek 44. saatte genel durumunun ani bozulması nedeniyle danışıldı, öyküsünde postnatal 8. saatte polistemi ve persistan hipoglisemi nedeniyle parsiyel exchange ve yüksek doz glukoz infüzyonu uygulaması için umbilikal venöz kateter yerleştirilmiş olduğu öğrenildi. Hastanın fizik incelemesinde takipne, taşikardi, siyanoz ve hipotansiyonu mevcuttu. Ekokardiyografisinde en geniş yerinde 1.5 cm ölçülen perikardiyal effüzyon saptandı ve atriyumların diastol sırasında kollabe olduğu görüldü. Kontrol göğüs grafisinde kateter ucu sağ atriyum içinde idi, ekokardiyografide ise kateter ucunun sağ atriyum ve vena kava inferior bileşkesinde sonlandığı izlendi. Ajite salin ile kontrast ekokardiyografi yapıldığında perikardiyal boşluğa kontrast madde geçişi olmadı

Bulgular:

Acil perikardiyosentez uygulandı ve 40 ml berrak, seröz perikardiyal sıvı boşaltıldı. Drenajdan hemen sonra hastada belirgin klinik düzelme görüldü. Perikardiyal sıvı direkt incelemesinde hücreye rastlanmadı ve yüksek glukoz düzeyi (1363 mg/dl) saptandı, diğer biyokimyasal değerler normal idi (LDH 49 U/l, total protein 0.2 gr/dl). Perikardiyal sıvı kültürü steril idi. Perikard sıvısının yüksek glukoz içeriğinin olması dikkat çekici idi ve yenidoğanda perikardiyal sıvı birikimine neden olacak sepsis, hipotiroidi, kardiyovasküler, renal, hepatik nedenin olmaması, tamponadın UVC yerleştirilmesine bağlı geliştiğini düşündürdü. Kateter pozisyonunun X-Ray görüntülemeye uygun yerde olmadığı görülmüştü. Ajite salin ile perikardiyal boşluğa kontrast geçişinin gösterilememiş olması ajite salin mikrobubble büyüklüğünden (10-100 mikron) daha küçük boyutta, kontrast tutan fakat sıvı geçişine izin veren travmatik laserasyonların varlığına bağlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak, UVC uygulaması sonrası ani klinik kötüleşme her hastada kardiyak tamponadı akla getirmeli, acil ekokardiyografik değerlendirme ve perikardiyosentez uygulanmalıdır.

PB-178

YENİ TANIMLAMA: KAWASAKİ HASTALIĞI ŞOK SENDROMU

ÖNDER DOKSÖZ, VEDİDE TAVLI, TİMUR MEŞE, RAHMİ ÖZDEMİR, YILMAZ YOZGAT, SAVAŞ DEMİRPENÇE, MİRAY KIŞLA, KÜBRA ÇELEĞEN

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Kawasaki hastalığı nedeni bilinmeyen pediatrik sistemik vaskulitik sendromdur. Kawasaki hastalığı şok sendromu (KHŞS) yakın zamanda tanımlanmış olup hemodinamik bozukluk ve şok yanı sıra, aşırı yüksek inflamasyon belirteçlerinin varlığı, yüksek koroner arter anevrizması geliştirme riski ve uzamış miyokard disfonksiyonu ile seyreder. Yeni tanımlanmış olmasına rağmen kolestaz tablosu ile prezantasyon gösteren KHŞS'lu olguyu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Altı yaşında kız olgu beş gündür süren ateş, kusma ve sarılık nedeniyle yatırıldı. Fizik muayenede cilt ve skleralar ikterik, bilateral non-eksudatif konjunktivit, dudaklarda kuruluk, çatlaklar ve kabuklanma, kırmızı çilek dili, sağ posterior servikalde 3x2 cm hassas olmayan lenfadenopati, pubik bölgede eritamatöz döküntü ile perianal soyulma mevcuttu. Karaciğer kot kavsinde 4 cm ele gelmekteydi. Tansiyon arteriyel: 70/32 mm Hg, vücut sıcaklığı: 38.5 derece ölçüldü.

Bulgular:

Tetkiklerinde; hemoglobin 9,6 g/dl, beyaz küre 21,100 /uL trombosit sayısı 413,000 /uL idi. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein sırasıyla 132 mm/h ve >21,4 mg/dl saptandı. Alanin aminotransferaz 45 unit/l; aspartat aminotransferaz 60 unit/l, total bilirubin 8,7 mg/dl; direk bilirubin 4,6 mg/dl, alkalin fosfataz 167 IU/L, gamma glutamiltranspeptidaz 53 IU/L, albümin 2,2 g/dl ölçüldü. İdrarda biliribün ve ürobilinojen pozitifliği ile piyüri saptandı. Batın USG'de hepatomegali ve safra duvar kalınlığında artış saptandı. Ekokardiyografide 1. derece mitral yetersizlik, sistolik disfonksiyon (EF:%51, KF: %26) ve koroner arter traselerinde belirginleşme izlendi. Olgu KHŞS, Sepsis?, Septik şok?, Kolesistit? ön tanıları ile yatırıldı. Mayi, dopamin, dobutamin desteği yanı sıra İVİG ve asetil salisitik asit (ASA) tedavisi verildi. Yatışının

ikinci gününde ateşi düştü ve dördüncü günde parmaklarda periungal soyulmalar başladı. Altıncı gününde trombosit sayısı 727000 /uL'e yükseldi.

Tartışma ve Sonuç:

Hem KHŞS'lu olgular hem de kolestazın eşlik ettiği kawasaki hastalarının genellikle İVİG tedavisine dirençli ve ek anti inflamatuvar tedaviye gereksinim duyduğu bildirilmiştir. Tek doz İVİG ve ASA tedavisi ile olgumuzun tüm bulguları gerilemiştir. Literatürde kolestaz ile Kawasaki hastalığı birlikteliği nadir olarak tanımlanmıştır. KHŞS ile kolestaz birlikteliğine literatürde rastlanmamıştır.

PB-179

TİNER MARUZİYETİ SONRASI GELİŞEN GEÇİCİ MİYOKARD İSKEMİSİ OLGUSU

HAYRULLAH ALP, HAKAN ALTIN, ZEHRA KARATAŞ, FATİH ŞAP, TAMER BAYSAL, SEVİM KARAARSLAN

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Uyarıcı özellikleri olan tiner yağda çözünürlüğü yüksek olduğundan yağdan zengin dokulara özellikle de sinir sistemine kolaylıkla nüfus eder. Kalp damar sistemi üzerine de toksik etkileri olup taşiaritmiye bağlı ani ölüm, miyokard iskemisi ve infaktüsü, kalp yetersizliği yaptığı bildirilmiştir. Bu makalede daha önce koroner arter hastalığı semptom ve bulguları olmayan, tinere yoğun maruziyetten hemen sonra göğüs ağrısı başlayan ve geçici miyokard iskemisi tanısı konulan olguda tinerin miyokard iskemisinden sorumlu olabileceği tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

15 yaşında erkek hasta kliniğimize 2 gündür devam eden göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünden bir haftadır bir silah imalathanesinde tiner ile temizleme işi yaptığı öğrenildi.

Bulgular:

Dış merkezde ve kliniğimizde bakılan Troponin (3.66 ng/ml) ve CK-MB (10.1 ng/ml) değerleri yüksek tespit edildi. Çekilen EKG'de DIII ve AVF derivasyonlarında ST segment yükselmesi olduğu görüldü. Yapılan koroner anjiyografide koronerlerin normal olduğu görüldü. Takiplerde kardiyak enzim düzeyleri azalarak normale gelen hastanın şikâyetleri de kayboldu.



Resim 1: 12 derivasyonlu EKG'de DII, DIII ve AVF'de ST segment elevasyonu görülmekte.

Tartışma ve Sonuç:

Tinerin vazospazm sonucu miyokard iskemisi yapabileceği hatırlanmalıdır. Bizim vakamızda görülme de tinerin ciddi tekrarlayan ventriküler aritmilere neden olabileceği de akılda tutulmalıdır.

PB-180

NADİR BİR KARDİYAK TÜMÖR: İNFLAMATUVAR MYOFİBROBLASTİK TÜMÖR

ÖNDER DOKSÖZ, VEDİDE TAVLI, TİMUR MEŞE, NEJAT SARIOSMANOĞLU, A. GÜLDEN DİNİZ, TALİHA ÖNER, SAVAŞ DEMİRPENÇE, YILMAZ YOZGAT, RAHMİ ÖZDEMİR

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

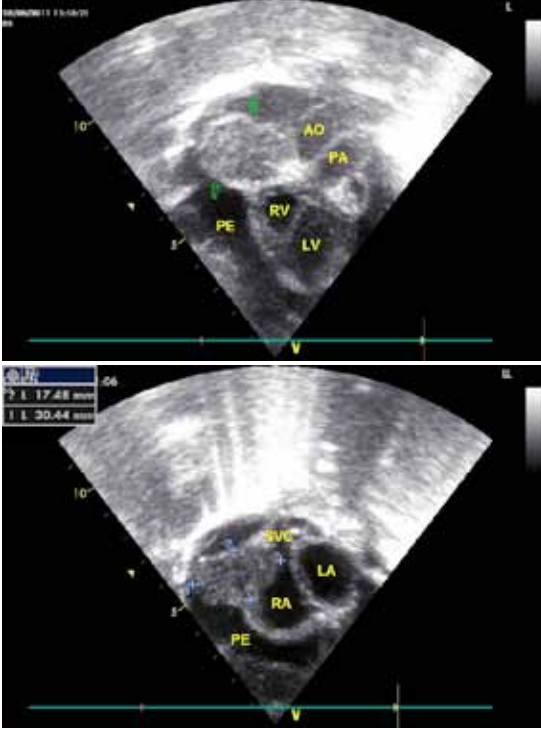
Primer kardiyak tümörler çocuk ve adölesanlarda tüm prevelansı %0,08 olmak üzere oldukça nadirdir. Benign tümörlerin büyük çoğunluğunu rabdomyom, fibroma, miksoma ve teratom oluşturur. Son yıllarda kardiyak yapıları tutan inflamatuvar myofibroblastik tümör (İMT) karakteristik klinik, patolojik ve moleküler özellikleri ile ayrı bir antite olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada erken infansi döneminde perikardiyal effüzyonla başvuran ve tedavi sonrası bir yıllık izleminde herhangi bir sorunu olmayan İMT olgusu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Üç aylık erkek olgu, solunum sıkıntısı, emme güçlüğü, terleme nedeniyle çekilen akciğer grafisinde kardiyomegali saptanması üzerine kliniğimize getirildi.

Bulgular:

Fizik muayenede takipne ve taşikardi dışında diğer sistemik muayene bulguları doğaldı. Telekardiyografide kardiyomegali mevcut. EKG’de özellik yoktu. Ekokardiyografide sağ atriyum komşuluğunda 3x2 cm boyutlarında düzensiz kontürlü solid, sağ atriyum ve sağ ventrikül inflow obstrüksiyonu oluşturmayan kitle ve diffüz perikardiyal effüzyon izlendi.



Tetkiklerinde hemoglobin 7,7 g/dl, beyaz küre 11800 /uL (%20 PNL, % 75 lenfosit, atipik hücre yok), trombosit sayısı 562,000 /uL idi. Hastaya tanısal amaçlı perikardiyosentez yapıldı. Serohemorajik vasıfta az miktarda sıvı çekildi. Sıvı analizi transüda ile uyumlu idi. Sıvının serolojik ve patolojik analizi normal saptandı. Toraks manyetik rezosans görüntüleme sonucu perikardiyal belirgin effüzyon, sağ atriyum ventral-sağ lateral kesimde ilk planda ekstraluminal kalp duvarı ile izointens kitle, rabdomyom?, perikardial kitle? olarak raporlandı. Kalp-damar cerrahisi tarafından perikardiyal hemorajik sıvı boşaltılarak sağ atriyum apendiksini tutan % 60 alanı kaplayan, kontürleri belirsiz 3x4 cm boyutlarında süperior ve inferior vena ağızlarını kapatmayan sağ atriyal kitle eksize edildi. Patoloji sonucu İMT olarak geldi.



Tartışma ve Sonuç:

İMT çoğunlukla akciğerler, karaciğer, mide, lenf nodları, retroperitoneal doku ve dalağı tutar. Kardiyak tutulum çok nadirdir. Kardiyak tutulum yeri olarak sağ atriyum, sağ ventrikül, triküspid kapak ve interventriküler septum olarak bildiriler yapılmıştır. Bu tümörlerin ateş, iştahsızlık, anemi, hipergamaglobulinemi, lökositoklastik vaskülit, poliartrit ve trombositoz gibi semptom ve bulgulara neden olan sitokinler salgıladığı düşünülmektedir. Bizim olgumuzda da anemi ve trombositoz bulunmaktadır. Tedavinin temelini cerrahi eksizyon oluşturmaktadır. Kardiyak İMT'ler iyi prognozlu benign lezyonlardır, çocuklarda ve adölesanlarda kardiyak tümör ayırıcı tanısında mutlaka akla gelmelidir. Rekürrens ve metastaz henüz bildirilmemiştir. Bu hastalar klinik ve laboratuvar ile rekürrens açısından takip edilmelidir. Takipte fizik muayene, ekokardiyografi, inflamatuvar belirteçler ve trombositoz açısından kan testleri belli aralıklarla ve uzun süreli izlenmelidir. Olgumuzun bir yıllık izleminde herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır.

PB-181

MİTRAL KAPAK TAMİRİ VE VSD KAPATILMASI SONRASI GELİŞEN HEMOLİTİK ANEMİ: OLGU SUNUMU

FATİH ŞAP¹, HAKAN ALTIN², ZEHRA KARATAŞ², HARULLAH ALP², TAMER BAYSAL², SEVİM KARAARSLAN²

¹ KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

² KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Kalp kapak replasmanı veya defektlerin yama ile kapatılması sonucu intravasküler hemoliz meydana gelebilir. Literatürde 1961 yılından beri kalp cerrahisi sonrası ciddi

hemoliz gelişebildiğini gösteren yayınlara rastlanılmaktadır. Kalp cerrahisi sonrası hemoliz eritrositlerin mekanik olarak parçalanmasına bağlı geliştiği gibi daha nadir olarak nedeni geç başlangıçlı alloimmün hemolitik anemi veya infektif endokardit olabilir. Açık kalp cerrahisi sonrası intravasküler hemoliz gelişen bir olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

Polikliniğimize ilk kez başvuran 5 yaşındaki kız olguya VSD, mitral kleft nedeniyle Kasım 2011’de VSD’nin yama ile kapatılması, mitral kapak tamiri ve mitral anülüse ring konularak kardiyak operasyon gerçekleştirildi. Operasyondan yaklaşık 3 hafta sonra muayenede solukluk, cilt ve sklerada ikter görüldü, hepatosplenomegali saptanmadı.

Bulgular:

Laboratuvar incelemesinde Hb 6.6 g/dl, hiperbilirubinemi (indirekt), periferik yaymada parçalanmış eritrositler saptandı, haptoglobulin düşük, LDH artmış ve Direkt Coomb’s testi negatif olarak tespit edildi. Olgunun meydana gelen hemolitik anemisi defektlerin tamirine bağlı eritrositlerin parçalanması olabileceği gibi, geçikmiş tip hemolitik anemi olabileceği de düşünüldü. Olguya eritrosit süspansiyonu ile transfüze edildi. Ancak Ocak 2012’de yine aynı şekilde Hb 5 g/dl gelmesi üzerine bir kez daha eritrosit süspansiyonu ile transfüze edildi. Olgunun Şubat 2012’de yapılan kontrolünde Hb 9.6 gr/dl, bilirubin düzeyinde azalma tespit edilmesi hemolizin azaldığını göstermekteydi. Olgu hemoliz yönünden polikliniğimizde yakın takip altında bulundurulmaktadır.

Tartışma ve Sonuç:

Açık kalp cerrahisi yapılan olgularda intravasküler hemoliz görülebileceği, poliklinik takiplerinde hekimin bu yönden dikkatli olması ve hastanın da belirtiler yönünden bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

PB-182

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KONJENİTAL KALP HASTALIĞI İLE TAKİP EDİLEN OLGULARIN TANI, TEDAVİ VE PROGNOZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

EMİNE YURDAKUL ERTÜRK ¹, PELİN AYYILDIZ ², ŞÜKRÜ KÜÇÜKÖDÜK ¹, CANAN AYGÜN ¹, KEMAL BAYSAL ¹, METİN SUNGUR ¹, BİLGE TANYERİ ¹, FATMA ÇAKMAK ÇELİK ¹

¹ ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ, SAMSUN

² SAMSUN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ, SAMSUN

Amaç:

Konjenital kalp hastalıkları (KKH), doğuştan majör anomaliler arasında en sık görülen hastalıklardandır. Bu çalışmada Ocak 2006-Aralık 2010 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) KKH tanısı alan olguların

sıklığının, tiplerinin, klinik bulgularının, tedavi ve prognozlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bu dönemde YYBÜ’de 5336 yenidoğan takip edildi. KKH tanısı ile yatırılan 464 hastadan 300’ü çalışmaya alındı. Patolojik üfürümü, kardiyak kökenli santral siyanozu, açıklanamayan solunum sıkıntısı, aritmisi multipl anomalisi olanlara, Down sendromu ve Diabetik anne bebeklerine ekokardiyografik değerlendirme yapıldı.

Bulgular:

YYBÜ’de KKH sıklığı %7.5 olarak saptanmıştır. Olguların %47’i kız, %53’ü erkektir. Olguların %32.3’ü siyanotik, %67.7’si asiyanotik KKH tanısı almıştır. En sık görülen asiyanotik KKH, VSD (%15.3), en sık siyanotik KKH (%10) Büyük arterlerin transpozisyonu (BAT)’dur. Term bebeklerde BAT, prematür bebeklerde ASD, PDA ve Ebstein anomalisi daha fazla görülmektedir. Siyanotik KKH’lardan BAT, TOF, trunkus arteriozus, tek ventrikül ve Ebstein anomalisi erkeklerde daha sık görülmektedir. Kırkaltı olguda (%15.3) akrabalık, 13 olguda (%4.3) aile öyküsünde KKH saptanmıştır. Olguların ortalama yatış süresi 11.34 ± 17.11 gündür. Olguların %73.3’ü taburcu, %22.3’ü exitus olmuş, 45’ine (%15) cerrahi uygulanmıştır.

Tartışma ve Sonuç:

Yapılmış çalışmalarda KKH görülme sıklığı %0.8-1.2 olarak rapor edilmiş, hasta yenidoğan popülasyonunda bu oran %4.9-6.6 arasında, bizim çalışmamızda ise %7.5 olarak saptanmıştır. KKH nedeniyle ölen çocuklara bakıldığında yaklaşık yarısının ilk bir yaş içinde kaybedildiği görülmektedir. Bu nedenle yenidoğan döneminde tüm olgulara ayrıntılı kardiyolojik değerlendirme yapılması, şüphe edilen olgulara ekokardiyografik inceleme istenmesi KKH’nın erken tanınması, hayat kurtarıcı girişimlerin erken yapılmasına, böylece mortalite ve morbiditede belirgin azalmaya yol açacaktır.

PB-183

İDİOPATİK RESTRIKTİF KARDİYOMYOPATİ: OLGU SUNUMU

AYŞE ŞİMŞEK, MURAT ÇİFTEL, ÖZLEM TURAN, FIRAT KARDELEN, GAYAZ AKÇURİN,
HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

Amaç:

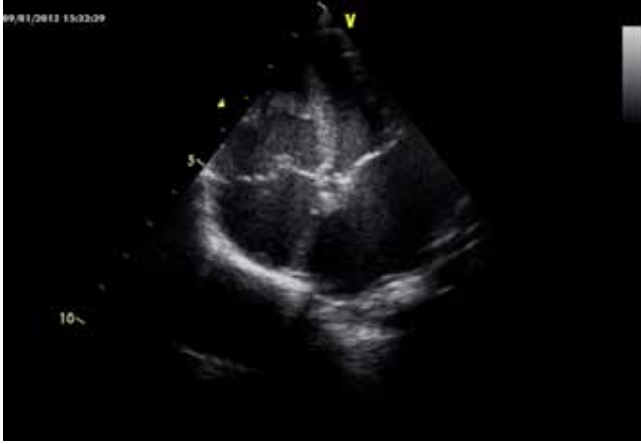
Restriktif kardiyomyopati (KMP) bir yada her iki ventrikülün sistolik fonksiyonları normal yada normale yakın iken, duvar kalınlığında artışın olmadığı, diyastolik doluşun bozulduğu, diyastol sonu volümün azalması ile karakterize kalp hastalığıdır. Değişen derecelerde atriyal dilatasyon bulunmaktadır.

4 aylık iken İdiopatik restriktif kardiyomyopati tanısı alan olgumuz nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

4 aylık erkek hasta emmede azalma, solunum sıkıntısı şikayetleri ile getirildi. Soygeçmişinde annenin epilepsi hastası olduğu ve gebeliği boyunca karbamazepin kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde kardiyak nabız 173/ dk, solunum sayısı 65/ dk, akciğer oskültasyonunda bilateral ralleri, batin distandü görünümde, hepatomegalisi vardı. Kardiyovasküler sistem de tüm odaklarda duyulan sistolik üfürüm mevcuttu.

Bulgular:



Elektrokardiyogramda p dalgasında biatriyal genişleme, göğüs röntgeninde kardiyomegalisi vardı. İlk ekokardiyografik incelemesinde biatriyal genişleme, sistolik fonksiyonlar normal, mitral ve triküspit kapakta yetmezlik, restriktif tipte doluş paterni gösteren diyastolik disfonksiyon izlendi. Hastamız restriktif tipte KMP tanısı olarak izleme alındı. Antikonjestif ve antiagregan tedavi başlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Restriktif KMP çocukluk çağında kardiyomyopatiler içerisinde en az sıklıkta görülen ve prognozu en kötü seyreden tiptir. Kardiyomyopati tanısı almış hastalar arasında sıklığı %2,5- %5 arasında bildirilmektedir. Ortalama tanı yaşı 0.1- 19 yıl arasında değişmektedir. Vakaların %8'i 1 yaş veya daha erken dönemde tanı almaktadır. Hastamızda 4 aylıkken tanı almıştır.

Etyolojide ailesel, genetik, metabolik ve ilaçlara bağlı çok çeşitli faktörler rol almaktayken çocukluk çağında en sık görülen tip idiyopatik tipte restriktif kardiyomyopatidir. Hastamızda etyolojik açıdan yapılan tetkiklerinde açıklayıcı bir sonuç olmaması, aile öyküsü olmaması nedeni ile idiyopatik restriktif kardiyomyopati tanısı almıştır. Ancak hastamızın öyküsünde annenin gebelik boyunca karbamazepin kullandığı öğrenilmiş ve buna dikkat çekilmek istenmiştir.

En sık ölüm nedeni kalp yetmezliği olarak bildirilmektedir. Hastamızda da klinik bulgular ağır seyretmekteydi ve tanı aldıktan 2 ay sonra exitus oldu.

Sonuç: İdiopatik restriktif tip kardiyomyopati nadir görülen ve prognozu kötü bir kalp kası hastalığıdır.

PB-184

LEVOATRİAL KARDİNAL VEN ANOMALİSİNE PERİOPERATİF YAKLAŞIM; OLGU SUNUMU

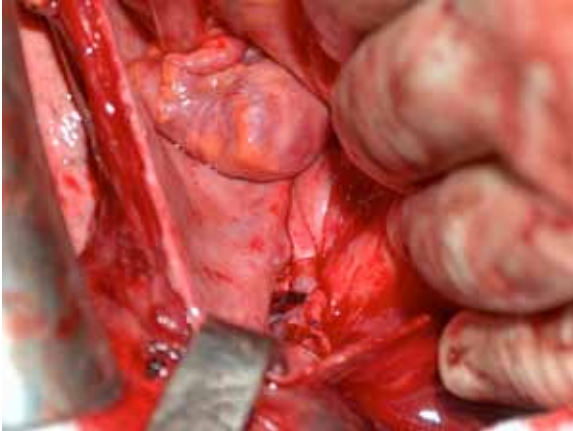
OLCAY MURAT DİŞLİ, BEKTAŞ BATTALOĞLU, NEVZAT ERDİL, CEMŞİT KARAKURT,
ÖZLEM ELKIRAN

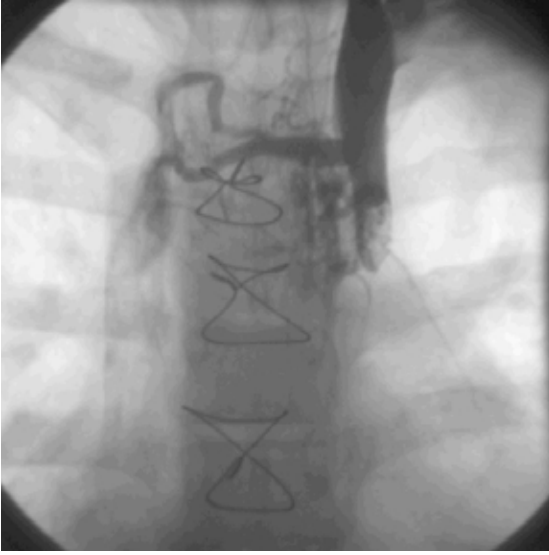
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MALATYA

Amaç:

Levoatrial kardinal ven sistemik venlerin nadir görülen konjenital anomalisidir. Genellikle mitral atrezi ve cor triatriatum gibi anomalilerle birlikte bulunur. Bu olgu sununumda, cerrahi sırasında tanı konulan levoatrial kardinal ven anomalisi bulunan atrial septal defektli, 14 yaşındaki erkek hasta tartışılacaktır. Bikaval kanulasyonla normtermik kardiopulmoner bypass sonrası sağ atriotomi yapılan hastada sol atriuma venöz kan drene olduğu gözlemlendi. Eksplorasyonda anormal venin sol atrium kubbesine açıldığı tesbit edildi. Levoatrial kardinal ven umbilikal tape ile dönüldü ve snare ile geçişi olarak oblitere edildi. Ölçümlerde obliterasyonun distalinde basınç 8 mmHg dan 14 mmHg ya yükselmesi sistemik oksijen satürasyonu ve kan basıncında değişiklik olmaması üzerine anormal ven çift olarak bağlandı. Peroperatif kardiak anjiyografide anormal venin hemiazigos venine ve iki kolleteral benzeri damarlanmayla kava kava süperiora drene olduğu gözlemlendi.

Gereç ve Yöntem:



Bulgular:**Tartışma ve Sonuç:**

Levoatrial kardinal ven anomalisinde cerrahi yaklaşım basit ligasyon ile intra veya ekstrakardiyak yönlendirmeden ibarettir. Geçici oklüzyonda venöz basıncın 30 mmHg'nin üzerine çıkmaması nedeniyle yeterli venöz kominükasyon olduğu düşünülerek basit ligasyon uygulandı.

PB-185**PATENT DUKTUS ARTERİYOZUS VE PULMONER ARTERİOVENÖZ FİSTÜL BİRLİKTELİĞİ OLAN BİR OLGU SUNUMU**

DOLUNAY GÜRSES, ERSİN GÖZKESER, ALİ KOÇYİĞİT, MUSTAFA DOĞAN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DENİZLİ

Amaç:

Pulmoner arteriovenöz fistüller (PAVF) pulmoner arter ve venler arasındaki anormal bağlantılar olup, çocukluk çağında oldukça nadir görülen ve siyanoza neden olan malformasyonlardır. Doğumsal veya sonradan gelişebilirler. Akkiz olanlar penetran göğüs travması veya kavopulmoner anastomozlara bağlı görülebildikleri gibi, Herediter Hemorajik Telenjektazi ile de ilişkili olabilirler.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamızda siyanoz ile başvuran üç yaşında erkek hastanın ekokardiyografisinde sol-sağ şanlı PDA saptandı.

Bulgular:

Siyanoz nedeni olabilecek kardiyak anomali izlenmedi. Kontrast ekokardiyografi ile intrapulmoner şant varlığı gösterilen hastaya uygulanan 3D kontrastlı MR anjiyografide PDA ve sol ana pulmoner arterden 2 noktada, sağ ana pulmoner arterde ise tek noktada pulmoner venlere fistül ile uyumlu bağlantı noktaları görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

PDA ve PAVF birlikteliği nadir olarak olarak sunulmuştur. Olgumuzda PDA'ya eşlik eden PAVF tanısı 3D MR anjiyografi ile kesinleştirilmiştir. Bu olgu sunumu ile PAVF değerlendirilmesinde radyasyon içermeyen 3D pulmoner MR anjiyografinin de seçilecek bir tanı yöntemi olması gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

PB-186

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE BRADİKARDİ VE HİPERTROFİK KARDİOMYOPATİ İLE PREZENTE POMPE HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

FATİH ŞAP, EBRU AYPAR, ZEYNEL GÖKMEN, AHMET SERT, EYÜP ASLAN,
DURSUN ODABAŞ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

Amaç:

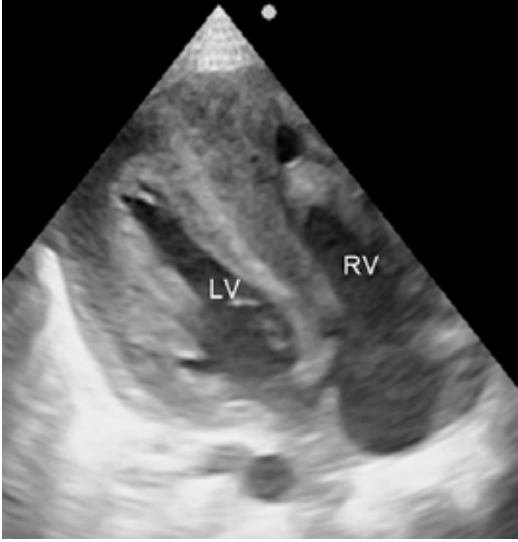
Pompe Hastalığı (Glikojen depo hastalığı tip 2) kalıtsal lizozomal bir hastalıktır. Pompe Hastalığının infantil formunda hipertrofik kardiyomyopati, hipotoni, beslenme anormallikleri, solunum yetmezliği ve mortalite bildirilmiştir. Yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı ve bradikardi ile yenidoğan servisine yatırılan ve Pompe Hastalığına bağlı hipertrofik kardiyomyopati saptanan yenidoğan bir olgu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:

30 yaşındaki annenin 3. gebeliğinden, miyadında, spontan vaginal yolla, 3400 gr ağırlığında doğduğu, solunum sıkıntısı olması nedeni ile yenidoğanın geçici takipnesi ön tanısı ile yenidoğan yoğun bakıma yatırıldığı, anne-babanın teyze çocukları olduğu öğrenildi. Prenatal özellik yoktu. Soygeçmişinde bir kardeşinin iki yaşında iken akciğer enfeksiyonu nedeni ile kaybedildiği öğrenildi. Fizik muayenede aksiyel hipotoni vardı, kalp ritmik, bradikardik, interkostal ve subkostal çekilmeleri mevcuttu. Tedavide nazal CPAP uygulandı. İzleminde solunum sıkıntısı gerilediği için hood ile oksijen verildi.

Bulgular:

EKG’de sinüs bradikardisi, biventrikül hipertrofi ve strain bulguları saptandı. Ekokardiyografide, her iki ventrikül ve interventriküler septumda hipertrofi ve hafif pulmoner hipertansiyon saptandı, sol ventrikül çıkış yolunda obstrüksiyon bulgusu saptanmadı (Şekil). 24 saatlik EKG kaydında aritmi saptanmadı. İzlemin 10. gününde solunum sıkıntısı geriledi ve bradikardisi düzeldi. Hipertrofik kardiyomyopati etiyolojisi açısından metabolik tarama ve Pompe hastalığına yönelik alfa-glukozidaz enzim tayini gönderildi. Ancak sonuç elde edilmeden bebek 15 günlükken kaybedildi. Daha sonra öğrenilen sonuca göre alfa-glukozidaz 4.16 pmol/p/h (7.3-39.0) tespit edilerek olguya Pompe hastalığı tanısı konuldu.

**Tartışma ve Sonuç:**

Pompe Hastalığında doğumdan sonra erken enzim replasmanın prognozu iyileştirdiği literatürde gösterilmiştir. Yenidoğan döneminde hipertrofik kardiyomyopati ve hipotoni tespit edilen hastalarda Pompe Hastalığı akla getirilmelidir.

PB-187

SENKOP İLE BAŞVURAN BİVALVÜLER KALSİFİKASYON VAKASI

BÜLENT KOCA¹, FUNDA ÖZTUNÇ¹, SERTAÇ ÇİÇEK², AYŞE GÜLER EROĞLU¹,
RESMİYE BEŞİKÇİ²

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

²ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ, İSTANBUL

Amaç:

Glokom nedeniyle daha önce 6 kez opere olan 8 yaşındaki kız hasta polikliniğimizden hafif aort kapak darlığı ve hafif aort yetersizliği nedeniyle takipli iken okulda efor sonrasında senkop yakınması ile polikliniğimize tekrardan başvurdu. Tekrarlanan EKO da aort ve mitral kapakta bivalvüler kalsifikasyon, önemli aort kapak darlığı, mitral stenoz ve hafif mitral yetersizlik saptandı. Kalsifikasyon Toraks BT ile doğrulandı. Kalsifikasyon etyolojisine yönelik metabolik, romatolojik ve biokimyasal tetkiklerde patoloji ileşiditli ANA (+) liği dışında karşılaşılmadı. Ani ölüm riski nedeniyle hasta opere edildi. Operasyonda anteroseptal aortik kök genişletilmesi ve AVR (KONNO-17 mmaortik kapak), posterior annulus genişletilmesi (Manouqian tekniği) ve ass. aort replasmanı (Perikard yama) yapıldı. Aort kapak patolojisi kalsifikasyon ile uyumlu geldi. Mitral kapağına dokunulmayan hasta halen poliklinik takiplerine devam etmektedir.

PB-188

SOLDAN SAĞA ŞANTLI DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARINA BAĞLI KALP YETERSİZLİĞİ TEDAVİSİNDE DİGOKSİN ETKİNLİĞİNİN SERUM NT-PRO BNP DÜZEYİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

AYŞE SANDIKKAYA, ÖZLEM ELKIRAN, GÜLENDAM KOÇAK, ÇAĞATAY TAŞKAPAN,
ÜNSAL ÖZGEN, CEMŞİT KARAKURT, SAİM YOLOĞLU

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MALATYA

Amaç:

Soldan sağa şantlı doğumsal kalp hastalığına sekonder kalp yetersizliği tanısı almış ve iki farklı ilaç kombinasyonu (digoksin, enalapril, furosemid ve enalapril, furosemid) verilen hastalarda tedavi etkinliğinin Ross puanı ve NT-pro BNP düzeyi ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve soldan

sağa şantlı doğumsal kalp hastalığına sekonder kalp yetersizliği tanısı alan, yaşları 10 gün- 24 ay arasında 37 hasta (grup-1 ve grup-2) ve 20 sağlıklı çocuk (grup-3) prospektif olarak değerlendirildi. Değerlendirilen 19 hastaya (grup 1) digoksin, enalapril ve furosemid; 18 hastaya (grup 2) enalapril ve furosemid başlandı. Hastalar bir ay sonra tekrar değerlendirildi. Tedavi öncesi ve sonrası NT-proBNP düzeyleri, ekokardiyografik verileri ve Ross sınıflandırmasına göre evreleri kaydedildi.

Bulgular:

Tablo 1. Hasta gruplarının Ross puanları

Grup	N	Tedavi Öncesi Ross puanı (Ort±SD)	Tedavi Sonrası Ross puanı (Ort±SD)	P
Grup 1	19	8.4±1.4	2.8±0.8	0.0001
Grup 2	18	8.1±1.1	3±0.7	0.0001
P		0.377	0.616	

Tablo 2. Grupların NT-ProBNP değerleri

Grup	N	Tedavi Öncesi NT-ProBNP Ort±SD (pg/ml) (Min-Max)	Tedavi Sonrası NT-ProBNP Ort±SD (pg/ml) (Min-Max)
Grup 1	19	13962±12025 (1010-40571)	3850±8550 (228-37290)
Grup 2	18	9323±9166 (924-31448)	2290±3263 (247-13097)
Grup 3	20	386±234 (108-835)	386±234 (108-835)

Tablo 3. NT-proBNP değerlerinin karşılaştırılması

Grup	N	Tedavi Öncesi NT-proBNP (pg/ml) Ort±SD	Tedavi Sonrası NT-proBNP (pg/ml) Ort±SD	P
Grup 1	19	13962±12025	3850±8550	0.0001
Grup 2	18	9323±9166	2290±3263	0.0001
P		0.094	0.372	

Grup 1; 6 (%31,6) kız, 13 (%68,4) erkek; Grup 2; 10 (%55,6) kız, 8 (%44,4) erkek, grup 3; 9 (%45,0) kız, 11 (%55,0) erkek çocuktan oluşuyordu. Yaş ortalamaları, grup 1’de $3,7 \pm 4,4$, grup 2’de $3,4 \pm 3,5$, grup 3’de $5 \pm 3,7$ aydı.

Hasta gruplarının tedavi öncesi ve sonrası Ross puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.0001$). Hasta gruplarında tedavi öncesi NT-proBNP düzeyleri yüksek bulundu, tedavi sonrası ise düşme gözlemlendi (p her iki grup için 0.0001). Hasta gruplarının tedavi öncesi ve sonrası NT-proBNP değerleri arasında fark saptanmadı (p sırasıyla 0.094 ve 0.372). Grup 1 ve grup 2’nin tedavi sonrası NT-proBNP düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında grup 1 ile istatistiksel fark ($p=0.045$) zayıf da olsa devam ederken, grup 2 ile anlamlı fark ($p=0.271$) bulunmadı. Kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre NT-proBNP değerleri arasında ilişki saptanmadı (Tablo1,2,3).

Tartışma ve Sonuç:

Soldan sağa şantlı doğumsal kalp hastalığına sekonder kalp yetersizliğinde, digoksin, enalapril ve furosemid ya da enalapril ve furosemid tedavisi alan çocukların değerlendirilmelerinde NT-proBNP düzeyi açısından gruplar arasında farklılık saptanmayıp her iki tedavi de etkin bulundu.

POSTOPERATİF PULMONER ARTER HİPERTANSİYON NEDENİYLE BOSENTAN TEDAVİSİ VERİLEN FALLOT TETRALOJİSİ OLGUSU

CANAN AYABAKAN, ÖZLEM SARISOY, KÜRŞAD TOKEL, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, EMRE ÖZKER, RIZA TÜRKÖZ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Bosentan endotelin Ave B reseptörlerini bloke eden, endotelin reseptör antagonistidir. Eisenmenger sendromunda egzersiz kapasitesini arttırdığı gösterilmiştir. Eisenmenger sendromu olmayan, konjenital kalp hastalığına sekonder pulmoner hipertansiyonda da semptomları kontrol altına almada etkin olabilir.

Gereç ve Yöntem:

Benzer endikasyonla Bosentan kullanılan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Fallot tetraloji (TOF) tanılı hastaya 6 aylıkken sol BT şant yapılmış. Poliklinliğimize 4 yaşındayken başvurduğunda yapılan kateter anjiografide hastanın BT şantı fonksiyoneldi, 3 farklı MAPKA izlendi. Sol pulmoner arterin (LPA) hipoplazik olduğu ve sol pulmoner yatağın daha çok MAPKA'lar tarafından sulandığı izlendi. Buna rağmen pulmoner arter indeksi: $202 \text{ mm}^2/\text{m}^2$ hesaplandı. Hastanın sağ pulmoner yatağa giden MAPKA'sı 10 mm amplatzer vasküler plug ile kapatıldı. Tüm düzeltme ameliyatında 22 numara Contegra® kondüitin tek kapsı kullanılarak hastanın nativ pulmoner arteri genişletildi. Ayrıca LPA'ya da rekonstrüksiyon yapıldı. Postoperatif kontrollerinde rezidüel müsküler VSD'den iki yönlü şant ve pulmoner arterde orta-ağır derecede yetersizlik belirlendi. Ameliyattan 2 yıl sonra çabuk yorulma ve sık pnömoni geçirme şikayetleri ortaya çıkan hastaya tekrar kateter uygulanarak pulmoner arter basıncı 77/10 ortalama 32 mmHg, akımlar oranı: 1, PVRİ: 2.86 ünite, SVRİ: 8.93 ünite hesaplandı. Hastanın pulmoner hipertansiyonuna yönelik bosentan tedavisi başlandı. 6 aylık tedavi sonrasında anjioda pulmoner arter basıncı 63/8 ortalama 25 mmHg ölçüldü. Akımlar oranı: 1.1, PVRİ: 3.38 ünite, SVRİ: 20.5 ünite bulundu. Çabuk yorulma ve pnömoni şikayetleri belirgin olarak düzeldi.

Tartışma ve Sonuç:

Eisenmenger sendromu nedeniyle ameliyat edilemeyen hastalarda Bosentan kullanımı klasik endikasyonlar arasındadır. Hastamızda olduğu gibi, postoperatif dönemde devam eden pulmoner hipertansiyon ve buna bağlı semptomların tedavisinde de Bosentan'ın yeri olabilir.

49,XXXXY SENDRUMLU ÇOCUKTA PATENT DUKTUS ARTERİÖZUS VE PULMONER HİPERTANSİYON

MUSTAFA ARGUN, MUSTAFA ALİ AKIN, SELİM KURTOĞLU, DİLEK SARICI, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKÇU, ALİ BAYKAN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Giriş ve Amaç: 49,XXXXY sendromu nadir görülen bir cinsiyet kromozom anöploidi hastalığıdır. İlk defa 1960 yılında Fraccaro ve ark. tarafından tanımlanmıştır ve yaklaşık insidansı 1/85.000 erkek doğumdur. 49,XXXXY sendromu zeka geriliği, radioulunar sinostozis ve hipogonadizm klasik triadı olarak tanımlanmıştır. Bu sendromda konjenital kalp hastalığı prevelansı %14'dür ve patent duktus arteriozus (PDA) en sık bildirilen konjenital kalp hastalığıdır.

Olgu

5 aylık erkek çocuk beslenmede bozulma, konvülsiyon ve kalp yetmezliği kliniği ile hastememize kabul edildi. Hastaya kalp yetmezliğine yönelik oksijen, dopamin ve dobutamin infüzyonu, bronkopnömoni şüphesinden dolayı IV antibiyotik ve konvülsiyon kontrolüne yönelik Fenitoin infüzyonu başlandı.

19 yaşındaki annenin ilk çocuğu olarak sezeryan ile 2250 gr ağırlığında, 43 cm boyunda ve 32,5 cm baş çevresiyle doğmuş. Hipertelorizm, kısa palpabral fissür, düşük burun bridge, geniş burun, displastik kulaklar, yarık damak, mikrognatiyi içeren dismorfik bir yüz, kısa boyun, mikropenis ve tek taraflı kriptorjizme sahipti. Oskültasyonda sol sternal kenarda 3°/6 sistolik üfürüm duyuldu.

Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Kraniyal MRI iki taraflı dilate lateral ventrikülleri gösterdi. Karyotip analizi 49,XXXXY olarak raporlandı (Resim 1). Ekokardiyografik incelemede patent duktus arteriozus (PDA) görüldü. Anjiyografide soldan sağa şantlı PDA'nın en dar çapı 2,5 mm ölçüldü. Hemodinamik parametrelerde; sağ atrium mean 11, ana pulmoner arter basıncı 72/22/57, aorta 84/52/63 mmHg ölçüldü. 5 x 4 mm Amplatzer Duktal Okluder I, floroskopi altında venöz yoldan başarıyla yerleştirildi.

Hastanın 5 aylık ve orta büyüklükte PDA sı olmasına rağmen anjiyografi ile ciddi pulmoner hipertansiyonu saptandı. Primer pulmoner hipertansiyon için öyküde risk faktörü yoktu.

Sonuç ve Yorum:

Diğer yönlerden sağlıklı 5 aylık bir çocukta, çok büyük PDA olmadıkça bu ölçüde bir pulmoner hipertansiyon gelişmesi beklenmeyeceğinden 49,XXXXY sendromunu bireylerde PDA varlığında pulmoner hipertansiyon gelişiminin normal popülasyona göre daha hızlı olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak 49,XXXXY sendromunu bireylerde, PDA'nın hayatın daha erken döneminde henüz pulmoner hipertansiyon gelişmeden kapatılması hayat beklentisini yükseltecektir

WILLIAMS SENDROMLU HASTALARIMIZIN KARDİYAK PATOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZLEM SARISOY, CANAN AYABAKAN, KÜRŞAD TOKEL, MUHAMMED KARABULUT, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, EMRE ÖZKER, RIZA TÜRKÖZ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Williams sendromu, 7q11.23 kromozomunda elastini kodlayan genin mikrolelesyonu sonucu oluşan ve konjenital kalp hastalığının sık görüldüğü bir sendromdur. Çalışmamızda Williams sendromu tanısı almış hastaların kardiyak patolojilerinin incelenmesi, klinik seyir ve sonuçlarının değerlendirilmesi planlandı.

Gereç ve Yöntem:

2008-2011 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesine başvuran, Williams sendromu tanılı hastalar retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:

Hastalar 3 kız, 6 erkekten oluşmaktaydı. Yaşları 19 ± 29 ay, vücut ağırlıkları 9454 ± 5880 gr olan hastaların 2'sinde supravülvüler aort stenozu (supraAS), birinde periferik pulmoner arter stenozu (PPS), birinde supravülvüler pulmoner stenoz (supraPS), 2'sinde supraAS ve supraPS, 3'ünde supraAS ve PPS (bilateral) saptandı. İzlem sırasında hastaların birinde PPS gradiyentinde azalma, aort gradiyentinde artış belirlendi. (aort: 11'den-33,6mmHg; sol pulmoner arter (PA): 36'dan-23mmHg, sağ PA: 21'den-17mmHg oldu). Diğer hastada ise supraAS aynı düzeyde devam etti (15-20mmHg). Bu nedenle bu hastalar klinik olarak izlendi. Dört hastaya supraAS giderilmesi ve hilustan hilusa pulmoner arterlerin yama ile genişletilmesi, 1 hastaya supraAS ve valvüler ve supraPS giderilmesi, 1 hastaya supraPS giderilmesi, pulmoner arter ve dallarının yama ile genişletilmesi, 1 hastaya sadece supraAS ameliyatı yapıldı. Hastaların ameliyat sonrası EKO'larında aort ve pulmoner arter gradiyentlerinde belirgin azalma oldu (aortada 23.6 ± 8.3 mmHg, PA'da 20.6 ± 10.4 mmHg, sol PA'da 26.5 ± 9.1 mmHg, sağ PA'da 31.2 ± 16.3 mmHg). İzledikleri sürede artış saptanmadı. Ameliyat edilen hastalardan biri yoğun bakım ünitesinde ECMO desteğine alındı, ancak 2. gün kaybedildi. Başka bir hastada ise ameliyat sonrası aortanın kanulasyon yerinde fibrozis, desandan aortada kalınlaşma ve lümeninde incelmeye saptandı, tekrar ameliyat edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Williams sendromlu hastaların kardiyak patolojileri, mikrolelesyona uğrayan genin büyüklüğüyle doğru orantılı olarak ağırlığı değişen bir spektrum içinde yer alır. SupraAS en sık ve en önemli patolojidir. Darlıkta artış eğilimi ve koroner arter ostiumlarının tutulumu ani ölüm olasılığını birlikte getirir. Bu nedenle hastalar dikkatli izlenmelidir.

Pulmoner arter darlıkları kendiliğinden iyileşebilir. Asemptomatik ve subsistemik sağ ventrikül basıncı olanlar daha konservatif izlenebilir.

PB-192

SOL-SAĞ ŞANTLI DOĞUŞTAN KALP HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYONLA MALNÜTRİSYONUN İLİŞKİSİ: GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA

HAKAN ALTIN, ZEHRA KARATAŞ, FATİH ŞAP, HAYRULLAH ALP, TAMER BAYSAL, SEVİM KARAASLAN

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

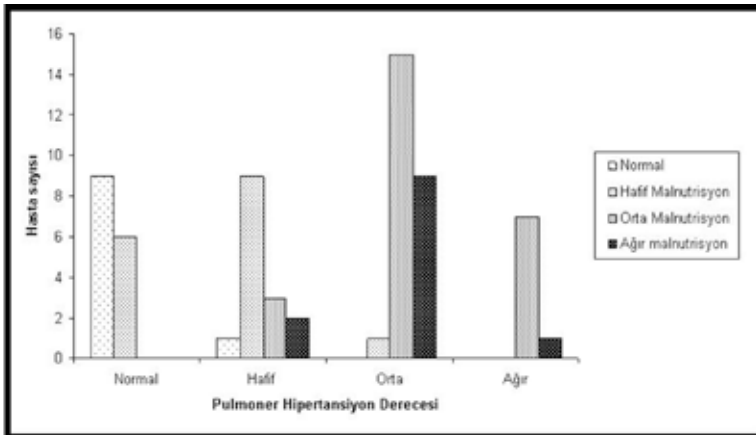
Amaç:

Asiyanotik sol-sağ şantlı doğuştan kalp hastalığı (DKH) olan çocuklarda pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) derecesi ile malnütrisyon derecesi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve özellikle sınırda PAH'lı hastalarda malnütrisyon gelişme sıklığını değerlendirmek.

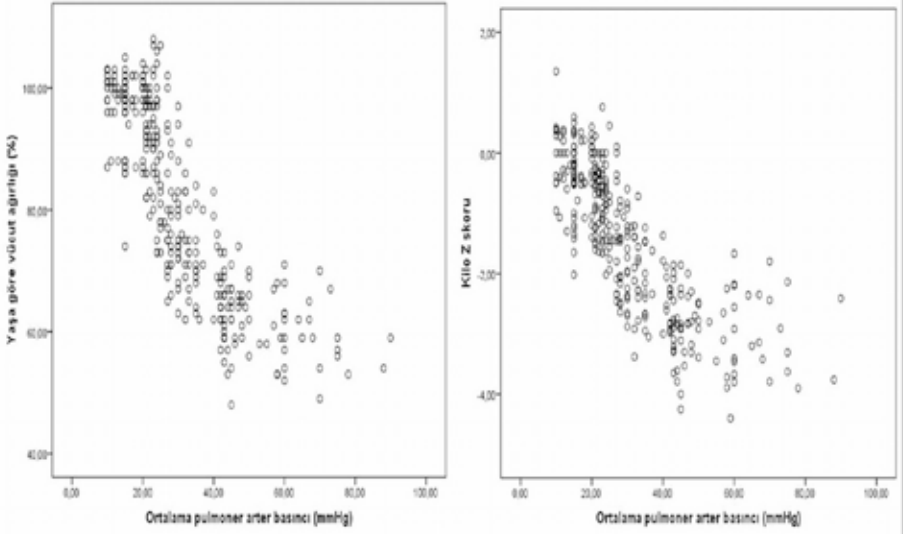
Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma Ocak 2001-Şubat 2011 tarihleri arasında kalp kateterizasyonu uygulanmış asiyanotik sol-sağ şantlı DKH olan 327 hastanın verileri kullanılarak yapıldı. Çalışmanın dizaynı retrospektif gözlemsel olarak uygulandı. Hastalar antropometrik, ekokardiyografik ve kateterizasyon bulguları eşliğinde değerlendirildi. Ortalama pulmoner arter basıncı (PAB) ve malnütrisyon derecelerine göre gruplara ayrıldı. İstatistiksel analiz için Ki-kare, ANOVA ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Normal ve anormal dağılım gösteren veriler sırası ile Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile değerlendirildi.

Bulgular:



Şekil 1. Ortalama pulmoner arter basıncına göre sınıflandırılmış hastaların Gomez sınıflamasına göre malnütrisyon dağılımı



Şekil 2. Ortalama pulmoner arter basıncı ile yaş'a göre vücut ağırlığı ve kilo SDS'nin korelasyon grafiği

Tablo 1. Tüm hastaların pulmoner arteriyel hipertansiyon varlığına göre karşılaştırılması						
		Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon				p
		Yok (n:87)	Smürda (n:68)	Var (n:172)		
Cinsiyet *	K (n:173)	47	38	88	$\chi^2=1.79$ $p>0.05$	$p1>0.05$
	E (n:174)	40	30	84		$p2>0.05$ $p3>0.05$
Yaş (ya) **		70.01±49.13	54.52±46.51	33.14±43.24	$F=20.74$ $p<0.001$	$p1<0.01$
Vücut ağırlığı (kg) **		22.73±12.26	16.83±11.43	9.91±7.81	$F=50.34$ $p<0.001$	$p2<0.01$ $p3<0.01$
Boy (cm) **		114.94±25.97	101.12±26.42	81.93±25.67	$F=49.51$ $p<0.001$	$p1<0.01$
Vücut kitle indeksi ** (kg/m ²)		15.81±1.90	15.73±1.95	12.98±1.73	$F=96.30$ $p<0.001$	$p1>0.05$ $p2<0.01$ $p3<0.01$
Vücut kitle indeksi * < 5. persentil (%)		12 (%43.8)	9 (%13.2)	139 (%80.8)	$\chi^2=147.62$ $p<0.001$	$p1>0.05$ $p2<0.01$ $p3<0.01$
Kilo z skoru ***		-0.20 (-2.02-1.35)	-0.63 (-2.02-0.76)	-2.36 (-4.40-0.45)	$\chi^2=294.71$ $p<0.001$	$p1<0.01$ $p2<0.01$ $p3<0.01$
Boy z skoru ***		-0.20 (-0.79-1.12)	-0.35 (-0.99-0.88)	-0.78 (-2.76-1.38)	$\chi^2=06.53$ $p<0.001$	$p1>0.05$ $p2<0.01$ $p3<0.01$
Pulmoner arter basıncı (mmHg) **	Sistolik	23.13±6.13	36.76±3.52	61.43±1.86	$F=236.10$ $p<0.001$	$p1<0.01$
	Diastolik	9.29±2.80	13.17±1.86	29.97±1.09	$F=226.13$ $p<0.001$	$p2<0.01$
	Ortalama	15.00±3.12	22.38±1.19	41.44±1.39	$F=217.38$ $p<0.001$	$p3<0.01$
Qp/Qs oranı **		1.99±0.83	2.47±0.10	2.23±0.10	$F=4.75$ $p<0.01$	$p1<0.01$ $p2>0.05$ $p3>0.05$
Rp/Rs oranı **		0.08±0.04	0.13±0.03	0.33±0.02	$F=71.88$ $p<0.001$	$p1>0.05$
Rp/m ² **		0.93±0.35	1.37±0.35	4.47±2.91	$F=101.19$ $p<0.001$	$p2<0.01$ $p3<0.01$
Kalp yetmezliği * (n:180)		17 (%9.5)	16 (%24.5)	147 (%85.4)	$\chi^2=135.93$ $p<0.001$	$p1>0.05$ $p2<0.01$ $p3<0.01$
Normal dağılım gösteren veriler ortalama ± standart sapma, normal dağılmayan veriler median (min-max) * Ki-kare testi, ** ANOVA (Tukey HSD-posthoc) testi, *** Kruskal-Wallis testi. p1: PAH olmayan grup ile smürda PAH olan grup, p2: PAH olan grup ile smürda PAH grubu, p3: PAH olan ve olmayan grup - Qp- pulmoner kan akımı, Qs-sistemik kan akımı, Rp-pulmoner direnç, Rs-sistemik direnç.						

Tablo 2. Pulmoner arteriyel hipertansiyon derecesine göre hastaların karşılaştırılması

		Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon Derecesi (n:172)				p
		Hafif (n:84,%48.3)	Orta (n:58,%33.72)	Ağır (n:30,%17.44)		
Cinsiyet *	K (n:88)	42	28	18	$\chi^2=0.55$ $p>0.05$	$p1>0.05$ $p2>0.05$ $p3>0.05$
	E (n:84)	42	30	12		
Yaş (ay) **		36.72±4.20	18.51±2.98	51.40±5.82	F=6.69 $p<0.01$	$p1>0.05$ $p2<0.01$ $p3>0.05$
Vücut ağırlığı (kg) **		11.49±8.5	6.78±4.7	11.03±8.95	F=7.11 $p<0.01$	$p1<0.05$ $p2>0.05$ $p3>0.05$
Boy (cm) **		86.41±26.18	71.62±18.63	89.30±30.24	F=7.76 $p<0.01$	$p1<0.01$ $p2<0.01$ $p3>0.05$
Vücut kitle indeksi (kg/m ²) **		13.87±1.37	12.25±1.35	11.87±1.43	F=29.99 $p<0.001$	$p1<0.001$ $p2>0.05$ $p3<0.001$
Kilo z skoru ***		-1.75 (-3.38-0.45)	-2.82 (-4.25-1.67)	-3.17 (-4.40-1.80)	$\chi^2=71.68$ $p<0.001$	$p1<0.001$ $p2<0.001$ $p3<0.05$
Boy z skoru ***		-0.61 (-2.76-1.38)	-0.82 (-2.70-0.50)	-1.26 (-2.56-0.15)	$\chi^2=29.83$ $p<0.001$	$p1<0.01$ $p2<0.001$ $p3<0.01$
Pulmoner arter basıncı (mmHg) **	Sistolik	46.01±5.55	67.18±5.04	93.46±9.30	F=682.2 $p<0.001$	$p1<0.001$ $p2<0.001$ $p3<0.001$
	Diastolik	21.97±4.08	32.10±4.37	48.26±9.07	F=272.5 $p<0.001$	
	Ortalama	30.36±3.79	44.82±3.85	65.90±9.03	F=553.6 $p<0.001$	
Qp/Qs oranı **		2.651±0.11.33	2.079±0.586	1.366±0.590	F=23.89 $p<0.001$	$p1<0.01$ $p2<0.001$ $p3<0.001$
Rp/Rs oranı **		0.18±0.06	0.35±0.09	0.72±0.02	F=186.4 $p<0.001$	$p1<0.001$ $p2<0.001$ $p3<0.001$
Sistolik pulmoner arter/sistolik aort basınç oranı (%) **		48.84±12.09	84.68±10.00	101.17±8.71	F=313.1 $p<0.001$	
Rp/m ² **		2.35±0.72	5.16±1.32	9.08±3.04	F=213.1 $p<0.001$	
Kalp yetmezliği * (n:147)		60 (%71.4)	57 (%68)	30 (%100)	$\chi^2=25.93$ $p<0.001$	$p1<0.001$ $p2>0.05$ $p3<0.01$

Normal dağılım gösteren veriler ortalama ± standart sapma, normal dağılmayan veriler median (min-mak)

* Ki-kare testi, ** ANOVA (Tukey HSD-posthoc) testi, *** Kruskal-Wallis testi

p1: Hafif ile orta, p2: Orta ile ağır, p3: Hafif ile ağır derecede pulmoner arteriyel hipertansiyon grubu

Qp- pulmoner kan akımı, Qs-sistemik kan akımı, Rp-pulmoner direnç, Rs-sistemik direnç.

Tablo 3. Tüm hastaların pulmoner arteriyel hipertansiyon ve malnutrisyon derecelerine göre dağılımları						
Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon		Yok (n:87)	Sağda (n:68)	Hafif (n:84)	Orta (n:58)	Ağır (n:30)
Derecesi Malnutrisyon Sınıflaması						
Gomez	Normal (n:133)	72	52	9	-	-
	Hafif (n:69)	14	15	39	1	-
	Orta (n:93)	1	1	36	43	12
	Ağır (n:32)	-	-	-	14	18
Rölatif Vücut Ağırlığı	Normal (n:160)	76	54	30	-	-
	Hafif (n:49)	11	14	17	5	2
	Orta (n:82)	-	-	34	34	14
	Ağır (n:36)	-	-	3	19	14
Waterlow	Normal (n:132)	72	51	9	-	-
	Akut (n:169)	12	15	69	54	19
	Kronik (n:10)	2	1	5	-	2
	Akut+Kronik (n:16)	1	1	1	4	9

Tablo 4. Tüm hastaların pulmoner arteriyel hipertansiyon derecesine ve doğuştan kalp hastalığına göre dağılımı						
		Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon				
		Yok (n:87)	Sınırdaki (n:68)	Hafif (n:84)	Orta (n:58)	Ağır (n:30)
VSD (n:150)	Küçük (n:51)	30	18	3	-	-
	Orta (n:26)	-	-	24	2	-
	Büyük (n:73)	-	-	9	41	23
Sekundum ASD (n:49)	Küçük (n:0)	-	-	-	-	-
	Orta (n:36)	19	14	6	-	-
	Büyük (n:10)	5	4	1	-	-
Sinus venozus ASD	(n:14)	7	1	6	-	-
PDA (n:37)	≤4 mm (n:24)	13	9	2	-	-
	>4 mm (n:13)	-	2	9	1	1
PS + Orta VSD	(n:22)	5	9	8	-	-
PS+ Büyük VSD	(n:18)	2	5	11	-	-
AVSD	(n:9)	-	-	3	4	2
Mikst	(n:11)	-	-	6	3	1
Aorta-pulmoner pencere	(n:2)	-	-	-	1	1
ASD-atriyal septal defekt, AVSD-atriyovenriküler septal defekt, PDA-patent duktus arteriyozus, PS-pulmoner stenoz, VSD-ventriküler septal defekt.						

Gomez sınıflamasına göre PAH'ı olanların %94.8'inde (163/172); PAH bulunmayanlarında %17.2'sinde (15/87) malnütrisyon saptandı ($p<0.001$). Sınırdaki PAH'ı olanların ise %23.5'inde (16/68) malnütrisyon tespit edildi. Ortalama pulmoner arter basıncı ile yaşa göre vücut ağırlığı (Gomez) ve kilo z skorları arasında negatif ilişki mevcuttu (her ikisi için $p<0.001$). Kilo ve boy z skorları da PAH olanlarda olmayanlara göre belirgin düşüktü (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.01$). Gomez sınıflaması ve rölatif vücut ağırlığına göre PAH olmayan ve sınırdaki PAH olan gruplar arasında fark yoktu, ancak sınırdaki PAH grubunun kilo z skorları PAH olmayan gruba göre düşüktü ($p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç:

Asiyanotik sol-sağ şantlı DKH'lı çocuklarda PAB arttıkça, beraberinde malnütrisyon derecesinin de ağırlaştığı görüldü. Sınırdaki PAH'ı olan hastaların olmayanlara göre malnütrisyonu daha fazla eğilimli olduğu izlendi, ancak bu konuda daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

PB-193

HİPERTROFİK KARDİOMYOPATİ İLE FALLOT TETRALOJİSİNİN BİRLİKTE OLDUĞU OLGU SUNUMU

ÖZLEM SARISOY, CANAN AYABAKAN, KÜRŞAD TOKEL, RIZA TÜRKÖZ, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, EMRE ÖZKER

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Fallot tetralojisi (TOF) en sık siyanotik konjenital kalp hastalığıdır. Hipertrofik kardiyomyopati (HKMP) genellikle tek başına bulunur. Nadiren ASD, aort koarktasyonu, pulmoner stenoz ile birlikte olsa da TOF ile birlikteliği çok daha nadirdir.

Gereç ve Yöntem:

TOF ve HKMP tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Yenidoğan döneminde ventriküler septal defekt, pulmoner stenoz ve miyokardiyal kalınlaşma saptanan hasta depo hastalıkları ve metabolik hastalıklar açısından taranmış, normal bulunmuş. Dört aylıkken hastanemize başvurduğunda ekokardiyografisinde; geniş perimembranöz outlet VSD, outlet septumun öne hareketi nedeniyle infundibüler bölgede belirgin darlık (84.5 mmHg gradient), sağ kalp boşluklarında genişleme, her iki ventrikülde hipertrofi. Şikayeti olmayan ve oksijen saturasyonu %80-92 olan hastanın 9 aylık olduğunda morarma ve bayılma nedeniyle başka bir merkezde yatırıldığı öğrenildi. Kateter anjiyografi yapılarak pulmoner arter indeksi:303 mm²/m², Mc Goon:2.07 hesaplandı. Her iki ventrikülde hipertrofinin fazla olması (duvar kalınlığı sol ventrikülde: 11mm, sağ ventrikülde 9mm) ve ventrikül kavitesinin küçük olması nedeniyle hastaya tüm düzeltme ameliyatı yapılmadı. Hipoksik nöbetleri önlemek için sağ BT şant kararı verildi. Ameliyat sonrası yoğun bakımda sorunsuz olan hastanın postop 5.gün konvülsyonu olduğundan antikonvulzif başlandı. 24 saatlik Holter monitorizasyonunda aritmi görülmedi. Genel durumu iyi, oksijen saturasyonu %99 olan hasta taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Fallot tetralojisi ile birlikte HKMP çok nadir görüldüğü için bu hastalıkta uzun dönemli prognoz tam bilinmemektedir. Vakaların çoğunun kötü prognozlu olduğu, tüm düzeltme

ameliyatları sırasında hastaların aritmi ve kardiyojenik şokla kaybedildiği bildirilmiştir. Hipoksiye bağlı semptomları olan hastalarda pulmoner kan akımını attırmak için palyatif ameliyatlar önerilmektedir.

PB-194

PULMONER SLİNGE EŞLİK EDEN TOTAL ANORMAL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ OLGUSU

ÖZLEM SARISOY, CANAN AYABAKAN , MUHAMMED KARABULT, KÜRŞAD TOKEL, BÜLENT SARITAŞ, CAN VURAN, EMRE SARITAŞ, RIZA TÜRKÖZ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Pulmoner sling, sol pulmoner arterin sağ pulmoner arterden ayrıldığı çok nadir bir konjenital anomalidir. Kardiovasküler anomalilerle birlikteliği %60-80 oranında görülür ancak total anormal pulmoner venöz dönüş (TAPVD) ile birlikteliği daha önce tek bir vakada bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Pulmoner sling ve kardiyak tip TAPVD tanısı olan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular:

32 haftalık sezeryanla 2620 gr doğan, takipne ve üfürümü olduğu için EKO yapılarak koroner sinüse açılan TAPVD ve ASD saptanan hasta 23 günlükken ağlarken ve emerken morarma, hızlı nefes alma şikayetleri ile başvurdu. Kateter anjiyografi yapılarak basınçlar pulmoner arterde 56/36 ortalama 43 mmHg, aortada 67/37 ortalama 50 mmHg bulundu, pulmoner venlerde obstrüksiyon ve pulmoner arter dallarında darlık olmadığı görüldü. TAPVD'ya ek olarak pulmoner sling tanısı aldı. Pulmoner slingin ve anormal pulmoner venöz dönüşün düzeltilmesi kararlaştırıldı. Anjiyografik incelemenden sonra servisteki izlemi sırasında da ağlama ile tetiklenen solunum sıkıntısı ve desaturasyon ataklarına metabolik asidozun eşlik ettiği dikkati çekti. TAPVD ameliyatından sonra ventilatörde izlenirken hava yolu obstrüksiyonu bulguları belirginleşti. Bu nedenle çekilen toraks BT'de sağ üst lob bronşunun trakeadan orijin aldığı ve bu segmente bronş lümeninin görülmeyeceği rapor edildi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Karina üzerinde 1 cm'lik segmentte darlık tespit edildi. Trakea cerrahisi planlanan hastanın enfeksiyonu olması sebebiyle cerrahi tedavisi ertelenmek zorunda kalındı. Hasta halen yoğun bakım ünitemizde izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Total anormal venöz dönüşün pulmoner slinge eşlik etmesi çok nadir bir durumdur.

Semptomlar obstrüktif TAPVD ile de karışabilir. Pulmoner arter slinginde trakeabronşial anomaliler çok sık olduğu için hastalara kardiyak cerrahi öncesinde bronkoskopi ve toraks BT yapılması, trakeal cerrahi ile kardiyak cerrahinin eş zamanlı planlanması tercih edilebilir.

PB-195

SOL VENTRİKÜLDE DİVERTİKÜL OLUŞUMU ŞEKLİNDE GÖRÜLEN POMPE OLGUSU

ÖZLEM SARISOY, EMRE ÖZKER, CANAN AYABAKAN, KÜRŞAD TOKEL, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, RIZA TÜRKÖZ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Pompe Hastalığı, alfa 1,4 glikosidaz eksikliği sonucunda oluşan glikojen depo hastalığıdır. Otozomal resesif genetik geçişi olan bu hastalığın sıklığı 1/100.000'dir.

Gereç ve Yöntem:

Farklı şekilde klinik presentasyon gösteren bir infantil tip Pompe hastalığı olgusu sunulmuştur.

Bulgular:

Yenidoğan döneminde üfürüm nedeniyle yapılan incelemelerde atriyal septal defekt (ASD), supravavüler pulmoner stenoz (PS), sağ ventrikül hipoplazisi ve sol ventrikülden köken alan anevrizmatik yapı saptanarak hastanemize tedavi amacıyla gönderildi. Hastanın hastanemizdeki ekokardiyografisinde sağ ventrikül çıkış yolu açık görüldü. Pulmoner kapakta 130 mmHg'lık gradyent saptandı. Sol ventrikül ön yüzünden kaynaklanan geniş tabanlı bir divertikül ve buraya sol ventrikülden renkli Doppler ile geçiş belirlendi. Sol ventrikül hipertrofik, fonksiyonları normal bulundu. Kateter anjiyografide basınçlar; sağ ventrikülde 158/0-4 mmHg, sol ventrikülde 232/0-8 mmHg, aortada 60/44(47) mmHg ölçüldü. Ameliyatta sol ventriküldeki anevrizmatik bölge plejitli dikişlerle plike edildi. Subaortik bölgeye rezeksiyon ve miyotomi yapıldı. Pulmoner valvotomi uygulandı. ASD 4 mm kalacak şekilde küçültüldü. Rezeke edilen kas dokusu patolojiye gönderildi. Yoğun bakım ünitesinde periton diyalizi ve üçlü inotropik ajan desteğiyle izlenen hastaya postoperatif 2. gün ventriküler taşikardi nedeniyle kardiyoversion yapıldı, amiodoron infüzyonu başlandı; ancak 9. gün hasta kaybedildi. Hastanın patolojiye gönderilen miyokard biyopsisinin elektron mikroskop incelemesi pompe hastalığı ile uyumlu bulundu.

Tartışma ve Sonuç:

İnfantil Pompe hastalığında kalp tutulumu erken ve hızlı seyir gösterir ve prognozu

kötüdür. Sıra dışı klinik bulgularla başvuran hastalarda da hastalık akılda tutulmalı, tanı ve genetik danışmalık için gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır.

PB-196

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE ACİL OPERASYON GEREKTİREN KORONER ARTERIOVENÖZ FİSTÜL OLGUSU

ÖZLEM SARISOY, KÜRŞAD TOKEL, CANAN AYABAKAN, RIZA TÜRKÖZ, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, EMRE ÖZKER

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Konjenital kalp hastalığına eşlik eden koroner arter fistülün sıklığı % 0.25-0.40 olarak bildirilmiştir. Fistüller en sık sağ koroner arterden köken alır, koroner sinüse açılımları nadirdir. Hastalar genellikle sütçocukluğu ve erken çocukluk döneminde semptomatik olurlar.

Gereç ve Yöntem:

Burada yenidoğan döneminde kalp yetersizliğine yol açarak acil ameliyat gerektiren, nadir bir koroner fistül olgusu sunulmuştur.

Bulgular:

Sekiz günlükken takipne, taşikardi ve beslenememe semptomları ortaya çıkan, ekokardiyografik incelemesinde ASD (6mm), VSD (müsküler trabeküler 3,2mm), sol koroner arter (LCA) ve sirkumfleks arter ile koroner sinüs arasında fistül saptanan hasta hastanemize gönderildi. Hastaya 9 günlük iken katater anjiyografi yapıldı. Pulmoner arter basıncı 51/27 ortalama 36 mmHg, akımlar oranı: 4.16, PVRİ: 0.9 ünite bulundu. Koroner AV fistülün transkateter yolla kapatılması kararı alındı. Hastanın genel durumu kötüleştiği, derin metabolik asidozu geliştiği için yoğun bakıma alınarak entübe edildi. 3. gün asidozu düzelen hasta ameliyata alındı. Koroner AV fistül onarımı sonrasında intraoperatif olarak hesaplanan akımlar oranının VSD'ye bağlı yüksek bulunması üzerine pulmoner artere band konuldu. Postoperatif 16.gün ekstübe edilen hasta 19. gün yoğun bakımdan, 22. gün hastaneden çıkarıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Koroner arter fistüllerinde ilişkili oldukları kalp boşluğuna göre soldan sağa şant oranı değişir. Sağ kalp boşlukları ile ilişkili koroner arterlerde soldan sağa şant çok fazla olduğundan erken dönemde kalp yetersizliği bulguları görülebilir. Yenidoğan döneminde semptomatik olmaları ise çok daha nadirdir. Sütçocuğu ve çocukluk döneminde semptomatik olan hastaların transkateter veya cerrahi yolla erken tedavi edilmesi gerekmektedir.

PB-197

KALP NAKLİ YAPILAN HASTANIN İZLEMİNDE GELİŞEN İNTRAKRANİYAL KİTLE

ZÜLAL ÜLGER, NAZAN ÇETİNGÜL, MURAT DEVECİ, SİBEL BOZABALI, ERTÜRK LEVENT, RUHİ ÖZYÜREK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Bu olgu sunumunda, Uzun dönem izleminde, intrakraniyal kitle gelişen bir kalp nakli hastamız sunulacaktır.

Gereç ve Yöntem:

Restriktif kardiyomiyopati tanısıyla 3 yıl önce kalp nakli yapılan 8 yaşında erkek olgu, şiddetli başağrısı, kusma yakınmaları ile başvurdu. Nörolojik bakışı normal olarak değerlendirilen, akut faz reaktanları normal sınırlarda olan olgunun, kraniyal gmrüntülemesinde serebellum vermisde intrakraniyal kitle tespit edildi.

Bulgular:

Beyin cerrahisi tarafından intrakraniyal kitlesi eksize edilen hastanın, kitlesinin patolojik değerlendirmesi sonucunda kitlenin medulloblastom olduğuna karar verildi. Cerrahi sonrası, radyoterapi olan hastada, medulla spinalis tutulumu saptanmadı. Radyoterapi sonrası, kemoterapi planlanan hastanın izlemlerinde kardiyak fonksiyonlarda bozulma olmadı.

Tartışma ve Sonuç:

İmmunosupresif tedaviler, malignite riskini artırmaktadır. Bu tür immunosupresif durumlarda en sık lenfoprolifatif hastalık görülmektedir. Kalp nakli hastalarında, medulloblastom gibi bir malignite gelişmesi oldukça nadirdir.

PB-198

İZOLE PARŞİYEL PUMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİ OLAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

F. AYŞENUR PAÇ, AJDA MUTLU MIHÇIOĞLU, İBRAHİM ECE, A. VEDAT KAVURT, SERHAT KOCA

TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi (PAPVD) bir veya daha fazla pulmoner venin anormal olarak sağ atrium ve ilişkili sistemik venöz yapılara döküldüğü durumdur.

Bu anomaliye genellikle ASD eşlik etmekte olup çok ender olarak izole formda da görülebilmektedir. İzole formun görüldüğü vakalar, hafif genişlemiş sağ kalp boşlukları varlığında dahi gözden kaçabilmektedir. Nefes darlığı, yorulma en sık semptomlar olmakla birlikte genellikle semptom görülmez. Burada değişik sebeplerle çocuk kardiyoloji polikliniğine başvuran ve transtorasik (TTE) ile izole parsiyel pulmoner venöz dönüş anomali tanısı konan dört olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Olgu 1, 16 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. TTE ile apikal incelemede sol alt pulmoner venin olmadığı ve suprasternal bakıda sol alt pulmoner venin vertikal ven ile innominate vene döküldüğü görüldü. Olgu 2, 10 yaşında erkek hasta olup çarpıntı nedeniyle ve Olgu 3, 11 yaşında kız hasta olup göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. İki hastada da TTE ile sağ kalp boşluklarının hafif geniş olduğu, apikal incelemede sol üst pulmoner venin görülemediği, suprasternal kısa eksende CW Doppler ile sol üst pulmoner venin vertikal ven aracılığıyla innominate vene açıldığı görüldü. Olgu 4, 39 yaşında kadın hasta, nefes darlığı, çabuk yorulma şikayetleri ile başvurdu. TTE ile sağ kalp boşluklarının hafif genişleme ve apikal görüntülemeye sağ üst pulmoner venin görülmeyip, bikaval incelemede sağ üst pulmoner venin vena kava superior alt ucuna döküldüğü görüldü. Sağ kalp boşluklarında genişleme olan semptomatik vakalarda ek kardiyak anomali varlığı ve hemodinamik değerlendirmeye yönelik bilgisayarlı tomografi ve kalp kateterizasyonu yapıldı. Ek kardiyak anomali saptanmayan, şikayetleri mevcut patolojiye bağlanmayan, akımlar oranı (Q_p/Q_s) <1.5 olan ilk üç hastada ayaktan poliklinik takibi, $Q_p/Q_s:2$ olarak saptanan son hastada ise operasyon yapıldı.

Tartışma ve Sonuç:

İzole PAPVD, sağ kalp boşlukları genişlemiş, ek kardiyak anomali olmayan semptomatik vakalarda akla gelmeli ve TTE ile dikkatli kardiyak değerlendirme yapılmalıdır.

PB-199

DİYAFRAGMA HERNİLERİNE EŞLİK EDEN KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI

CANAN YOLCU, AKGÜN ORAL, HASİM OLGUN, İBRAHİM CANER, NACİ CEVİZ,
MEHMET KARACAN

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Amaç:

Konjenital diyafragmatik herni (KDH) diyaframın en sık rastlanan embriyolojik defekti olup majör konjenital anomalilerin %8' ini oluşturur. Konjenital diyafragmatik herniye sıklıkla diğer konjenital malformasyonlarda eşlik eder. Bu çalışmada KDH'si olan çocuk hastalarda eşlik eden konjenital kalp hastalıklarının sıklığı araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:

Pediyatri ve Çocuk Cerrahisi kliniklerinde KDH tanısı almış olan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kardiyolojik değerlendirme sonuçlarına ulaşılabilen hastaların klinik özellikleri incelendi.

Bulgular:

Kliniğimizde 2002-2011 yılları arasında diyafragma hernisi tanısı konan 71 çocuk hastanın dosyaları incelendi. Bunlardan kardiyolojik inceleme sonuçlarına ulaşılabilen 56 hasta (40 erkek, 16 kız) çalışma kapsamına alındı. Hastaların yaş ortalaması 241±464 gün (1 gün -6 yaş) olarak bulundu. Hastaların 28'inde (%50) sol posterolateral, 8'inde (%14.3) sol anterolateral, birinde (%1.8) sol retrosternal, birinde (%1.8) sağ retrosternal, 4'ünde (%7.1) sağ anterolateral, 6'sında (%10.7) morgagni, 3'ünde (%5.4) sağ posterolateral, 2'sinde (3.6) sliding ve 3'ünde (%5.4) hiatal herni mevcuttu. Yapılan ekokardiyografide hastaların 2'sinde (%3.5) atriyal septal defekt, birinde (%1.8) fallot tetralojisi, 4'ünde (%7.1) patent duktus arteriyozus birlikteliği mevcuttu. Kırk dokuz hastada (%87.5) ise kardiyak anomali tespit edilmedi. Hastaların 44'ü (%78.6) operasyon sonrası taburcu olurken 12 hasta ise hastane içinde kaybedildi. Hastaların 10'unda önemli pulmoner hipertansiyon saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Konjenital diyafragma hernisine KKH'larının eşlik etme ihtimali düşüktür. Ancak bu hastalar eşlik eden pulmoner hipoplazi nedeniyle pulmoner hipertansiyon yönünden yakın takip edilmelidir.

PB-200

VSD NEDENİYLE OPERE OLMUŞ BİR OLGUDA SOL PULMONER ARTER YOKLUĞU

ÖNDER DOKSÖZ¹, VEDİDE TAVLI¹, TİMUR MEŞE¹, TALİHA ÖNER¹, SAVAŞ DEMİRPENÇE¹, RAHMİ ÖZDEMİR¹, YILMAZ YOZGAT¹, TUĞÇE ÇİFTÇİ DOKSÖZ², HİKMET TEKİN NACAROĞLU¹,

¹*İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTANESİ, İZMİR*

²*İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR*

Amaç:

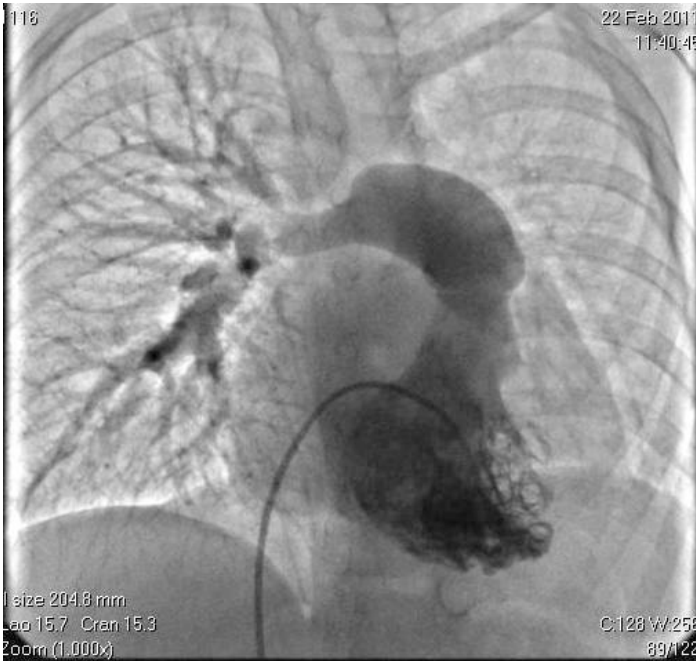
Doğuştan tek taraflı pulmoner arter yokluğu, sıklıkla fallot tetralojisi, sağ arkus aorta veya septal defektler gibi kardiyovasküler anomalilerin eşlik ettiği nadir bir anomalidir. Olguların %37'sinde sol pulmoner arter yok iken %63'ünde sağ pulmoner arterin olmadığı saptanmıştır. Burada daha önce VSD nedeniyle opere edilen, pulmoner hipertansiyon nedeniyle sevk edilen ve sol pulmoner arter agenezisi tanısı alan bir olgumuzu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Altı yaşında erkek olgu, çabuk yorulma şikayeti ile başvurmuş ve ekokardiyografide pulmoner hipertansiyon saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi. Hastanın anamnezinden 2009 yılında perimembranöz VSD nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Eski ekokardiyografi raporlarında ek patolojiye ait bir bilgi yoktu.

Bulgular:

Fizik muayenede S1+, S2 sert +, tüm odaklarda duyulan 2/6 sistolik üfürüm mevcut, solunum muayenesinde sol akciğer havalanmasının azalmış olduğu, diğer sistemik muayenesi olağan saptandı. Telekardiyografi’de pulmoner konus belirgin sol akciğerde oligemik patern, kalbin sol hemitoraksa çekildiği izlendi. Elektrokardiyografide özellik yoktu. Ekokardiyografide sağ atrium, sağ ventrikül ve pulmoner arter geniş izlendi. Pulmoner arterin sol dalı izlenmedi. Katater-anjiyografi’de pulmoner arter geniş ve sadece sağ dal olarak devam ettiği, sol dalının olmadığı izlendi. Ortalama pulmoner arter basıncı 38 mm Hg ölçüldü. Sağ arkus aorta olduğu izlendi. MR anjiyografi sol pulmoner arter agenezisi olarak raporlandı. Akciger perfüzyon sintigrafisinde sol akciğerin perfüze olmadığı izlendi.



Tartışma ve Sonuç:

İzole tek taraflı pulmoner arter yokluğu ilk defa 1868’de tanımlanmıştır. Gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte tahmine yönelik yapılan bir çalışmada, izole tek taraflı pulmoner arter yokluğunun 1/200.000 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Hastaların

yaklaşık %30'unun herhangi bir yakınması yoktur. Semptomatik hastalar, doktora genellikle göğüs ağrısı, plevral effüzyon, rekürren akciğer infeksiyonları, dispne veya egzersiz kısıtlılığı, hemoptizi yakınmaları ile başvururlar.Tanısında; bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, bronkografi, perfüzyon sintigrafisi, ekokardiyografi, kardiyak kateterizasyon gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Hastalığın komplikasyonları arasında masif hemoptizi, pulmoner hipertansiyon, solunum yetmezliği, sağ kalp yetmezliği ve bronşektazi, nekrotizan bronkopnömoni sayılabilir. Burada VSD hastalarının operasyon öncesi ekokardiyografi ile dikkatli bir şekilde ve gerekirse katater-anjiyografi yapılarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

PB-201

AİLESEL SUBAORTİK DARLIK VE ASEPTOMATİK MİYOKARDİYAL KÖPRÜ BİRLİKTELİĞİ

FUNDA ÖZTUNÇ ¹, SELMAN GÖKALP ², TEVFİK GÜRMENT ³

¹ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

² TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, EDİRNE

³ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Amaç:

Çocuklarda hipertrofik kardiyomiyopati yada sol ventrikül hipertrofi olmaksızın miyokardiyal köprü (MK) görülmesi nadirdir. Ailesel subaortik darlık ise multifaktöryel kalıtım gösteren ve patogeneğinde çevresel değişkenlerin de etkili olduğu düşünülen çok nadir bir hastalıktır. Ailesel subaortik darlık ve MK birlikteliği olan bir olgu sunarak literatür eşliğinde tartıştık.

Gereç ve Yöntem:

Onüç yaşında, kız hasta diskret subaortik darlık (AD) nedeniyle atkip edilmekteydi. Hastanın aynı tanıyla izlenen erkek kardeşi 11 yaşındayken egzersiz sonrası ani kardiyak ölüm nedeniyle kaybedilmişti.

Bulgular:

Fizik muayenede sağ 2. ve sol 3. interkostal aralıkta en iyi duyulan 2/6 sistolik üfürüm mevcuttu. EKG incelemesinde V5-V6'da T dalgası negatifliği dışında bulgu yoktu. Ekokardiyografide diskret AD'na bağlı olarak sol ventrikül-aort arasında 25mmHg gradient saptandı. Holter EKG normaldi. Egzersiz testi 3 yıl önceki kontrolde normalken son kontrolünde ST segmentinde çökme görüldü.

BT anjiyografide sol anterior desendan arterin (LAD) orta kısmında MK saptandı. Kardiyak kateterizasyonda LAD'nin diyagonal dalı sonrasında %70-80 darlık, bunun 1cm distalinde 20mm'lik segmentte %100 sistolik kompresyona yol açan MK gözlemlendi. LV-aort arasında 15mmHg sistolik gradient ölçüldü.

Tartışma ve Sonuç:

MK insidansı otopsi serilerinde %15-85 ve anjiyografide %0,5-2,5 olarak bildirilmiştir. İnsidanstaki bu geniş aralık hastaların yalnız bir kısmının klinik bulgu verdiğini göstermektedir. Semptomatik MK tüm yaş gruplarındaki çocuk hastalarda bildirilmiştir. Ancak bu hastaların tümünde hipertrofik kardiyomiyopati ve LV hipertrofisi tespit edilmiştir. Literatürden farklı olarak bu olguda tek başına MK tespit edilmiştir. Hastanın kaybedilen kardeşinde de subaortik darlık olması kesin genetik analiz yapılamasa da ailesel AD olduğunu düşündürmektedir. Bu hasta asemptomatik olması ve nadir rastlanan iki patolojinin birlikte görülmesi ile literatürde bildirilen olgulardan farklılık göstermektedir.

PB-202

DUKTUS BAĞIMLI DOLAŞIMI OLAN YENİ DOĞANDA MAJOR AORTO PULMONER KOLLATERAL ARTERE STENT UYGULANMASIYLA KAWASHİMA OPERASYONUNA KADAR ŞANT İHTİYACI KALMAYAN OLGU

MEKİ BİLİCİ, ENDER ÖDEMİŞ, ALPER GÜZELTAŞ, İHSAN BAKIR

İSTANBUL MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Pulmoner kan akımının yetersiz olduğu siyanotik doğumsal kalp hastalıklarının palyasyonunda cerrahi şantlar hala kullanılmasına rağmen şant ile ilişkili komplikasyonlar sonraki aşamadaki düzeltici cerrahinin riskini ve karmaşıklığını arttırmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Perkutan yolla patent duktus arteriozusa stent uygulanması cerrahi yolla oluşturulan şantlara alternatif olarak ilgi çekmektedir. Bu raporda sol atrial izomerizm, Pulmoner Atrezi, Ortak AV kapak, inlet ventriküler septal defekt (VSD), primum atriyal septal defekt (ASD), major aorto pulmoner kolateral arter(MAPCA) ve patent duktus arteriozusu (PDA) olan bir olguda MAPCA'ya stent yerleştirilmesi sayesinde yenidoğan döneminde şant ihtiyacı kalmayan ve altıncı ayda kawashima operasyonu yapılan hasta sunulmuştur.

Bulgular:

1,5 aylık kız hasta morarma yakınması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik incelemesinde vücut ağırlığı 3 kg, kalp hızı 112/dk, tansiyonu 70/50, siyanoz (şatürasyonu % 65), taşipne ve sol 2. İCA'da 3/6 şiddetinde sürekli üfürüm saptandı. Yapılan ekokardiyografik incelemede sol atrial izomerizm, pulmoner atrezi, ortak AV kapak, inlet VSD, primum ASD, PDA ve bir adet MAPCA'sı olduğu saptandı.

Hastaya anjiyokardiyografi yapılarak PDA ve MAPCA sayı ve anatomisi değerlendirildi. Sağ subclaviyen artere yapılan enjeksiyonda sağ akciğere giden geniş MAPCA'nın proksişmal kısmının dar olması üzerine bu bölgeye stent yerleştirilmesine karar verildi. MAPCA' daki darlık bölgesine 4 x 12mm boyutlarındaki stent uygulandı. İşlem sonrası MAPCA ağzına gelinerek yapılan kontrol enjeksiyonda akımın iyi olduğu ve stentin yerinde olduğu saptandı. İşlem öncesinde saturasyonu % 65-70 civarında olan hastanın saturasyonu işlem sonrası % 96'ya yükseldi.

Tartışma ve Sonuç:

İntakt Ventriküler Septumlu Pulmoner Atrezi, Hipoplastik sol kalp sendromu, kritik pulmoner stenozlu yenidoğanlar gibi PDA ve MAPCA bağımlı Doğumsal Kalp Hastalıklarında stent ile PDA veya MAPCA'nın açık tutulması cerrahiye alternatif bir yöntemdir. İzlemede stentte darlık oluşabileceği bilinmeli ve hastalar düzenli olarak izlenmelidir.

PB-203

BÜYÜK ARTERLERİN ANATOMİK DÜZELTİLMİŞ MALPOZİSYONU

MEKİ BİLİCİ, ENDER ÖDEMİŞ, ALPER GÜZELTAŞ, MUSTAFA DİKER, SERTAÇ HAYDIN

İSTANBUL MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Büyük damarların anatomik düzeltilmiş malpozisyonu, büyük damarlarının birbirleri ile anormal ilişkide olduğu, atriyoventriküler ve ventriküloarteriyel konkordans ile karakterize nadir görülen bir doğumsal kalp hastalığıdır.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazıda büyük damarların anatomik düzeltilmiş malpozisyonu, subpulmonik ve subaortik konusu, apikal ve subpulmonik VSD'leri olan bir olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüleri sunulmuştur.

Bulgular:

Büyük arter transpozisyonu tanısıyla kliniğimize sevk edilen 8 aylık erkek hastanın kliniğimizde yapılan ekokardiyografik incelemesinde situs solitus, aortanın pulmoner arterin solunda ve önünde olduğu, atriyoventriküler ve ventriküloarteriyel ilişkinin konkordan olduğu, subaortik ve subpulmonik konusun olduğu ve geniş subpulmonik ve apikal müsküler ventriküler septal defekti (VSD) olduğu belirlendi. Hastaya büyük damarların anatomik düzeltilmiş malpozisyonu tanısı konuldu, anatomik yapıyı ayrıntılı olarak değerlendirmek için çekilen bilgisayarlı tomografide hastada viseroatriyal situs solitus, atriyoventriküler ve ventriküloarteriyel konkordans, aortanın pulmoner arterin

önünde olduğu, ancak sol ventrikülden çıktığı, pulmoner arterin arkada olduğu ve önde yerleşmiş sağ ventrikülden çıktığı, subpulmonik ve apikal müsküler bölgede geniş VSD olduğu görüldü. Hastaya pulmoner banding operasyonu uygulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Büyük damarları malpoze, ventriküloarteriyel ilişkisinin normal olduğu hastalarda tanının ekokardiyografik olarak koyulabileceğini, ayrıntılı anatomik inceleme gereken olgularda BT ile ileri incelemenin yapılabileceğini vurgulamak istiyoruz.

PB-204

BEYİN ABSESİ İLE MÜRACAAT EDEN VE 14 YAŞINDA TANI ALAN SİYANOTİK KONJENİTAL KALP HASTALIĞI

SERPİL TEKEMEN, M.SEDAT ÖZDEMİR, DERYA ARSLAN, OSMAN GÜVENÇ, DERYA ÇİMEN, BÜLENT ORAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Bu yazıda, siyanotik konjenital kalp hastalığı olan fakat 14 yaşında beyin absesi gelişim sonrasında tanı alan bir vaka sunduk.

Gereç ve Yöntem:

Baş ağrısı, sağ bacadaki uyuşma, sağ kolda kuvvet kaybı şikâyetiyle hastanemize müracaat eden hastanın kranial tomografisinde sol parietal lobda intrakranial apse tespit edilmesi üzerine drenaj uygulanarak, antibiyotik tedavisi başlanmış. Muayenesinde siyanozu, çomak parmağı olduğu için polikliniğimizden EKO istenen hastada tek atriyum tek ventrikül olduğu tespit edildi.

Bulgular:

Hastanın fizik muayenesinde, kalp hızı 88/dk, kol basıncı 100/70 mmHg, 3/6 diasistolik ejeksiyon üfürümü alınıyordu. Oksijen saturasyonu %66 idi. Hastanın tırnak yataklarında, ağız içinde, sklerasında siyanozu ve çomak parmakları vardı. Ekokardiyografik tek AV kapak, tek ventrikül ve tek atriyum, her iki büyük damar ayrı ayrı çıkıyordu. Perikardiyal sıvı, intrakardiyak kitle, vejetasyon izlenmedi. Kranial BT incelemesinde, solda frontoparietal konveksitede yaklaşık 2 cm çapında çevresel hiperintensitesi bulunan ve çevresinde belirgin ödemi bulunan takipte abse kavitesi gözlenmekteydi. Hastaya siyanotik konjenital kalp hastalığı, pulmoner hipertansiyon tanısı konuldu.

Tartışma ve Sonuç:

Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan hastalar genellikle hayatın ilk günlerinde semptomatik hale gelirler. Siyanotik konjenital kalp hastalıklarında unutulmaması

gerekenler; erken tanı koymak, serebrovasküler olaylar açısından hazırlıklı olmak, enfektif endokardit profilaksisi yapmaktır.

PB-205

BEŞ YILLIK FETAL EKOKARDİYOĞRAFI SONUÇLARIMIZ

ERCAN TUTAR, SEMRA ATALAY, CEM KARADENİZ, TAYFUN UÇAR, FİKRİ DEMİR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Doğumsal kalp hastalıkları(DKH); canlı doğumların %0.8'inde izlenen ve en sık saptanan malformasyonlar olup, prenatal ölümlerin %40'ından sorumludur. Gebeliğin erken dönemlerinde transabdominal olarak yapılan fetal ekokardiyografide kalpteki tüm yapıların izlenme olasılığı %60 olmasına rağmen, daha ileri haftalarda bu oran %92'lere kadar artmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde yapılan; fetal ekokardiyografi sonuçlarımızı sunmak ve fetal ekokardiyografinin önemini vurgulamayı amaçladık

Gereç ve Yöntem:

Ankara Üniversitesi Çocuk Kardiyoloji bilim Dalında 2006-2011 yılları arasında, çoğunluğu fetal USG taramalarında şüpheli kardiyak patoloji düşünülüp fetal EKO yapılan 666 gebe ve bunlardan doğan bebeklerin postnatal yapılan ekokardiyografileri retrospektif incelendi.

Bulgular:

Toplam 666 olgu çalışmaya alındı. Gebelerin ortalama yaşları 28 (17-46), ortalama gebelik haftası 24 (17-39 hafta) olarak bulundu. Fetal ekokardiyografi yapılan hastaların 149'unda kardiyak patoloji saptandı(%22). Bu hastaların; 69/149 (%46.4)'sinde major kardiyak anomali(Tablo1), 80/149 (%53.6)'ünde ise minör kardiyak anomali saptandı (Tablo 2). Major kardiyak anomali saptanan hastalardan 28/69 (%40.5)'in da gebeliğin sonlandırıldığı , 2 hastanın intrauterin ex olduğu kadın doğum kayıtlarından saptandı. Ortalama terminasyon haftası 21.6 (17-24 hafta) olarak bulundu. Bu hastalardan 20/69 (%28.9)'u doğum sonrası ekokardiyografik olarak değerlendirildiğinde 1 hasta dışında diğer 19 hastada postnatal ekokardiyografinin, prenatal ekokardiyografi ile uyumlu olduğu görüldü. 19/69 (%27.5) hastanın ise takiplere devam etmediği belirlendi. Minör kardiyak anomalili grup incelendiğinde ise; 56/80 (%70) hastaya postnatal kontrol ekokardiyografi yapıldığı ve 19/56(%34) hastada prenatal ekokardiyografi ile uyumlu bulunurken, 37/56(%66) hastada kardiyak patoloji saptanmadı. Postnatal doğru tanı oranındaki düşüklük, intrauterin dönemde varlığından şüphelenilen veya doğum sonrası kendiliğinden düzelecek olan PFO ve VSD gibi defekt orandaki yüksekliğe bağlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak; fetal ekokardiyografi bu konuda tecrübeli kişilerce yapıldığında özellikle kompleks kardiyak anomalilerin saptanmasında ve gebeliğin yönetiminin planlanmasında oldukça yararlı bir yöntem olup risk faktörü olan her gebeye mutlaka yapılmalıdır.

PB-206

ÇARPINTI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA RETROSPEKTİF İKİ YILLIK EKO-KARDİYOĞRAFI VE HOLTER MONİTORİZASYON DENEYİMİ

SERPİL TEKEMEN, MUSTAFA SEDAT ÖZDEMİR, DERYA ARSLAN OSMAN GÜVENÇ,
DERYA ÇİMEN, BÜLENT ORAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Bu yazıda, çocuk kardiyoloji polikliniğine çarpıntı şikayetiyle başvuran ve gerekli görülen hastalarda yapılan ekokardiyografi ve holter monitorizasyonu sonuçları sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos 2010 – Şubat 2012 yılları arasında, pediatrik kardiyoloji bilim dalında, ekokardiyografi ve holter monitorizasyon ile değerlendirilen 347 hastaya ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Çarpıntı şikâyetiyle hastanemize müracaat eden 347 hastanın yapılan ekokardiyografi değerlendirmesinde 253 hastada normal bulgular saptandı, holter monitorizasyonunda ise bu hastaların 36'sında aritmi görüldü, 217'sinde normal holter bulguları tespit edildi. Kalan 94 hastanın ekokardiyografi değerlendirmesinde kardiyak patoloji saptanmış, holter monitorizasyonunda bu hastaların 19' unda ritim bozukluğu tespit edildi, 76'sının holteri ise normal sınırlardaydı.

Tartışma ve Sonuç:

Sinüs taşikardisi, atrial veya ventriküler taşikardi, aksesuar veya atrioventriküler nodal reentrant taşikardi gibi benign aritmilerden, hayatı tehdit eden aritmilere kadar birçok neden çocuklarda çarpıntıdan sorumlu olabilir. Hasta hikayesi, fizik muayenesi, standart EKG, EKO ve holter monitorizasyonu, çarpıntının olası sebepleri açısından ipucu verebilir. Egzersiz testi de bazı ventriküler veya supraventriküler taşikardi tiplerini tetikleyebilir.

INTAKT VENTRİKÜLER SEPTUMLU PULMONER ATREZİLİ OLGULARDA ERKEN GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER

SENEM ÖZGÜR, ÖZBEN CEYLAN, UTKU ARMAN ÖRÜN, MAHMUT KESKİN, VEHBİ DOĞAN, OSMAN YILMAZ, SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAK

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

İntakt ventriküler septumlu pulmoner atrezi (PAIVS) değişken morfolojik özelliklerine göre farklı tedavi seçeneklerinin uygulanabileceği bir kardiyak malformasyondur. Pulmoner yatağın kanlanması ve gelişimini sağlamak açısından uygun vakalarda kapak perforasyonu ve duktusa stent uygulaması hayat kurtarıcı girişimlerdir. Bu çalışmada PAIVS tanısı ile takip edilerek girişimsel işlem yapılan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH'ne 01.01.2008-01.02.2012 tarihleri arasında başvuran hastaların klinik ve demografik özellikleri hastane bilgisayar sisteminden retrospektif olarak tarandı. Hemodinamik bulguları pediatrik kardiyoloji ünitesi kateter laboratuvarı kayıtlarından elde edildi. Veriler SPSS-v.16 kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Intakt ventriküler septumlu pulmoner atrezi tanısı alan olgu sayısı 10 olup, 6'sı kız, 4'ü erkekti. Hastaların ortalama başvuru yaşı $5,5 \pm 4,9$ gün (1-20gün) ve ağırlığı $3,1 \pm 0,23$ kg (2,7-3,5kg) idi. Sağ ventrikül 8(%80) vakada bipartiate ve 1'er vakada mono ve tripartiate özellikteydi. Vakaların 6'sına tel , 4'üne radyofrekans (RF) ile pulmoner kapağa perforasyon işlemi yapıldı. Olguların üçüne ek olarak duktusa stent, bir olguya balon atriyal septostomi işlemi uygulandı. İşlem sonrası saturasyon artışı ortalama $23,25 \pm 11,49$ (%10-40) idi. Üç vakada BT shunt ihtiyacı oldu. Üçüncü, 4. ve 6. aylarda olmak üzere 3 hastada balon pulmoner valvüloplasti işlemi tekrar edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Sağ ventrikül morfolojik yapısı, hipoplazi derecesi ve koroner dolaşıma bağlı olarak, PAIVS'li hastalarda tek ventrikül veya biventriküler onarım gibi uzun dönem tedavi seçenekleri tahmin edilebilmektedir. Erken girişimsel tedaviler ile hastanın yaşatılması yanı sıra, ventrikül gelişiminin işleme verdiği yanıtın değerlendirilmesine ve tedavinin şekillenmesine olanak sağlanmaktadır.

BÜYÜK ARTER TRANSPOZİSYONUNDA BALON ATRİYAL SEPTOSTOMİ

SENEM ÖZGÜR, UTKU ARMAN ÖRÜN, ARZU DURSUN, VEHBİ DOĞAN, ÖZBEN CEYLAN, MAHMUT KESKİN, AYŞEGÜL ZENCİROĞLU, SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAK

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Çalışmamızda büyük arter transpozisyonu(BAT) tanısı alan olguların klinik-demografik özellikleri, eşlik eden anomaliler ve uygulanan işlemlerin başarısını etkileyen faktörler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Dr. Sami Ulus Kadın Hastalıkları Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH'nde 2005-2012 yılları arasında tanı alan olgular dahil edildi. Hastaların prenatal, natal ve postnatal öyküleri, klinik bulguları, laboratuvar sonuçları ve yapılan işlemler hastane bilgisayar sisteminden retrospektif olarak tarandı. Kateter-anjio sırasındaki bulgular pediatrik kardiyoloji ünitesi kateter laboratuvarı kayıtlarından elde edildi. Veriler SPSS-v.16 kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 111 olgunun ortalama başvuru yaşı $18,22 \pm 20,33$ gün(1-105gün) ve ağırlığı $3,38 \pm 0,55$ kg (1,8-5kg) idi. Olguların 43'ü(%38,7) kız, 68'i(%61,3) erkekti. Hastaların 95'i (%86,6) dış merkezlerden sevk edilmişti. Başvuru esnasında en sık görülen(%83,7) yakınma siyanozdu. Bir olgunun(%0,9) prenatal tanısı mevcuttu. Olguların hepsine kardiyak kateterizasyon yapılırken, 81 hastaya(%72,9) balon atriyal septostomi, 2 hastaya(%1,8) balon atriyal septostomi+balon koarktasyon anjioplasti işlemi uygulandı. Balon atriyal septostomi işlemi sonrası ortalama satürasyon artışı $24 \pm 15,29$ (%10-42) idi($p < 0,05$). Septostomi uygulanan 83 hastadan 3'ü(%3,6) kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Büyük arter transpozisyonu sık karşılaşılan siyanotik konjenital kalp anomalisidir. Ülkemizde prenatal takibin önemsenmemesi, tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Balon atriyal septostomi, hipoksi etkilerini en aza indirmek açısından hayat kurtarıcı bir girişimdir.

GENİŞ ATRİAL SEPTAL DEFEKTLİ (TEK ATRİUM GÖRÜNÜMÜNDE) EDWARDS SENDROMU OLGUSU

SERPİL TEKEMEN, MUSTAFA SEDAT ÖZDEMİR, DERYA ARSLAN, OSMAN GÜVENÇ,
DERYA ÇİMEN, BÜLENT ORAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Edwards sendromu tanısı alan ve ekokardiyografide geniş sekundum ASD ve VSD saptanan hasta sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Aralarında akrabalık bulunmayan 28 yaşında baba ile 27 yaşında annenin 4. gebeliğinden 2. canlı olarak c/s ile 2000 gr doğan erkek bebek doğum salonunda entübe edilerek hastanemize sevk edildi.

Bulgular:

Fizik muayenesinde dismorfik yüz, düşük kulak, mikrognati, hipotelorizm, küçük ağız, her iki el parmaklarında rüzgar gülü şeklinde deformite, rocker-bottom feet ve sistolik üfürüm mevcuttu. Yapılan EKO incelemesinde perimembranöz VSD (5-7 mm, akım iki yönlü) primum ASD (11-12 mm), duktus arteriozus açık (6 mm, gradient yok) septum hareketleri paradoksal, aort %50 dextropoze, her iki AV kapak aynı hizada, sağ boşluklar geniş, ağır pulmoner hipertansiyon (PAB:70-75) 3. derecede triküspit yetmezliği saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Hasta pulmoner hipertansiyona yönelik magnezyum, furosemid ve ACE inhibitörü tedavisi ve sistolik fonksiyonlarına yönelik dopamin ve dobutamin tedavisi aldı. Hasta, multiorgan yetmezliği nedeniyle 10. haftasında kaybedildi.

SAĞ VENTRİKÜL ÇIKIŞ YOLU REKONSTRÜKSİYONU UYGULANAN FALLOT TETRALOJİLİ OLGULARDA VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

MURAT DEVECİ ¹, ERTÜRK LEVENT ², YÜKSEL ATAY ², ZÜLAL ÜLGER ², FATİH AYIK ²,
ARİF RUHİ ÖZYÜREK ²

¹ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, AYDIN

²EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Fallot tetralojisi (FT) tam onarımı için transanüler yama (TAP) kullanılan olgular ile kapaklı kondüit olarak heterogreft (Contegra®) kullanılan olguların ventrikül fonksiyonlarının karşılaştırılması ve pulmoner yetersizlik derecesi ile ventrikül fonksiyonları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya, aynı merkezde opere olmuş ve izlemde olan, ameliyatın üzerinden en az 6 ay geçmiş 1-18 yaş arası çocuklar dahil edildi. TAP uygulanan 41 olgu ve Contegra kullanılan 23 olgu ile sağlıklı 40 çocukta, konvansiyonel ekokardiyografinin yanında doku doppler ekokardiyografik yöntem kullanıldı.

Bulgular:

TAPSE z skoru TAP grubunda -1.97 ± 1.36 , Contegra grubunda ise -2.07 ± 0.88 saptanırken ($p: 0.728$) kontrol grubunda -0.39 ± 1.13 ölçüldü ($p < 0.001$). TAP ve Contegra gruplarında RV-PA arası gradient sırasıyla 15.72 ± 7.7 mmHg ve 21.36 ± 8.8 mmHg idi ($p: 0.29$). PY derecesi ve sıklığı TAP grubunda daha fazla bulundu ($p: 0.040$). Her iki grupta da PY derecesi ile RVFAC, RVEF ve TAPSE z skoru arasında negatif korelasyon vardı. DDE incelemede; opere FT'li olgularda saptanan S', E', A', ET, IVV ve IVA'daki azalma ile IVRT, IVCT ve MPI'daki artış istatistiksel anlamlı bulundu. Her iki hasta grubunda da PY derecesi ile IVA ve MPI arasında anlamlı ilişki saptandı

Tartışma ve Sonuç:

Operate FT'li hastaların ventrikül fonksiyonlarının değerlendirmesinde TAPSE, MPI ve IVA oldukça yararlı ölçümlerdir. Contegra kullanılan hastalarda PY derecesi ve sıklığı, TAP uygulananlara göre daha düşük olsa da iki grup arasında ventrikül fonksiyonları açısından ciddi farklılık saptanmamıştır.

BAŞARILI BİR ŞEKİLDE OPERE EDİLEN PREMATÜRE VE 1200 GR OLAN AORTOPULMONER PENCERE OLGUSU

ÖNDER DOKSÖZ, VEDİDE TAVLI, TİMUR MEŞE, NEJAT SARIOSMANOĞLU,
TALİHA ÖNER, YILMAZ YOZGAT, RAHMİ ÖZDEMİR, ŞEBNEM ÇALKAVUR

İZMİR DR. BEHCET UZ ÇOCUK HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

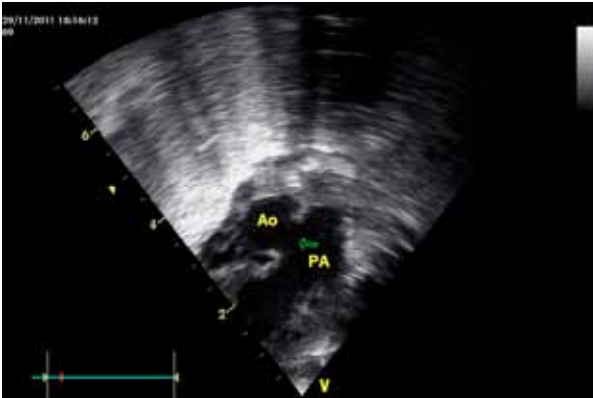
Aortopulmoner pencere (APP) normal olarak gelişen iki semilüner kapağın hemen üzerinde, çıkan aort ile ana pulmoner arter arasındaki anormal ilişkidir. Tüm doğuştan kalp hastalıkları arasındaki insidansı yaklaşık %0,15'tir. Burada prematüre 1200 gr olan, kalp yetmezliği tablosu ile başvuran, izole APP nedeniyle erken dönemde opere edilen ve şifa ile taburcu edilen bir olgumuzu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Yirmisekiz haftalık 1180 gr olarak evde doğan olgu, sekiz günlük iken solunum sıkıntısı nedeniyle hastanemize sevk edildi.

Bulgular:

Fizik muayenede genel durum orta, dispneik görünümde, S1+, S2 +, taşikardik, tüm odaklarda duyulan devamlı üfürüm mevcut, AFN+/, solunum muayenesinde solunum sesleri doğal, karaciğer midklaviküler hatta 3 cm palpe edildi. Diğer sistemik muayenesi olağan saptandı. PDA açısından kardiyoloji konsültasyonu istenen olgunun, telekardiyografi'de kardiyomegali ve konjesyon bulguları mevcut idi. Ekokardiyografide aort ve pulmoner kapakların hemen üstünde, çıkan aorta ve anapulmoner arter arasında 6 mm genişliğinde soldan sağa şantlı defekt, 3 mm boyutlarında PFO, orta derecede mitral yetersizlik ve sistemiğe yakın pulmoner hipertansiyon olduğu saptandı. APP (tip1), konjestif kalp yetmezliği, pulmoner hipertansiyon tanıları ile hastaya antikonjestif ve inotropik tedavi başlandı.



Tartışma ve Sonuç:

Aortopulmoner pencere, geniş patent duktus arteriyozusa benzer şekilde belirgin olarak yüksek sistemik-pulmoner arter şantına neden olur. Bu durum yenidoğan döneminde konjestif kalp yetersizliği, gelişme geriliği ve pulmoner hipertansiyon gelişmesine yol açar. Bu nedenle yenidoğan döneminde iken vakit kaybetmeden cerrahi girişim planlanmalı ve geriye dönüşümsüz pulmoner vasküler hastalık gelişmeden defekt kapatılmalıdır. APP anatomik olarak üç tipe ayrılmaktadır. Olgumuzdaki defekt tip 1 APP olarak kabul edildi. Destek tedavisi sonrası durumu stabil iken hastanemiz kalp damar cerrahisi kliniğinde defekt intraaortik yolla perikard yama ile başarılı bir şekilde kapatıldı. Postop bir komplikasyonu olmadı ve izlemede kardiyak tedavileri kesildi. Bu olgu ile, kalp yetmezliği ve pulmoner hipertansiyon olmasına rağmen, destek tedavisi sonrası APP'nin erken dönemde düşük ağırlıklı prematüre bebeklerde bile başarılı bir şekilde kapatılabileceğini, benzer sorunlar nedeniyle operasyonun geciktirilmemesi gerektiğini vurgulamak istedik.

PB-212

MASİF PERİKRDİYAL EFÜZYONLA BAŞVURAN VE PERİKARDİYOSENTEZ İLE TANI ALAN PRE-T ALL OLGUSU

RAHMİ ÖZDEMİR¹, BURÇAK GÜNEŞ TATLI¹, VEDİDE TAVLI¹, TİMUR MEŞE¹, YILMAZ YOZGAT¹, SAVAŞ DEMİRPENCE¹, ÖNDER DOKSÖZ¹, TALİHA ÖNER¹, SEÇİL KURTULMUŞ²

¹ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

² İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Çocukluk çağı perikardit ve perikardial efüzyon etiyolojisinde ağırlıklı olarak enfeksiyöz etkenler tespit edilmekte olup nadir olarak malignansilere bağlı effüzyon bildirilmektedir. Biz burada perikardiyal effüzyon kliniği ile acile müracat eden ve perikardiyosentez ile Pre-T ALL tanısı alan olguyu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

20 gündür devam eden öksürük ve göğüs ağrısı şikayetiyle acil polikliniğinde muayene edilen ve kardiyomegali saptanan 7,5 yaşındaki erkek hasta, kardiyomegali ve göğüs ağrısı etiyolojisi amacıyla çocuk kardiyoloji kliniğine konsülte edildi. Klinik olarak kardiyak tamponad bulguları olmayan hastanın ekokardiyografik incelemesinde sol ventrikül arka duvarında sistolde 45 mm, diyastolde 37 mm perikardiyal efüzyon izlendi.

Bulgular:

Akut faz reaktanları hafif yüksek olup periferik kan yaymasında atipik hücreye rastlanmadı. Diagnostik ve terapötik amaçlı yapılan perikardiyosentezde sıvı hemorajik vasıfta izlendi. Hasta başında yapılan sıvı yaymasında bol miktarda blastik hücre görüldü. Hasta malignensi ön tanısıyla onkoloji servisine devredildi. Yapılan ileri sitolojik incelemelerde hastaya Pre-T ALL tanısı konularak kemoterapi başlandı. Kemoterapi tedavinin 2. Haftasında perikardiyal effüzyon tamamen kayboldu.

Tartışma ve Sonuç:

Çocukluk çağı perikardit ve perikardial efüzyonlarına yönelik yapılan etiyolojik çalışmalarda viral, bakteriyel, atipik mikobakteriler ve tüberküloz gibi enfeksiyöz ajanların yanında akut romatizmal ateş, kollajen doku hastalıkları ve maligniteler araştırılmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi perikardial effüzyona neden olan malignensi tanısı, hasta başında direk effüzyon sıvısının mikroskopik bakısında bol miktarda blastik hücre görülmesiyle konmuştur. Bu nedenle çocukluk çağı perikardiyal effüzyon varlığında perikardiyosentez gerekliliğinde hastabaşı effüzyon sıvısının direk mikroskopik bakısında atipik hücre aranması ve malignite araştırmak amaçlı ileri sitolojik çalışmalar yapılmalıdır.

PB-213**ÇOCUKLARDA KALP HASTALIKLARI OBEZİTE İÇİN EK BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜDÜR?**

KADİR BABAOĞLU, ÖZLEM KAYABEY, GÜRKAN ALTUN, KÖKSAL BİNNETOĞLU

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOCAELİ

Amaç:

Son yıllarda obezite, çocukluk çağına giderek artan bir sıklıkta görülmektedir. Kalp hastalığı olan çocukların mevcut hastalıklarının hemodinamisi ya da ebeveynlerinin endişeleri nedeniyle getirilen kısıtlamalar, bu çocukların daha sedanter bir yaşam sürdürebilmesine yol açabilmektedir. Bu durumun obeziteye zemin hazırlayabileceği düşünülebilir. Ülkemizde konjenital ya da edinsel kalp hastalığı olan çocuklarda obezite sıklığı rapor edilmemiştir. Bu çalışma, kalp hastalığı olan çocuklarda obezite prevalansını tanımlamak ve varsa yüksek riskli grupları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2010 ve 2011 yıllarında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çocuk kardiyoloji polikliniğinde değerlendirilen 1138 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların boy, kilo, bel çevresi, yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksleri kaydedilmiştir. Hastalar 4 grup altında incelendi. Grup I; kateterizasyon ya da cerrahi tedavi gerektirmeyen hafif hastalıklar (n=467), grup II; aritmiler (n=60), grup III; transkateter girişim veya cerrahi onarım

gerektiren hastalıklar (n=115), grup IV; çocuk kardiyoloji polikliniğine değişik nedenlerle (göğüs ağrısı, masum üfürüm vb) başvuran, fizik muayene ve ekokardiyografik incelemede kardiyak patoloji saptanmayan olgular kontrol grubuna dahil edildi (n=496). Beden kitle indeksi yüzdeleri kullanılarak ≥ 85 yüzdeleri olan çocuklar aşırı kilolu, ≥ 95 yüzdeleri olan çocuklar obez olarak sınıflandırıldı.

Bulgular:

Çalışma kapsamına 515 kız, 623 erkek toplam 1138 hasta alındı. Yaşları 2-19 arasında olup yaş ortalamaları $8,6 \pm 4,1$ olarak bulundu. Obezite sıklığı grup I'de % 10,7, grup II'de % 10, grup III'te % 8,7, grup IV'te % 13,5 olarak saptandı. Gruplar arasındaki bu oranlar açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmadı ($p=0,514$). Korelasyon analizinde kalp hastalığı olan çocuklarda hastalık izlem süresi ile BKİ yüzdesi arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,583$).

Tartışma ve Sonuç:

Konjenital ya da edinse kalp hastalığı olan çocuklarda obezite oranı sağlıklı çocuklardan daha az değildir. Bu çocuklarda düzenli beslenme alışkanlıkları ve onlara uyarlanmış egzersiz programları ile obezitenin önlenmesi amaçlanmalıdır.

PB-214

ANNE VE ÇOCUKTA ÇIKAN AORT DİLATASYONU VE CERRAHİ ONARIMI

DERYA ARSLAN¹, OSMAN GÜVENÇ¹, DERYA ÇİMEN¹, NİYAZİ GÖRMÜŞ², BÜLENT ORAN¹, ALİ SARIGÜL²

¹SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

²KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Çıkan aort dilatasyonu etiyojisi çok çeşitli olup izole veya diğer kardiyak patolojilerle birlikte de görülebilmektedir. Çıkan aort dilatasyonu bulunan hastalar aort rüptürü açısından risk altındadır ve aort çapının belli bir değerin üstünde bulunması komplikasyonları engellemek amacıyla ameliyat endikasyonu olarak kabul edilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Belirgin bir klinik bulgu tarif etmeyen ve annesi tarafından tarama amaçlı olarak merkezimize getirilen 14 yaşında bir erkek hastanın, yapılan EKO ve MR görüntüleme ile çıkan aortasında ileri derecede bir dilatasyon tespit edildi. Annesinin de Takayusu arteriti tanısı aldığı ve anevrizmatik yapıdaki çıkan aortasının tüp greft yerleştirilerek tedavi edildiği öğrenildi.

Bulgular:

Annesinde Takayusu arteriti olması nedeniyle tarama amaçlı polikliniğimize getirilen hastamız 14 yaşında erkek idi. Anamnezde belirgin bir şikâyeti olmamakla beraber eforla gelen yorulma ve çarpıntı tarifliyordu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde kan basıncı her iki kolda 100/20 mmHg olup nabız basıncı genişlemişti. En iyi sol interkostal alanda duyulan 3/6 diyastolik üfürümü vardı. Nabız 70/dk ve sıçrayıcı vasıftaydı. Nabızların oskültasyonunda arter traseleri boyunca tril, üfürüm alınmadı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Telekardiyografide : Aort topuzu belirgindi ve kardiyomegali vardı. EKG: normaldi. Ekokardiyografik incelemede; aort çapı belirgin olarak artmış (80 mm), sol ventrikül diyastol ve sistol sonu çapı, septum ve arka duvar kalınlığı artmış olarak bulundu. Kardiyak MR sonucu; çıkan aortada fuziform anevrizmatik dilatasyon olarak geldi. Hastanın laboratuvar incelemesinde sedim, CRP, fibrinojen değerleri normal sınırlardaydı. ANTI DS DNA, ANA (IFAT), F ANCA (IFAT) negatifti. Hasta yüksek rüptür rizki olduğu için Kalp Damar Cerrahi ekibi tarafından acil cerrahi düzeltmeye alındı ve anevrizmatik çıkan aorta tamiri tüp greft yerleştirilmesi şeklinde yapıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Çıkan aorta dilatasyonuveya anevrizması Marfan sendromu, Ehler-Danlos Sendromu, aort kapak anomalileri (biküspit aort kapağı gibi), hipertansiyon, bağ doku hastalıkları, inflamatuvar aort hastalıkları gibi alta yatan nedenlere bağlı olabilir ve aort rüptürü, diseksiyonu veya intramural hematom gibi komplikasyonlarla sonuçlanabilir.

PB-215

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE İZLENİLEN 138 YENİDOĞAN BEBEĞİN KARDİYAK HASTALIKLAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZGÜL TUNÇ AKBAŞ, DİDEM ALİEFENDİOĞLU, AYŞEGÜL GÜVEN, CİHAT ŞANLI

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KIRIKKALE

Amaç:

Bu çalışmada Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) kardiyak sorunların sıklığı ve risk faktörleri araştırılmıştır. Yenidoğan ünitesine çeşitli nedenlerle başvuran 528 bebekten 1 yılda 138'i YYBÜ'ne yatırılarak izleme alındı. Bu bebeklerin 66'sına (%47) çeşitli nedenlerle ekokardiyografik inceleme yapıldı. Kardiyoloji konsültasyonu istenme nedenleri üfürüm, siyanoz, klinik durumla ilişkisiz taşikardi / bradikardi, diyabetik anne çocuğu veya makrosomi yanısıra anomalilerin varlığı veya bir sendromu telkin eden görünüm idi. Bunların içinde üfürüm ve siyanoz en sık kardiyoloji konsültasyonu istenme nedenlerini oluşturmaktaydı. Ekokardiyografik değerlendirme sonucunda en

sık saptanan bulgu izole PDA idi. Dört olgu bir sendromla uyumlu idi. Sonuç olarak, özellikle yoğun bakım ünitelerinde izlenen yenidoğanlar çoğu zaman kardiyolojik değerlendirmeye gereksinim duyarlar. Prematüre bebekler, kromozomal veya ekstrakardiyak anomalileri olan bebekler yanısıra diyabetik anne bebekleri de sıklıkla eşlik eden kardiyak sorunlarla karşılaşır. Bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde izlemin bir parçasını da kardiyolojik değerlendirme oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, doğumsal kalp hastalığı

PB-216

YENİDOĞANLARDA PULMONER HİPERTANSİYON SADECE TERM BEBEKLERİN SORUNU MU? OLGULARLA SORUNUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

ÖZGÜL TUNÇ AKBAŞ, DİDEM ALİFENDİOĞLU, AYŞEGÜL GÜVEN, CİHAT ŞANLI

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KIRIKKALE

Amaç:

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) izlenen bebeklerde % 1-2 arasında saptanan pulmoner hipertansiyon, daha çok term yenidoğanların sorunudur ve yüksek morbidite ve mortalite ile seyreder. Bu çalışmada, YYBÜ’de izlenen bebeklerde pulmoner hipertansiyonlu olguları irdelenmiş ve etiyolojileri, ekokardiyografik bulguları, tedavileri ve sonuçları gözden geçirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada Kırıkkale Tıp Fakültesi YYBÜ’de izlenen, klinik olarak şüphe edilen olgularda ekokardiyografik olarak pulmoner hipertansiyon tanısı konmuş 10 bebeğin bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Ünitemizde Ocak- Aralık 2011 tarihleri arasında izlenen 138 hastanın 10’unda (% 7,2) pulmoner hipertansiyon saptandı. Olguların gebelik haftası ve doğum ağırlıkları sırasıyla ortalanca ve aralık (parantez içinde) olarak 36 hafta (23-40) ve 2370 gram (710-3800) idi. Pulmoner hipertansiyon saptandığında postnatal yaşı ortalanca ve aralık (parantez içinde) olarak 2,5 gün (1-7) idi. Pulmoner hipertansiyon 7 bebekte prematürite ve akciğer sorunlarına eşlik ederken, 3 term bebek yenidoğanın geçici takipnesi tanısıyla izlenmekteydi. Hastaların 9’u (% 90) erkek idi. Mekanik ventilatörde kalış süresi, iloprost inhaler tedavisi süresi ve Sildenafil (po) tedavi süresi ortalanca ve aralık (parantez içinde) olarak sırasıyla 8 gün (1-25), 3,5 gün (0-7) ve 10 gün (0-79) idi. Pulmoner arter basıncı tedavi başlangıcında ve sonunda ortalanca ve aralık (parantez içinde) olarak sırasıyla 51 mmHg (35-60) ve 25 mmHg (25-74), tedavi süresince en yüksek pulmoner arter

basıncı ise 55 mmHg (30-74) idi. Hastalardan 8'i taburcu olurken ikisi primer sorunları nedeniyle kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızın sonuçları, daha çok term bebeklerin sorunu olarak kabul edilen pulmoner hipertansiyonun preterm bebekleri de etkileyebileceği ve inhale nitrik oksit kullanımının birçok merkezde yapılamadığı göz önünde tutulacak olursa, yenidoğanlarda pulmoner hipertansiyon tedavisinde inhale iloprost ve oral sildenafilin güvenilir ve etkili bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, pulmoner hipertansiyon, iloprost, sildenafil

PB-217

ERKEN PRENATAL DÖNEMDE TANISI KONULAN İZOLE TORASİK EKTOPIA KORDİS: OLGU SUNUMU

MEHMET BURHAN OFLAZ, AHMET EMİN MUTLU, HATİCE ÖZER, ALİ YANIK

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SİVAS

Olgu:

25 yaşında 7 aylık gebe, son adet tarihine göre 12. gebelik haftasında obstetrik incelemede fetal anomali şüphesi olması nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiş. Hikayesinde hastanın eşi ile 4. dereceden akrabalığının olduğu, gebelikte herhangi bir teratojen ilaç kullanmadığı ve kan grubunun ARh+ olduğu öğrenildi. Bu arada gestasyon öncesinde kuaförde saçını boyatan hasta kısa bir süre sonra saç dökülmesi, çarpıntı ve sinirlilik şikayetleri olması üzerine başvurduğu hastanede TSH:0.006(D) ve T3:5.83(Y) çıkması üzerine endokrinoloji bölümü tarafından yapılan değerlendirmede TSH:0.0081(D), T3:3.42(N), T4:1.71(Y), antimikrozomal antikor:0.85(D) ve β hCG:0.1 bulunması üzerine yapılan tiroid ultrasonografisinde parankimde hafif derecede kabalaşma ve heterojenite artışı izlenmiş. Tiroid sintigrafisi; "saç boyası nedeniyle tutulum yok" şeklinde raporlanmış. Hastaya hipertroidi tanısı konularak propiltiourasil tedavisi başlanmış ancak bu tedaviyi 5 gün kullandıktan sonra bırakan hastanın obstetrik anamnezinde; bu gebeliğinin ilk gebeliği olduğu, gebeliğinin 7. haftasında 2 basamaklı merdivenden düşerek travmaya uğradığı, 8. haftasında ise direkt grafi çekilen odada bulunduğu fakat direkt X-ray ışını almadığı öğrenildi. Obstetrik ultrasonografi incelemesinde; tek, canlı, tepe-makat uzunluğu (CRL) 59 mm olan 12 hafta 1 gün ile uyumlu, fetal ense kalınlığı (NT) 3.87mm (95. persentilden büyük) izlenmiş (Kistik Higroma?). Fetal ekokardiyografik değerlendirmede kalbin toraks dışında olduğu ve amniyotik sıvı içinde

büyük damarlara asılı şekilde serbest kasılım hareketi yaptığı izlendi.Umbilikal kordun fetusa giriş yeri net olarak gözlemlendi ve patoloji saptanmadı. Perinatoloji konseyinde tartışılan hastaya 15.gebelik haftasında amniyosentez yapılması ve sonucuna göre karar verilmesi ilk seçenek olarak belirtildi.İkinci seçenek olarak, termde doğacak bu fetusa uygulanabilecek cerrahiler konusunda bilgi verilerek eğer aile isterse gebeliğin sonlandırılabilceği bildirildi.Hasta ve eşinin gebeliğin terminasyonu şeklindeki son kararı üzerine bilgilendirilmiş onamları alındı.Uterin materyal genetik tahlil ve serolojik incelemeler için örnekler alındı. Ailenin fetusun patolojik incelenmesi için izin vermesi üzerine yapılan değerlendirmede;fetusun makroskopik incelemesinde sternal defektten kalp ve büyük damarların tamamen toraks dışına yerleşmiş olduğu,üzerinde perikard olmadığı,batın orta hat defektinin sternumdan başlayıp,umblikusa kadar devam ettiği ve üzeri membranla örtülü şekilde karaciğerin sol lobunun amniyon ile serbest ilişkili olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Ektopia kordis(EK) 0.5-1/100.000 sıklıkta, kalbin tamamının veya bir kısmının toraks dışında bulunması ile karakterize nadir görülen bir konjenital anomalidir.Servikal,servi kotosasik,torasik,torako-abdominal ve abdominal olmak üzere beş tipi tanımlanmıştır ve en sık görülen formu torakoabdominal form olup genellikle Cantrell pentolojisi(CP) ile birliktelik göstermektedir.Etiyolojinin tam olarak bilinmediği EK'in beraberinde ventriküler septal defekt ve Fallot tetralojisi en sık eşlik eden kardiak defektler iken omfalosel en sık eşlik eden abdominal duvar defektidir.EK'in trizomi 21-18 ve Turner sendromu gibi kromozom anomalileri ile birlikteliği bildirilmiştir.Doğum sonrası erken dönemde cerrahi müdahaleler gerektirmesi nedeniyle genellikle prognozu kötü seyreder.EK'in prenatal dönemde tanısı ultrasonografi ile tespit edilebilmektedir.Erken tanıda ilk trimesterde yapılan nokal translusensi ölçümünün kromozom anomalilerinin yanı sıra kardiyak anomaliler için de anlamlı olduğu düşünülmektedir.Erken tanı konulamayan hastalarda doğum şekli olarak bebek için daha az travmatik olan sezaryenin doğru bir karar olduğu düşünülmektedir.Prenatal dönemde tanı konulan bu tür olgularda gebelik sonlandırılması en uygun yaklaşım olarak görünmektedir. Sonlandırılmayan olgularda ise perinatalog,pediatrik kardiolog,pediatrik cerrahi ve genetik bölümlerinin yer aldığı perinatoloji konseyinde değerlendirilerek aile üyeleri ile birlikte en uygun yaklaşım bulunmaya çalışılmalıdır.

PB-218

NADİR BİR DOĞUMSAL ANOMALİ: AORT KAPAK YOKLUĞU

CEM KARADENİZ, FİKRİ DEMİR, SEMRA ATALAY, ERCAN TUTAR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Olgu:

Aort kapağının konjenital yokluğu oldukça nadir görülen bir anomalidir. Literatürde çok az sayıda olgu bildirilmiş olup bunların tümü erkektir. Kalp transplantasyonu yapılan bir hasta dışında tüm olgular postnatal erken dönemde kaybedilmiştir. Bu yazıda, sol ventrikül, pulmoner ve atriyoventriküler kapak gelişimi normal olup aortik ark kesintisi ve geniş VSD'nin eşlik ettiği aort kapağı doğumsal olmayan bir kız olgu sunulacaktır.

Olgu:

27 yaşında anneden 39 haftalık 2800 gr olarak 8-9 apgar skoru ile doğan ve prenatal 33 haftalık iken yapılan fetal ekokardiyografisinde; kalp büyüklüğünde artış, geniş musküler VSD, aort kapağında serbest yetmezlik saptanan kız bebek izlem amacıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenesinde; prekordiyumu hiperaktif olan hastanın sternum sağ alt kenarında belirgin sistolik ve diastolik üfürüm duyuldu. Hastada major ekstrakardiyak anomali saptanmadı. Yapılan ekokardiyografisinde; geniş musküler VSD, aort kapağının olması gereken yerde rudimenter doku artıkları olduğu, serbest aort yetmezliği, geniş PDA saptandı. Distal aortada şüpheli interruption görüntüsü olması nedeniyle hastaya BT anjiyografi yapıldı ve interruption tanısı doğrulanarak PGE1 başlanarak operasyonu planlandı. Aralıklı olarak mekanik ventilatör, inotrop ve prostoglandin desteği aldı. Operasyon açısından dış merkez ile konsülte edilen hasta resmi prosedürler beklenirken yatışının 4. ayında ani kardiyovasküler arrest gelişerek kaybedildi.

Tartışma:

Bilgilerimize göre, olgumuz pulmoner, AV kapak ve sol ventrikül gelişiminin normal olduğu, geniş VSD ve aortik ark kesintisi eşlik eden literatürdeki ilk kız olgudur. Daha önce bildirilen tüm hastaların erkek olması dolayısıyla X kromozomuna bağımlı genetik etkenlerin rol oynayabileceği üzerinde durulmuş ancak bizim olgumuzun kız olması nedeniyle bu görüş artık geçerliliğini kaybetmiştir. Bu anomalinin tedavisi cerrahidir. Sonuç olarak; hipoplastik sol kalp gibi fatal kardiyak anomaliler ile birlikte olan bu durumun diğer doğuştan kalp hastalıklarında olduğu gibi prenatal erken teşhis edilmesi ve uygun merkeze intrauterin transportu gerekli tedavinin zamanında yapılmasını sağlayacak ve mortalite oranlarını büyük oranda azaltacaktır.

GÖBEK KATETERİNİN MALPOZİSYONUNA BAĞLI İLAÇLARA DİRENÇLİ SVT VE ENDOKARDİT GELİŞEN YENİDOĞAN BEBEK

ŞEREF OLGAR, AHMET KÖSE, FUHEDA DALGIÇ, MESUT GARİPARDIÇ, EKREM GÜLER, MEHMET DAVUTOĞLU

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KAHRAMAN MARAŞ

Giriş:

Yenidoğanda uygun yerleştirilmeyen kateterler ciddi aritmiler ve enfeksiyonlara neden olmaktadır. Bu sunumda göbek kateteri fazla ilerletilen ve sol atriuma yerleşmesi nedeni ile gelişen, ilaçlara dirençli bir SVT ve endokarditli yenidoğan hasta sunulmuştur.

Olgu:

Sağlıklı anneden C/S ile 38 haftalık, 3800gr olarak doğan hasta doğumdan sonra başlayan solunum sıkıntısı nedeni ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınıp göbek kateteri takılarak izleme alındığı ve takipte bradikardi sonrası kardiyak arrest nedeni ile resüsite edildiği, sonra taşikardyeigirdiği ve genel durum bozukluğu nedeni ile merkezimize sevk edildiği öğrenildi. Supraventriküler taşikardisi (SVT) saptanan hasta ilaçlara yanıt vermeyince yapılan ekokardiyografide her iki ventrikülün sistolik fonksiyonlarının ileri derecede bozuk olduğu, intrakardiyak ve kateter trasesi üzerinde trombüs ve perikardiyal efüzyon saptandı (Resim-1). Kateterin sağ atriумdan foramen ovale yoluyla sol atrium ve ventriküle ilerlediği görüldü.(Resim-3) Kan kültüründe Klebsiella üreyen hastanın kateteri geri çekildi, inotropik destek , antibiyoterapi ve amiodaron tedavisi ile takipte hastanın aritmisi olmadı, sistolik fonksiyonları düzeldi.

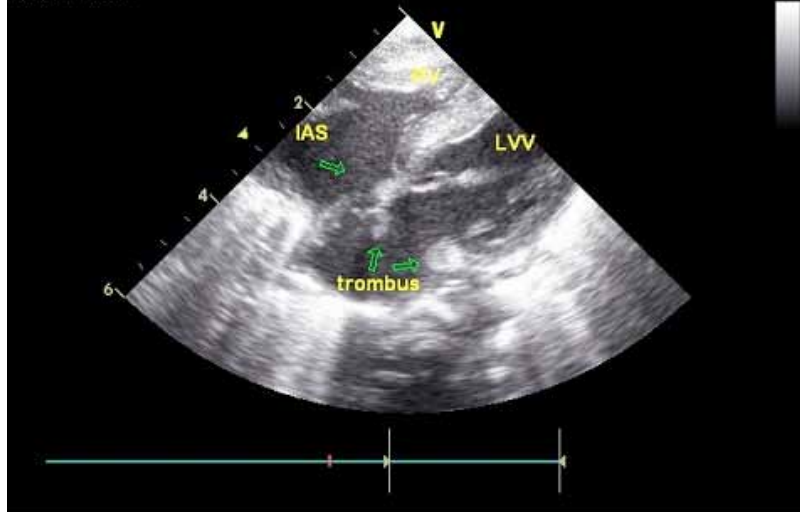
Tartışma:

Yenidoğan döneminde saptanan SVT'lerin %25'inde yapısal konjenital kalp hastalıkları birlikteliği vardır, ayrıca nadir olarak göbek kataterizasyonuna bağlı bir komplikasyon olarak da görülebilmektedir. Yenidoğan döneminde oldukça sık uygulanan göbek katateri işlemi sırasında kataterin gereğinden fazla ilerletilmesi yada lokal uyarının otomatisme artışı ile sonuçlanması aritmi ile sıklıkla da SVT ile karşılaşılmasına neden olmaktadır. İnfektif endokardit yenidoğan ve süt çocuklarında seyrek olarak görülmekle birlikte, son yıllarda tedavi ve beslenme amacıyla intravasküler kateterlerin sık kullanılması nedeniyle yenidoğanlarda da insidansın artış gösterdiği bildirilmektedir. Yenidoğanlarda katater yerleşimi dikkatle yapılmalı ve uygun sabitlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Göbek kateteri, yenidoğan, endokardit, SVT

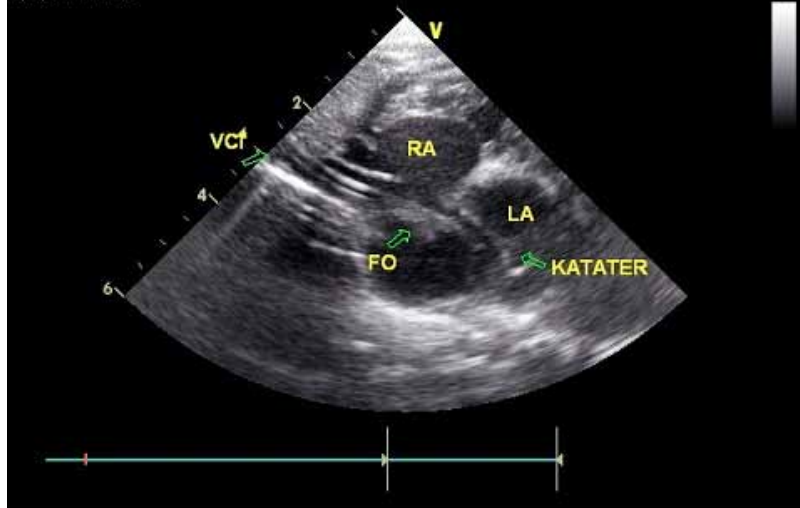
Resim-1.Hastanın EKO'sunda interatriyal septum ve sol atrium içerisinde trombus görülmektedir.

19/12/2011 10:28:16



Resim-2.Hastanın kateterinin sağ atrium-foramen ovale-sol atrium-sol ventrikül trasesini gösteren EKO görüntüsü görülmektedir

19/12/2011 10:34:25



İLERLEYİCİ VALVULER KALP HASTALIĞI SAPTANAN GELEOFİZİK DİSPLAZİLİ NADİR BİR OLGU

GÖKMEN ÖZDEMİR, BİRSEN UÇAR, FATİH MEHMET CELAYIR, ALİ YILDIRIM, PELİN KÖŞGER, TEVFİK DEMİR, ZÜBEYİR KILIÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Olgu:

Geleofizik displazi, otozomal resesif kalıtılan nadir bir hastalık olup, ağır boy kısalığı, küçük el ve ayaklar, eklemlerde hareket kısıtlılığı, cilt kalınlaşması ve valvüler kalp lezyonları ile karakterizedir. Valvüler kalp hastalığı -sıklıkla aort stenozu- ilerleyici olup bu hastalarda erken mortalitenin en önemli sebebidir.

Aralarında 1. derece akrabalık bulunan anne-babanın ilk çocuğu olan 6 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde; ağırlık ve boy 3. persentilin altında, boy kısalığı belirgin, el ve ayaklar küçük, yanak dolgun, üst dudak ince, burun kökü basık, eklem hareketlerinde kısıtlılık, parmak uçlarında yürüme, lomber lordoz artışı ve sol üst sternal bölgede daha belirgin duyulan 3/6 dereceden sistolik ejeksiyon üfürümü mevcuttu. Kemik graflerinde; kemik yaşında gerilik, ovoid vertebra, kısa ve geniş falanksar izlenmekteydi. Yenidoğan döneminden itibaren kliniğimizde takip edilen hasta solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş ve bebeklik döneminde laringo-trakeomalazi saptanmıştı. Kalpte üfürüm duyulması nedeniyle yapılan ekokardiografik incelemesinde aort stenozu (hafif), pulmoner stenoz (hafif), küçük trabeküler VSD ve hafif mitral yetersizlik saptanmıştı. Bilim dalımızda düzenli aralıklarla takip edilen hastanın aort ve pulmoner kapaktaki darlığın zamanla ilerleyici bir seyir gösterdiği, 3 yaşında aort stenozunun ciddi, pulmoner stenozun orta düzeye ulaştığı gözlemlendi. Hastanın hem aort hemde pulmoner kapağına yönelik balon valvuloplasti uygulandı. Pulmoner stenozu gerilerken, oldukça displastik olan aort kapağındaki darlığın ciddi düzeyde devam etmesi nedeniyle olgu cerrahiye verildi ve aort kapak replasmanı uygulandı.

Klinik ve radyolojik bulguları ile, 1960 yılından günümüze kadar 50'nin altında olgunun rapor edildiği, geleofizik displazi tanısı konulan hastamız sunularak literatür bilgileri ışığında tartışıldı.



MARFAN SENDROMUNDA ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: DEV ASENDAN AORTA ANEVİZMASI

MURAT SAYGI, ALPER GÜZELTAŞ, MEKİ BİLİCİ, ENDER ÖDEMİŞ, MUSTAFA DİKER, KORHAN ERKANLI, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Asendan aorta anevrizması oldukça nadir bir patoloji olup semptom ve fizik muayene bulgusu vermeden yıllarca sessiz bir seyir sürdürebilir. Erişkinlerde genellikle izole anevrizmalar şeklinde olup dejeneratif süreçler ve ateroskleroz başlıca sebepler iken çocuklarda sistemik hastalıklar dikkatlice araştırılmalıdır.

Olgu Sunumu:

Yedi yaşında erkek hasta sağ göğüs bölgesinde şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede aort odağında 1/6 üfürüm ve sağ parasternalde şişlik mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Göğüs grafisinde kardiyomegali ve genişlemiş mediastinum mevcuttu. (Fig.1) Ekokardiyografik incelemede aort kapağı triküspit görüldü. Kapaktan hemen sonra başlayan asendan aortada en geniş yerinde 85 mm (z skoru: +13,9) ölçülen, fusiform dilatasyon ve hafif-orta derecede aort yetersizliği saptandı. (Fig.2) Aortik annulus 19 mm (z skoru: +3,32), sinotübüler junction 29 mm (z skoru: +4,98) idi. Toraks anjiyo CT'de aort kökünden sol subklavian arter orifisine kadar en geniş yerinde 88 mm olan asendan ve arkus aortada anevrizmatik dilatasyon saptandı. (Fig.3) Anevrizmaya sebep olabilecek sistemik hastalıklar araştırıldı. PCR ile bakılan cDNA dizi analizinde heterozigot ekzon 10 delesyonu saptandı (Marfan sendromu için tanı koydurucu). Hastaya cerrahi olarak asendan aorta ve transvers aorta greft replasmanı uygulandı ve aortik kapak korundu. Postoperatif herhangi bir problem yaşanmadı.

Tartışma:

Asendan aort anevrizmaları çocukluk yaş grubunda aort darlığı (poststenotik dilatasyon şeklinde), biküspit aortik kapak, patent duktus arteriyozus, aort koarktasyonu, Marfan sendromu, Ehler Danlos sendromu, osteogenezis imperfekta, takayasu arteritini de içeren bağ doku hastalıkları, sifiliz, tüberküloz ve sistemik hipertansiyonda görülebilir. Marfan sendromu, fibrillin-1 gen mutasyonu sonucu oluşan otozomal dominant bağ doku hastalığıdır. Kardiyovasküler, oküler ve iskelet sistemi tutulumlarıyla karakterizedir. Aort kökü diseksiyonu ve rüptürü ölümün en sık sebebidir ve pik insidansı yaşamın 3. ve 4. dekadındadır. Akut aort olaylarından sonra mortalite ve morbidite oldukça yüksek olmasına rağmen profilaktik müdahalelerle erken ve geç dönem yaşam beklentisi önemli oranda artış göstermiştir. Kompozit kapak greft prosedürleri ve kapak koruyucu aortik kök replasman prosedürleri düşük morbidite ve mortalite ile elektif koşullarda rutin olarak uygulanmaktadır.

Yorum:

Asendan aort anevrizması olan çocuklarda altta yatabilecek sistemik hastalıklar titizlikle araştırılmalıdır. Marfan sendromu düşündüren bulgular olmasa bile özellikle büyük anevrizmalarda, hastalar bu sendrom açısından incelenmelidir.

PB-222

ALCAPA TANISI ALAN DÖRT OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

CEM KARADENİZ, SEMRA ATALAY, TAYFUN UÇAR, ÖMER ÇİFTÇİ, ERCAN TUTAR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Olgu:

Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi (ALCAPA) , nadir rastlanan doğumsal bir koroner arter anomalisidir. Doğumsal kalp hastalıkları içinde %0.3-0.5 oranında görülmektedir. Çoğunlukla hastalar dilate kardiyomiyopati tablosu ile ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde ALCAPA tanısı alan dört olgu sunularak, dilate kardiyomiyopatinin bu nadir ve tedavi edilebilir nedenine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4
Tanı yaşı	8 ay	4 ay	5 yaş	37 günlük
Geliş bulgusu	Dilate KMP	Dilate KMP	Dilate KMP	Mitral yetmezlik
EKG	DI,aVL'de Q dalgası, V4-V6 ST depresyonu	aVL'de derin Q dalgası, V4-V6 ST depresyonu	DI,aVL'de derin Q dalgası	DI ve aVL'de qR paterni, V1-V4'de ST depresyonu
EKO	Dilate KMP(EF%15), Sol koroner arter PA'den çıkıyor	Dilate KMP (EF %44), Sol koroner arter PA'den çıkıyor	Dilate KMP, Sol koroner arter PA'den çıkıyor	Hafif MY, anterolateral papiller kas ekojenitesinde artış.
Anjiyografi	LCA , LPA'den çıkıyor ve kollateraller aracılığıyla doluyor	LCA , LPA'den çıkıyor ve kollateraller aracılığıyla doluyor	RCA geniş ve kıvrıntılı LCA kollateraller ile doluyor ve LPA'den çıkıyor	-
Operasyon	LCA aortaya reimplante edildi.	LCA aortaya reimplante edildi.	LCA aortaya reimplante edildi.	LCA aortaya reimplante edildi.
Prognoz ve izlem	Operasyon sonrası eksitus	Şifa ile taburcu edildi. Takiplere devam ediliyor.	Şifa ile taburcu edildi. Kardiyak fonksiyonları normal	Şifa ile taburcu edildi. Kardiyak fonksiyonları normal

Sonuç olarak; daha önce herhangi bir yakınması olmayan ve konjestif dilate kardiyomiyopati ile başvuran infantlarda sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi düşünülmelidir. Bu hastalarda erken tanı ve cerrahi tedavinin hayat kurtarıcı olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle dilate kardiyomiyopati ile başvuran tüm hastalarda koroner arter anatomisi ekokardiyografi ile dikkatle incelenmelidir.

NAXOS HASTALIĞI OLAN HASTADA GELİŞEN İNTRAKARDİYAK TROMBÜSÜN RENAL ARTERE EMBOLİZASYONU

AHMET KÖSE, ŞEREF OLGAR, MEHMET DAVUTOĞLU, EKREM GÜLER, MESUT GARİPARDIÇ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KAHRAMAN MARAŞ

Giriş:

Naxos hastalığı (NH) otozomal resesif geçişli, nadir görülen sağ ventrikül kardiyomiyopatisi, yun yumağı şeklinde saç ve palmoplanter hiperkertozisle tanımlanan bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda literatürde az rastlanan Naxos hastalığının kardiyomiyopatisi tanısı ile izlenirken intrakardiyak trombüs gelişen bir olguda (Resim-1 ve 2) mural trombüs embolisine sekonder gelişen ABY tartışılmıştır.

Olgu:

NH, dilate kardiyomiyopati (DKMP), geçirilmiş ventriküler taşikardi ve konjestif kalp yetersizliği nedeni ile izlenirken iki gündür yüzünde ayaklarında şişlik, ayaklarında uyuşma olması nedeni ile başvurdu. Ekokardiyografisinde sol ventrikül içerisinde apikal yerleşimli mural trombüs nedeni ile hastaneye yatırıldı (Resim-3). Warfarin ve dobutamin mevcut tedaviye eklendi. Takipte sol ventrikül içindeki trombüste küçülme görülen hastanın aniden böbrek fonksiyonları bozuldu. Renal arteriel doppler ultrasonografide obstruksiyon olan olgunun ABY tablosu sol ventrikül içindeki trombüsün böbrek dolaşımına embolize olmasına bağlandı. Warfarin tedavisi sonrası kliniği düzelen hasta izleme alındı.

Tartışma:

NH aritmojenik sağ ventrikül displazi/kardiyomiyopatisi olarak tanımlanan ilk defa 1986 yılında bir Yunan adası olan Naxos'ta Protonotarios ve arkadaşları tarafından familial palmoplanter keratozis olarak tarif edilen bir hastalıktır. Doğumdan itibaren yün yumağı şeklinde saç ve hayatın ilk yılında palmoplanter keratoderma gelişen bu hastalıkta adolesan döneminde ise olguların %100'ünde kardiyomiyopati belirginleşmektedir. Sağ ve sol ventrikül sistolik fonksiyon yetersizliğine sekonder organ yetersizlikleri görülen bu olgularda önemli bir neden de sistolik fonksiyon bozukluğuna sekonder tromboembolik fenomenlerdir ve bizim olgumuzda da trombose sekonder ABY gelişmiştir.

Sonuç:

NH olguları DKMP ve intrakardiyak trombüsler yönünden yakın izlenmeli, atikoagülasyon tedavisi uygulanmalıdır

Anahtar Kelimeler: Naxos, dilate kardiyomiyopati, intrakardiyak trombüs, renal arter embolizasyonu

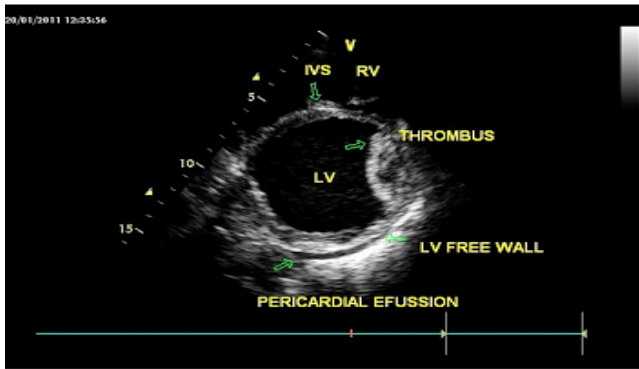
Resim 1 Naxos Hastalığı olan hastanın plantar hiperkeratozisi



Resim 2: Naxos Hastalığı olan hastanın yün yumağı (Wooly hair) şeklinde saç



Resim-3. Naxos hastalığı olan hastanın mural dev trombusu



PB-224

KONJENİTAL ASANDAN VE TORASİK AORTA ANEVRİZMASI

AHMET İRDEM, OSMAN BAŞPINAR, SELİM KERVANCIOĞLU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Olgu:

Aort çapının %50'den fazla genişlemesi anevrizmal genişleme tanımına girer. Çıkan aort anevrizmasında her zaman spontan rüptür veya diseksiyon riski vardır. Asenden ve torasik aorta anevrizması sıklıkla biküspid aorta veya bağ dokusu hastalıkları (Marfan sendromu, Ehler-Danlos sendromu) ile ilişkilidir. Beş aylık kız olgu, kliniğimize kalbinde üfürüm duyulması ve sık nefes alma şikayeti ile yönlendirildi. Fizik muayenesinde mezokardiyak odakta 2-3/6 şiddetinde sistolik üfürüm ve 2-3 cm hepatomegali vardı. Yapılan ekokardiyografide aortik kapağı biküspid, aort kökü (2.35 cm), çıkan aorta (2.87 cm) ve arkus aorta (2.96 cm) belirgin dilate, birinci derece aort yetersizliği vardı. Çekilen üç boyutlu tomografide ise; çıkan aorta ve arkus aortanın proksimal kısmı anevrizmatik derecede geniş, trunkus brakiosefalikus ve sol karotis komunis arterin anevrizmatik yapıdan çıktığı, sol subklavian arterin ise anevrizmanın bitiminde aortadan çıktığı görüldü. Ayrıca inen aortada da anevrizmatik bir yapı olduğu ve torasik aortanın ise ileri derece tortüöz ve kıvrımlı olduğu görüldü.

Olguya 3mg/kg/gün'den propranolol başlandı. Cerrahi konseyinde hastanın yaşının çok küçük olması nedeni ile yakın izlem kararı çıktı.

Sonuç olarak, çıkan aorta, arkus aorta, inen aortada anevrizma derecesinde dilatasyon olması ve inen aorta ile torasik aortanın belirgin kıvrımlı durumu çok nadir görüldüğünden olgu sunuldu.

PB-225

KARDİYOMEGALİNİN NADİR BİR NEDENİ UHL ANOMALİSİ: OLGU SUNUMU

ULAŞ KARADAŞ, ALİ RAHMİ BAKİLER, KAYI ELİAÇIK, BARIŞ GÜVEN, DİLEK ÇAVUŞOĞLU, ALİ DOĞAN

İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Giriş:

Uhl anomalisi, sağ ventrikül myokard tabakasının yokluğu ile karakterize nadir bir hastalıktır (1,2). Bu anomalinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte (3), kardiyak gelişim tamamlandıktan sonra sağ ventrikül myozitlerinin selektif ve kontrolsüz apoptozisi sonucu oluştuğu öne sürülmektedir (1). Genellikle, ilk bir yaşta sağ kalp

yetmezliği bulguları ile ortaya çıkmaktadır (3). Bu yazıda, kardiyomegali nedeniyle tarafımıza yönlendirilen, Uhl anomalisi tanısı koyduğumuz bir hasta sunuldu.

Olgu:

Akciğer enfeksiyonu tanısıyla izlenen 6 aylık kız bebek, telekardiyografide kardiyomegali saptanması nedeniyle tarafımıza gönderildi. Doğum sonrası 3 aylıktan itibaren büyümesinin yavaşladığı öğrenilen olgunun fizik muayenesinde boy ve kilosu < 3 persentil olup, genel durumu orta idi; kalp oskültasyonunda sol alt sternal bölgede 1-2/6 derece sistolik üfürüm saptanan hastanın kalp yetmezliği bulguları vardı. Ekokardiyografik (EKO) değerlendirmede önemli triküspit kapak yetmezliği ile belirgin dilate ve diffüz hipokinetik, sağ ventrikül izlendi (Resim a); kardiyak manyetik rezonans (MR) incelemesinde sağ ventrikül ve sağ atrium boyutlarının belirgin arttığı, sağ ventrikülden myokard dokusunun olmadığı, sağ ventrikül serbest duvarının belirgin olarak ince olduğu (Resim b), sol ventrikül ve interventriküler septumda myokard dokusunun olduğu (Resim b) görüldü.

Tartışma:

Morfolojik bulgular ilk kez, Osler WM tarafından 1905 yılında, çok ince parşomen benzeri duvar yapısı olan kalp şeklinde rapor edilerek (4), ilk vaka Henry Uhl tarafından 1952 yılında yayınladı (4). Geçmişte Uhl anomalisi tanısı genellikle otopside konurken(4), günümüzde EKO ve MR gibi görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile erken dönemde teşhis edilebilmektedir (4). Kardiyak MR incelemede; sağ ventrikül serbest duvarında myokardiyal ve fibroadipoz dokunun olmadığı ve apikal trabekülasyonların azaldığı, sağ atrium hipertrofisi ve dilatasyonu ile sol ventrikül myokard dokusunun normal olduğu saptanmaktadır (4). Bu hastalarda prognoz kötü olup, az sayıda olgu erişkin yaşa ulaşabilmektedir (2,5). Tedavide kalp nakli (6) yanında, sağ kalbi devre dışı bırakarak yapılmaya başlanan operasyonlar etkin ve umut verici görünmektedir (6).

Sonuç:

Bu vakayla Uhl anomalisinde, EKO ve kardiyak MR incelemesinin tanısal süreçteki fayda ve önemi vurgulandı.

PB-226

KABUKİ MAKE-UP SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU

DERYA BEYZA SAYIN KOCAKAP, AYŞE ANIL KARABULUT, PINAR ATASOY,
RAMAZAN DULKADİR, CİHAT ŞANLI

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KIRIKKALE

Giriş:

Kabuki make-up sendromu (KMS), özgün kromozomal bozukluk olmaksızın karakteristik

yüz görünümü (ektropion, kulak kepçelerinin geniş ve düşük olması, geniş alın, geniş ve basık burun kökü), mental gerilik ve iskelet anomalileri ile birlikte kardiyak anomalilerin görüldüğü nadir bir sendromdur. Bu yazıda konuşma bozukluğu, sık tekrarlayan kulak akıntısı ve tipik yüz görünümü olan, izleminde yarık damak ve VSD tanısı alarak opere olan ve karakteristik özellikleri ile KMS düşünülen 7 yaşındaki bir kız olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmak istenmiştir.

Olgu:

Yedi yaşında kız hasta, servisimize gövdesinde hipopigmente cilt lezyonu ve konuşma bozukluğu nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde mekonyum aspirasyonu nedeniyle yenidoğan döneminde uzun bir süre hastanede yattığı, o dönemde yarık damak ve perimembranöz VSD tanılarını aldığı, 14 ve 20 aylıkken iki kez yarık damak nedeniyle opere olduğu, 18 aylıkken VSD'sinin kapatıldığı o dönemden beri asemptomatik ve sorunsuz olarak takip edildiği öğrenildi. Ayrıca sık sık üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği ancak bu yönüyle hiç tetkik edilmediği belirtildi. Soygeçmişinde anne ve baba arasında akrabalık olmadığı, anne baba ve iki kardeşinin sağ ve sağlıklı olduğu öğrenildi. Olgunun fizik incelemesinde; vücut ağırlığı 27 kg (%50-75), boy 113 cm (%25-50), bilinç açık, koopere, genel görünümü iyi, vital bulguları normal ve bilateral femoral nabızları alınmaktaydı. Geniş palpebral aralık, alt göz kapağının lateral 1/3'ünde dışa, aşağı dönüklük, kalın ve dış 1/3'ünde dağınık ve seyrek kaşlar, kısa kolumella ve basık burun ucu, büyük kepçe kulaklar, ağız içi muayenesinde bozuk diş yapısı, yüksek damak ve yumuşak damakta operasyon izi izlenmekteydi (Resim 1). Nazone konuşması olan olgunun zihinsel geriliği hafif derecede mental retardasyon olarak değerlendirildi. Bu sendrom otozomal dominant geçiş gösteren, ancak sıklıkla taze mutasyon sonucu gözlenen bir hastalıktır. Hasta bireylerin %56-76'sında *MLL2* geni mutasyonu saptanmaktadır. Olgumuzun kromozom analizi normal olarak değerlendirildi. *MLL2* gen mutasyonu için kan örneği alındı.

Sonuç:

Kabuki make-up sendromuna neden olan genetik bozukluk henüz aydınlatılabilmemiş değildir. Kardiyak anomalileri, tipik yüz görünümü ve sendromik özelliklere sahip olgularda nadir görülen KMS'nin akla getirilmesinin, olguların erken dönemde saptanmasına katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler:

Kabuki make-up sendromu, konjenital kalp hastalığı, tipik yüz görünümü



Resim 1: Kabuki make-up sendromunda tipik yüz görünümü

**RESTRIKTİF KARDİOMYOPATİ İLE YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİK BİRLİKTELİĞİ:
LİTERATÜRDEKİ İLK VAKA**

GÖKMEN ÖZDEMİR, ALİ YILDIRIM, TEVFİK DEMİR, KORAY HARMANCI, PELİN KÖŞGER,
BİRSEN UÇAR, ZÜBEYİR KILIÇ

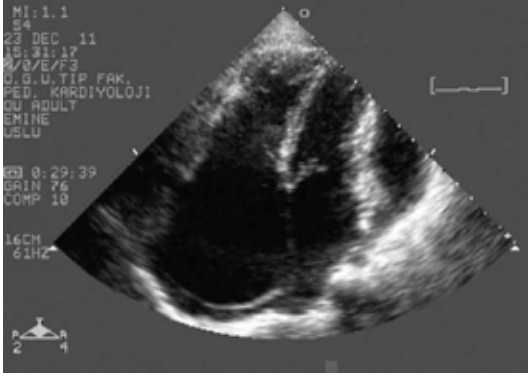
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Olgu:

Restriktif kardiyomyopati, çocukluk çağı kardiyomyopatilerinin %2-5'ini oluşturan nadir bir kardiyomyopati formudur. İdiopatik olabileceği gibi sarkoidoz, amiloidoz, metabolik ve malign hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Hastalık, belirgin dilate atriumlar ve sıklıkla normal ventrikül boyutları ile karakterizedir. Kliniğimizde restriktif kardiyomyopati tanısı alan ve izlemde yaygın değişken immün yetmezlik birlikteliği saptanan olgu sunuldu.

On yaşındaki kız hasta hastanemize son bir yıldır eforla artan dispne, çabuk yorulma ve ödem şikayetleriyle getirildi. Fizik muayenesinde; kan basıncı 80/50 mmHg, nabız 96/dk, solunum 24/dk, hafif juguler ven distansiyonu, bacaklarda daha belirgin olmak üzere jeneralize ödem, telekardiyografide kardiyomegali, elektrokardiyografide sinüs taşikardisi ve biatrial hipertrofi bulguları mevcuttu. Ekokardiyografik incelemede sağ atriumda daha belirgin olmak üzere biatrial dilatasyon, orta derecede mitral ve ağır triküspid yetersizliği, normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu ve restriktif pattern ile uyumlu diastolik disfonksiyon bulguları mevcuttu. Ayrıca önemli düzeyde perikardiyal effüzyon izlenmiş olup konstriksiyon lehine bulgu saptanmadı. Olguya perikardiyosentez ve sonrasında perikardiyal pencere açılarak tüp drenajı uygulandı. Perikard sıvısı transuda vasfında ve steril saptandı. Perikard biopsi örneğinin histolojik incelemesi normal olarak değerlendirildi, komşu kalp dokusunda amiloidoz lehine bulgu gözlenmedi. Tam kan sayımı, biyokimya ve idrar tetkikleri normal, total protein 4.8 g/dL, albumin 3.0 g/dL, IgG 204 mg/dL, IgA 59 mg/dL, IgM 55 mg/dL ve IgE düzeyi 9.5 IU/ml saptandı. Lenfosit altgrup incelemesinde özellik saptanmayan olgu yaygın değişken immün yetmezlik olarak değerlendirildi ve IVIG ile replasman tedavisi planlandı. Fakat perikardiyal hızlı sıvı birikimi ve kalbin diastolik fonksiyonlarında düzelme izlenmemesi nedeniyle hasta bir transplantasyon ünitesine sevk edildi.

Yaptığımız literatür taramasında, yaygın değişken immün yetmezlik ile restriktif kardiyomyopati birlikteliği tanımlanan herhangi bir olguya rastlayamadık. Literatürdeki ilk olgu olması nedeniyle yaygın değişken immün yetmezlik ile restriktif kardiyomyopati bulguları olan hastamızın sunulması uygun bulundu.



PB-228

YENİDOĞAN OLGUDA İNTRAVENÖZ KATETERİZASYONA VE BESLENMEYE SEKONDER KANDİDA ENFEKTİF ENDOKARDİTİ

ŞEREF OLGAR, AHMET KÖSE, TURAN DERME

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KAHRAMAN MARAŞ

Giriş:

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde(YYBÜ) intravenöz beslenme ve kanulizasyonun neden olduğu önemli bir hastalık kandida enfeksiyonlarıdır. Burada intravenöz beslenen 10 günlük bir bebekte mortaliteye neden olan intrakardiyak mantar topu olan kandida enfektif endokarditi sunulmuştur.

Olgu:

Geniş spektrumlu antibiyoterapiye rağmen ateş ve sepsis bulguları olan periferik perfüzyon bulguları kötü olduğundan dolayı merkezimize inceleme amacıyla sevk edilen entübe bebeğin fizik muayenesinde genel durumu kötü, spontan solunumu yoktu. Hastanın batını bombe batin cildinde yaygın cutis marmaratusu mevcuttu ve periferik dolaşım zamanı uzundu (Resim-1). Akciğer grafisinde sternumun hemen solunda V. Cava Süperior bölgesinde intravenöz katater bölgesinde hiperekojen görünüm mevcuttu (Resim-3) . Ekokardiyagrafik değerlendirmede foramen ovale, PDA ile birlikte sağ atriumdaki kateter ucundan köken alan, trikuspit kapağı geçerek trikuspit kapakta yetersizliğe neden olan ve sağ ventrikülde devam ederek pulmoner kapaktan geçerek sağ ve sol pulmoner artere uzanım gösteren düzgün cidarlı hareketsiz hiperekojen kitle saptandı (Resim-2). Kitle pulmoner kapakta, sağ ve sol pulmoner arter proksimalinde hafif bir stenoza neden oluyordu. Kan kültüründe kandida üreyen hasta tedaviye yanıt vermeyerek exitus oldu.

Tartışma:

Yenidoğan bebeklerde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan enfektif endokardit nedenlerinden birisini de kandiddir. Preterm doğum, karın cerrahisi, mekanik solunum desteği, intravenöz kateterizasyon, parenteral beslenme ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı sistemik kandidiazis için risk faktörleridir. Doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan preterm bebeklerin % 2-5'inde kandida ciddi hastalığa neden olmaktadır. Persistan kandidemi olgularında ve santral venöz kateteri olan hastalarda endokardit mutlaka düşünülmelidir.

Sonuç:

YYBÜ'de takip edilen geniş spektrumlu antibiyotik alan, santral venöz kateterli olgularda endokardit yönünden hastalar takip edilmelidir

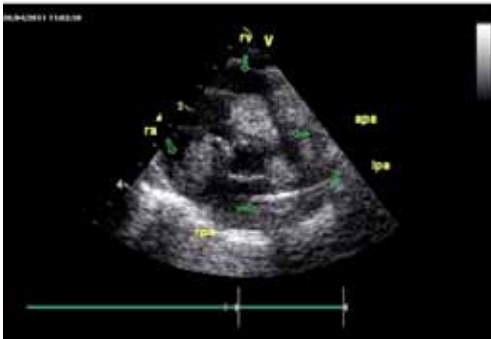
Anahtar Kelimeler:

Prematürite,santral kateter,mantar sepsisi,mantar topu

Resim-1.Candida sepsisi ve endokarditi olan prematüre hasta



Resim-2.Candida endokarditi hastada sağ kalpte "mantar topu"



Resim-3.Endokardit ve mantar sepsisi olan prematürenin akciğer grafisi



PB-229

BAYILMA YAKINMASI OLAN İKİ KARDEŞTE SENKOP VE UZUN QT SENDROMU

AHMET KÖSE, ŞEREF OLGAR, MUHAMMED UDURGÜCÜ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KAHRAMAN MARAŞ

Giriş:

Uzun QT sendromu (UQTS) elektrokardiyoramda uzamış QT aralığı ile karakterize, kalpte doğuştan gecikmiş repolarizasyon sonucunda torsade de pointes (ventrikül kaynaklı, kalpte irregüler atımlara neden olan durum) epizotlarına sebep olan bir durumdur. Bu epizotlar çarpıntı, bayılma, ventriküler fibrilasyonun neden olduğu ani ölüme neden olabilir. Yazımızda bayılma yakınması ile getirilen iki küçük kız çocuğu ile UQTS tartışılmıştır

Olgular:

Aralarında birinci dereceden akrabalık olan anne-babadan doğan 6 ve 8 yaşlarındaki iki kız kardeş bayılma, konuşamama, işitmelerinin olmaması yakınmaları ile polikliniğe getirildiler. (Resim-1) Öykülerinde bir yıl öncesine kadar işitme ve konuşma problemi dışında bir yakınmaları olmadığı, 6 yaşındaki hastanın yaklaşık bir yıldan beri 2-3 günde bir, efor ile oluşan, 10-15 dakika süren renginde beyazlaşma sonrası bayılmaları olduğu öğrenildi. Büyük ablasının 2 yıldan beri 3-4 ayda bir olan, 10-15 dakika süren morarma ve beyazlaşma ile giden ve arkasından bayılmasının olduğu öğrenildi. Her iki kardeşte de bayılma sırasında tonik veya klonik atımların olmadığı ve bayılmalardan sonra hastaların normale döndüğü ailenin daha önce 13 yaşındaki bir kızlarında da benzer klinik öykünün sonrasında eksitus olması nedeniyle çocuklarını hastanemize araştırılmak üzere getirdikleri öğrenildi.

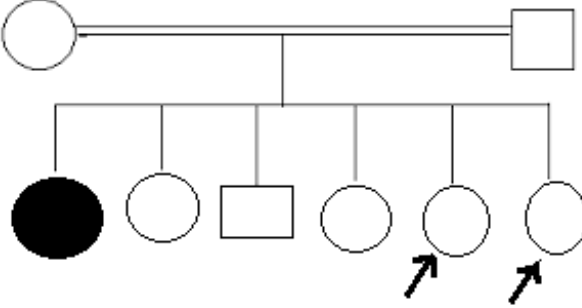
Fizik muayenelerinde sağırılık dışında anormal bulgusu olmayan olguların odiyolojik muayenelerinde bilateral sensörinöral işitme kaybı olduğu öğrenildi. Laboratuvar değerlendirmeleri normal olan olguların 6 yaşındakinin EKG'sinde QTc'si;458 msn, 8 yaşındakinin ise QTc'si; 464 msn olarak saptandı. Holter EKG değerlendirmesinde 1.ci

hastalanın QTc'sinin %80'i >450msn, diğerinin ise %92'i >450msn olduğu saptandı.

Tartışma-Sonuç:

Ülkemizde akraba evliliğinin de sık olması nedeni ile otozomal resesif de geçebilen UQTS önlenabilir ani ölüm nedenleri içinde sıkça hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uzun QT sendromu, sağırılık, ventriküler aritmiler, ani ölüm



Resim 1.Uzun QT sendromlu iki kız kardeşin soyağacı. Anne ve baba kuzen evliliği ve ilk çocukları hastalarımızla aynı klinik tablodan exitus olmuştur.

PB-230

BİKÜSPİT AORT KAPAĞI OLAN BİR OLGUDA DIŞ APSESİ SONRASI MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ EMBOLİSİ VE ARTRİT

ŞEREF OLGAR, AHMET KÖSE, MUHAMMED UDURGÜCÜ, MEHMET DAVUTOĞLU, FUAT ÖZKAN, CENGİZ DİLBER

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , KAHRAMAN MARAŞ

Giriş:

Biküspid aortik kapak (BAK), toplumun % 0.5-2 etkileyen yaygın konjenital bir hastalık olup aortik kapak endokarditinin sinsi ciddi bir nedenini oluşturmaktadır. Burada dış enfeksiyonundan sonra aortik kapak endokarditine bağlı santral sinir sistemi semptomları ve artrit gelişen bir olgu sunularak BAK'ta koruyucu tedaviye dikkat çekilmiştir.

Olgu:

BAK tanısı ile izlenmekte olan 12 yaşında hasta bir hafta önce başlayan yanak şişliğinden sonra belirginleşen ateş, kol-bacak ağrısı, ense ağrısı, burun kanaması, uykusunda acayip horultular çıkarma ve bu sırada ağzından köpük gelmesi şikayeti ile götürüldüğü merkezde konvülsiyon geçirmesi ve şuurunun kapalı olması nedeniyle merkezimize yönlendirildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinci bulanık,

dizartrik konuşan hastanın; ateşi 38,5 derece, nabızı 175/dk ritmik tespit edildi. Yüzünün sol tarafında santral fasiyal paralizi bulguları mevcuttu. Solunumu rahat, solunum sesleri doğal saptandı. Karaciğer ve dalağı 2 cm palpabl olan hastanın spontan babinski pozitifliği, sol alt ve üst ekstremitede artmış derin tendon refleksleri ve sol hemiparezi saptandı. EKO'da aortik kapağın aortik yüzünde belirgin hiperekojen vegetasyon saptanan hastanın (Resim-1)magnetik rezonans incelemesinde multiembolik enfarkt alanları saptandı. (Resim-2). Antibiyoterapi uygulanan hastanın kan kültüründe staf. Epidermitis üremesi saptandı. Antibiyoterapi ile izleminde monoartrit gelişen hasta genel durumunun iyileşmesi ve nörolojik sekellerin azalması nedeniyle taburcu edilerek izleme alındı.

Tartışma:

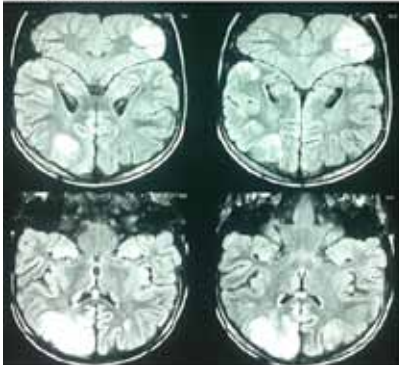
Enfektif endokardit uygun tedaviye rağmen ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Bu yüksek mortaliteye özellikle embolik olaylar neden olmaktadır. Olguların %20-43'ünde ortaya çıkan septik emboliler, en sık kalp dışı organlar olmak üzere, %60 oranında santral sinir sistemine (MSS) olmaktadır. Olgumuzda da EE'ye sekonder MSS semptomları geliştiğinden ağız ve diş hijyeninin öğretilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: BAK,endokardit,septik emboli

Resim-1.Büyük aort kapağının süperiorunda ekokardiyografik vegetasyon görülmüştür.



Resim-2.Aort kapak endokarditis ile ilişkili multi sistem embolik enfarkt alanları magnetik rezonans görüntülenmiştir.



TRANSKATETER ASD KAPATILAN HASTADA TROMBÜS GELİŞİMİNİN NADİR BİR NEDENİ: HOMOSİSTEİNEMİ

İBRAHİM CANSARAN TANIDIR ¹, ALPER GÜZELTAŞ ¹, DEMET SOYSAL ², SERTAÇ HAYDİN ¹, HASAN TAHSİN TOLA ¹, ENDER ÖDEMiŞ ¹

¹MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRM HASTANESİ, İSTANBUL

²İSTANBUL BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş ve Amaç:

Transkateter atrial septal defekt (ASD) kapatılması cerrahi tedaviye alternatif olmuş ve girişimsel kardiyologlar tarafından başarı ile uygulanmaktadır. Transkateter ASD kapatılmasının komplikasyonları nadir olmakla birlikte geliştiğinde ciddi sonuçlara neden olabilir. Burada transkateter ASD kapatılması sonrasında cihaz üzerinde gelişen tromboz ve inme olgusu sunuldu. Hastada yapılan tetkikler sonrasında homosisteinemi saptandı.

Olgu:

16 yaşında kız hasta transkateter ASD kapatılmasından 3 ay sonra okulda CRP gerektiren bayılması olması nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Geliş muayenesinde bilinç bulanıklığı ve sol hemiparazisi saptanan hastanın Glaskow Koma Skalası 6 saptandı. Transtorasik ekokardiyografisinde yaklaşık 3 cm genişliğinde fibrinli efüzyon saptandı. Transözefageal ekokardiyografisinde de efüzyona ilaveten ASD cihazının sol atrial disk tarafında 9*7 mm. büyüklüğünde trombüs saptandı. (Şekil-1) Efüzyon cerrahi olarak drene edildi. Hastanın anamnezinden işlemiden itibaren uygun dozda asetilsalisilik asit kullandığı öğrenildi. Takibinde TEE’da sol atrial trombüsün sebat etmesi ve perikardiyal drenden kanamanın olması üzerine hasta ameliyata alınıp ASD cihazı çıkartıldı. Cihaz üzerinde kronik trombüs formasyonu saptandı. (Şekil-2). Hastanın klinik takibinde hemipleji geriledi ve kayboldu. Her ne kadar senkopun nedeni sol atrial disk üzerinde oluşan trombüsa bağlı olsa da hastadan gönderilen hereditör trombofili taramasında hiperhomosisteinemi saptandı. Hastanın klinik bulguları folik asit ve vitamin B12 tedavisi ile geriledi. Motor sekeli kalmayan hastada halen konuşma bozukluğu devam etmektedir.



Sonuç ve Yorum

Krumsdorf ve arkadaşları transkateter ASD ve PFO kapatılması yapılan 1000 hastanın takip TEE'lerinde 20 hastada trombüs saptamışlardır. Bu trombüslerin hiç biri TEE öncesi yapılan transtorasik ekokardiyografide saptanamamıştır.

Nadir de olsa transkateter ASD kapatılması sonrasında tromboembolik olaylar görülebilir. Bu hastalarda altta yatan tromboz varlığı araştırılmalıdır. Bilinen trombotik eğilimi olan hastalarda kapatma sonrası kombine antikoagulan tedavi tercih edilmesi ya da cerrahi seçeneğin değerlendirilmesi düşünülmelidir.

PB-232

HİPEREZOİNOFİLİK SENDROMDA KARDİYAK GÖRÜNTÜLEMENİN ÖNEMİ

ÖZLEM TURAN, MURAT ÇİFTEL, AYŞE ŞİMŞEK, FIRAT KARDELEN, GAYAZ AKÇURİN, HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

Amaç:

Hipereozinofilik sendrom tanımı açıklanamayan hipereozinofili ve organ tutulumu ile seyreden bir grup heterojen hastalık için kullanılmaktadır. Periferde ve kemik iliğinde eozinofilinin varlığı ile birlikte çeşitli organların matür lenfositler tarafından infiltrasyonu görülmektedir. Bu yazıda, kardiyak tutulumun önemi vurgulanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Farklı klinik bulgularla hastanemize başvuran ve izlemde kardiyak tutulum gözlenen 2 erkek olgu sunulmuştur.

Bulgular:

OLGU 1: 9 yaşında erkek hasta ateş yüksekliği, halsizlik ve boyunda şişlik şikayetleri ile

başvurdu. Hastanın fizik bakışında sol submandibuler bölgede lenfadenopatisi dışında patolojik bulgu gözlenmedi. Yapılan laboratuvar incelemesinde Hb. 13,2 g/dl , Lökosit: 65.450 /mm³, eozinofil: 37.000 /mm³ (%75) saptandı. Hastanın periferik yaymasında hipereozinofili saptanırken, blast görülmedi. Yapılan kemik iliği biopsisi ve sitogenetik tarama sonrası malignite ve diğer olası tanılar ekarte edildi. İdiopatik hipereozinofilik sendrom tanısı ile izlenen hastanın EKG si normal olarak değerlendirildi. Yapılan ekokardiografisinde ve magnetik rezonans görüntülemelerde trikuspit kapak non-septal leflet komşuluğunda sağ ventrikül duvar kalınlığında artış saptandı. Tedavi ile laboratuvar ve kardiyak bulgularında düzelme saptanan olguya magnetik görüntüleme gerekli görülmedi. Olgu antiagregan dozda asetilsalisilik asit tedavisi ile izlenmektedir.

OLGU 2: 10 yaşında erkek hasta ateş yüksekliği, eklemlerde ağrı, karın ağrısı ve mide bulantısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde hepatomegali dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 10, 6 g/dl, Lökosit: 126.200 /mm³, eozinofil: 77,960 /mm³ (%62) saptandı. Hastaya yapılan kemik iliği ve radyolojik incelemeleri sonucunda akut lenfoblastik lösemi tanısı konularak tedavisi başlandı. Hastanın EKG sinde ST çökmesi ve T dalga negatifliği saptandı. Yapılan ekokardiografik ve magnetik rezonans görüntülemeler ile mitral kapak non-septal leflet komşuluğunda daha belirgin olan sol ventrikül duvar kalınlığında artış ve 2. derece mitral yetmezlik saptandı(şekil 1-2). Tedaviye olumlu yanıt alınan olgu antiagregan dozda asetilsalisilik asit tedavisi ile izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Hipereozinofilik sendrom, farklı etyolojilerin sebep olabileceği bir tablodur. Kardiyak tutulum yüksek oranda görülebilmekte ve hastalığın seyrini etkilemektedir. Bu yazıda hipereozinofili ile başvuran hastalarda ekokardiografik ve gerekli durumlarda magnetik rezonans ile görüntülemenin önemi vurgulanmak istenmiştir.

PB-233

ÇOCUKLARDA DİLATE KARDİYOMİYOPATİYE BAĞLI KALP YETERSİZLİĞİNİN TANI VE YÖNETİMİNDE NT-PROBNP' NİN ROLÜ

NAZMİ NARİN, ALİ BAYKAN, BARNA SAYGIN, ABDULLAH ÖZYURT, SADETTİN SEZER, GÖKMEN ZARARSIZ, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

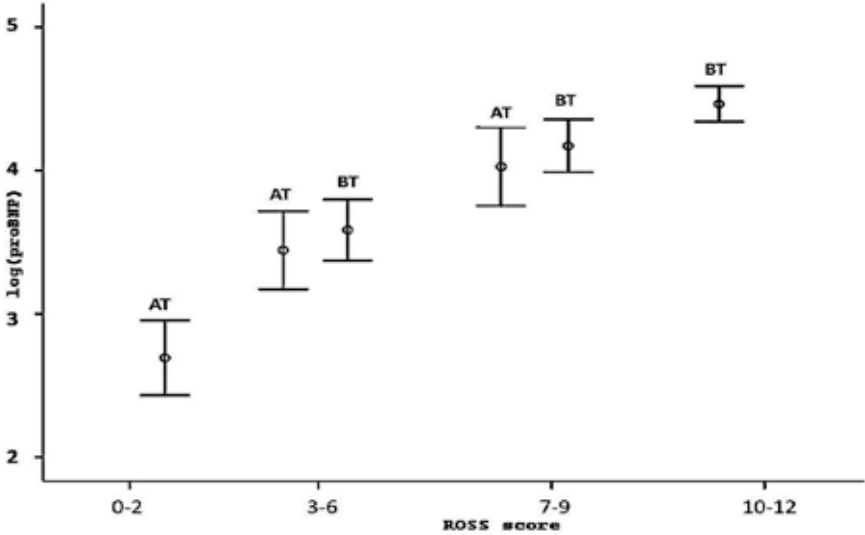
Amaç:

NT-ProBNP, daha çok ventrikül myositlerinde depolanan, myokard hasarı veya ventrikül volüm ve basınç yüklenmesiyle kana salınan bir nörohormondur. Son dönemde natriüretik peptidlerin, çocuk ve yetişkinlerde kalp yetersizliğinin tanısında, şiddetini tahmin etmede ve takibinde kullanılabileceği gösterilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Prospektif çalışmaya 37 kontrol (1 ay-14 yaş) ve akut konjestif kalp yetersizliği bulgularıyla başvuran ve dilate kardiyomiopati (DKMP) tanısı alan 22 hasta (1 ay-14 yaş) dahil edildi. Renal, hepatik ve akciğer hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Kalp yetersizliğinin derecesini belirlemede Ross skoru kullanıldı. Tüm hastaların takip ve tedavisi yatırılarak yapıldı. Hastalardan ilk gün ve antikonjestif tedavinin yedinci gününde NT-proBNP düzeyleri için kan alındı, ekokardiyografik inceleme ve Ross skorlaması yapıldı.

Bulgular:



Hastalar tedavi öncesinde ve sonrasında Ross skorlaması yapılarak kalp yetersizliğinin derecesine göre 4 gruba ayrıldı. Kalp yetersizliğinin derecesi ile NT-ProBNP düzeyleri arasında çok güçlü bir ilişki saptandı ($p<0.001$). Ross grupları ile ekokardiyografik veriler (EF, FS, LVMl, LVEDD) ve kardiyotorasik oran arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmadı. Tedavi sonrası tamamen asemptomatik olan hastaların NT-ProBNP düzeyleri kontrol grubunkilerden anlamlı yüksek saptandı. Tedavi öncesi ve sonrası hasta grubunda NT-ProBNP için cut-off değeri 174.3 pg/ml belirlendi. NT-ProBNP düzeyleriyle yaş ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki belirlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

NT-ProBNP, DKMP' ye bağlı gelişen akut konjestif kalp yetersizliğinin şiddetini belirlemede oldukça duyarlıdır. DKMP' ye bağlı kalp yetersizliğinin derecelendirmesinde ve tedavi izleminde ekokardiyografiye alternatif ve kolay bir metot olarak kullanılabilir.

ALAGİLLE SENDROMLU OLGUDA SOL PULMONER ARTER DARLIĞINA CUTTING BALON ANJİOPLASTİ VE STENT YERLEŞTİRİLMESİ

ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, SADETTİN SEZER, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

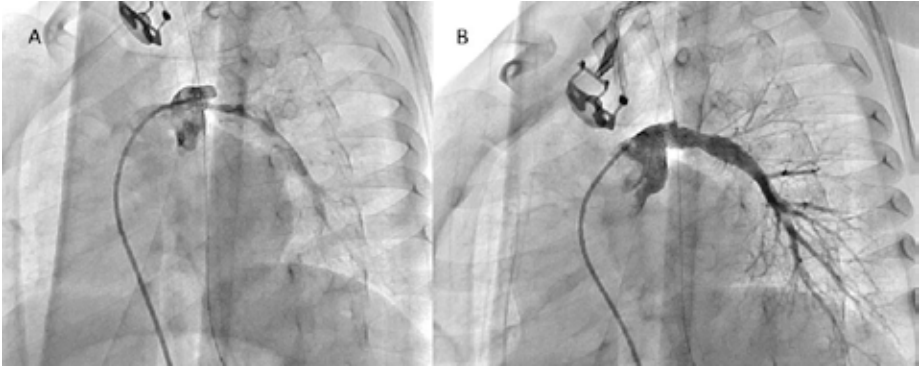
Alagille sendromu (arteriohepatik displazi) intrahepatik safra kanallı azlığının en sık nedenidir ve kardiovasküler anomaliler içerisinde genellikle periferik pulmoner stenoz ve bazen de Fallot Tetralojisi eşlik etmektedir. Periferik pulmoner stenoza cutting balon anjioplastisini takiben stent uygulanan Alagille sendromlu hastayı bildirmek istedik.

Olgu:

Yenidoğan döneminde direkt bilirübinemi nedeniyle tetkik edilmekte iken, belirgin alın, göz kürelerinin derinde yerleşmesi, küçük ve sivri çene, semer burunu içeren sendromik görünümü nedeniyle Alagille sendromu tanısı aldı.

Sol periferik pulmoner stenoz tanısı ile takip edilmekte iken 4,5 yaşında, darlık gradiyentinde artış olması (50 mmHg) nedeniyle yapılan anjiyografide sol pulmoner arterde 22 mm uzunluğunda diffüz, belirgin darlık görüntülendi. 8 mm x 24 mm cutting balon ile darlık alanına iki defa anjioplasti işlemi uygulandı. Daha sonra 7 mm x 24 mm stent darlık alanına yerleştirildi. İşlem sonrası anjiyografide darlık bölgesinin düzeldiği ve kontrast geçişinin rahatladığı gözlemlendi. İşlem sonrası kontrollerinde stent düzeyinde sadece 14 mmHg gradient saptandı.

Bulgular:



A:Cutting balon ve stent öncesi Sol pulmoner arterde darlık B: Stent sonrası kontrol pulmoner anjiyografi

Tartışma ve Sonuç:

Yenidoğan döneminde Alagille sendromu tanısı alan sol periferik pulmoner stenoza cutting balon anjioplasti uygulamasını takiben başarılı stent yerleştirme işlemi gerçekleştirdiğimiz hastayı sunduk.

PB-235

RESTRIKTİF KARDİYOMİYOPATİ VE BUNA BAĞLI PROTEİN KAYBETTİREN ENTEROPATİNİN KALP TRANSPLANTASYONU VE ORAL BUDESONİD İLE TEDAVİ EDİLMESİ: OLGU SUNUMU

İLKAY ERDOĞAN, BİRGÜL VARAN, AYL A OKTAY, ALPER GÜRSU, ATILLA SEZGİN, MURAT ÖZKAN, SAİT AŞLAMACI, FİGEN ÖZÇAY

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ , ANKARA

Amaç:

Protein kaybettiren enteropati (PKE) serum proteinlerinin gastrointestinal sistemden kaybıdır. Hastalığın etiyo lojisi bilinmemektedir. Literatürde bizim rastlamamış olduğumuz restriktif kardiyomiyopatiye bağlı ortaya çıkan ve budesonid ile kontrol altına alındıktan sonra kalp transplantasyonu ile tedavi edilmiş olan PKE tanılı bir vaka sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Vücudunda şişlik şikayetiyle 4.5 yaşındayken doğumsal karaciğer fibrozisi tanısı konulan hasta tedaviye yanıt alınamadığından merkezimize başvurdu. Merkezimizde yapılan tetkikler sonucunda restriktif kardiyomiyopatiye bağlı hepatomegali tanısı konularak izleme alındı. Tanıdan 3.5 yıl sonra ödem ve asit miktarında belirgin artış olması nedeniyle tekrar başvuran hastanın serum albümin düzeyi 2.6 gr/dl bulundu ve buna sebep olabilecek karaciğer ve böbrek hastalıkları dışlandıktan sonra PKE tanısı konuldu.

Bulgular:

Budesonid 9 mg/gün dozda tedavi başladıktan sonraki 3. haftada ödemlerin kaybolduğu fark edildi ve serum albümin düzeyi artmaya başladı (3.4 gr/dl). Tedavinin üçüncü ayında kalp transplantasyonu uygulandı. Transplantasyon sonrası hastanın ödeminin olması ve serum albümin düzeylerinin düşmesi nedeniyle budesonid tekrar başlandı. Serum albümin düzeyinin bir ay içerisinde hızla artması ve hastanın ödeminin kaybolması nedeniyle budesonid kesildi. Transplantasyon sonrası dokuz aylık izlemde serum albümin düzeyi düşmedi, seri endomiyokardiyal biyopsilerde rejeksiyon saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

PKE tüm sağ kalp patolojileri gibi restriktif kardiyomiyopatinin klinik seyrinde ortaya çıkabilir ve budesonid ile etkili bir şekilde kontrol altına alınabilir ve kalp transplantasyonu ile de kalıcı olarak tedavi edilebilir.

PB-236

DOĞUMSAL KALP HASTALIKLI ÇOCUKLARDA ANJİOGRAFİ İLE SAPTANAN ARKUS AORTA VE DALLARI ÇIKIŞ MODELLERİ

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Doğumsal kalp hastalıklı çocuklarda, arkus aorta ve buradan çıkan büyük arterlerin anatomisinin bilinmesi bu alanda çalışan cerrahların rahat çalışmasını sağlayabilir

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2004 ve Aralık 2011 tarihleri arasında anjiyografi yapılan doğumsal kalp hastalıklı çocuklarınsineanjiyografikkayıtlarıretrospektifolarakdeğerlendirildi. Sineanjiyografilerde aortik arkı görülebilenler arkus aorta açısından tekrar değerlendirildi

Bulgular:

Bu dönemde yapılan 1816 anjiyografide, arkus aortası görülen 661 hasta çalışmaya dahil edildi. Yirmi bir tip farklı aortik ark tespit edildi. Tip I'den XXI'e sıralama sıklık sırasına göre yapıldı. Tip I (476 hasta, %72) ve tip II (94 hasta, %14) en sık görülenleri oluşturdu. Tip I'de klasik olarak aortadan üç damar dallanmaktaydı, bunlar sırasıyla; ilk dal brakiosefalik, ikinci sol ana karotis, ve üçüncü dal ise sol subklavyen arter şeklindeydi. Tip II'de aortadan 2 damar ayrılmaktaydı, bunlar sırasıyla; ilk dal sağ subklavyen ile sağ ve sol ana karotislerin ortak trunkal damarı ile ikinci dal ise sol subklavyen şeklindeydi

Tartışma ve Sonuç:

Doğumsal kalp hastalıklı çocuklarda arkus aortanın dallanma modelleri çok fazla çeşitlilik göstermektedir. Bu değişkenlikler genelde asemptomatik olmasına rağmen cerrahi sırasında yanlış yorumlamalara ve bazı komplikasyonlara sebep verebilir. Klinik pratikte damarsal değişkenliğin bilinmesi veya buna karşı dikkatli olunması bazı tanısal işlemlerde veya cerrahi girişimlerin planlanmasında dikkat edilmesi gerekebilir.

ADÖLESAN DÖNEMİNDE AKUT HEMORAJİK İNME İLE PREZENTE OLAN AORT KOARKTASYONLU İKİ OLGU

ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Aort koarktasyonu (AK) tipik olarak proksimal torasik aortanın diskret stenozudur ve sekonder hipertansiyon nedenlerindendir. Çocuklarda hipertansiyon ilişkili inme ayırıcı tanısında klinisyen AK ihtimalini özellikle düşünmelidir. Burada beyin kanaması ile prezente olan iki AK'lı adölesan olguyu sunuyoruz.

Olgu 1

15 yaşındaki erkek, ani gelişen bilinç kaybı, kusma ve nöbet nedeniyle acile başvurdu. Hastanın 5 yıldır hipertansiyon nedeni ile anjiotensin konverting enzim inhibitörü kullandığı öğrenildi. Bilinci kapalı olan hastanın, 2°/6 sistolik üfürümü, ciddi hipertansiyonu, sağ kol TA bacağa kıyasla 50 mmHg yüksekliği ve femoral nabazanların palpe edilememesi dikkat çekti. Ekokardiyografi ciddi sol ventrikül hipertrofisi ve AK'yı gösterdi. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) ponsta hemoraji ile uyumlu hiperdens görünümü gösterdi. Anjiyografide diskret AK ve burada 80 mmHg gradient saptandı. Serebral anjiyografi basiller arterde ciddi vasospasmi gösterirken, mikroanevrizma izlenmedi. AK'ya balon anjioplasti sonrası gradient 35 mmHg'ya geriledi. Ancak hasta 2 gün sonra kaybedildi.

Olgu 2

Daha önce sağlıklı olan, 14 yaşında erkek acil servise ani bilinç kaybı, kusma ve nöbet nedeniyle getirildi. AK'yı düşündüren muayene bulguları bu hastada da mevcuttu. Ekokardiyografide ciddi sol ventrikül hipertrofisi ve koarktasyon alanında 90 mmHg gradient saptandı. BT sağ serebral hemisferde geniş kanama alanını gösterdi. Anjiyografide AK'ya balon anjioplasti yapıldı. İşlem öncesi 97 mmHg olan gradient 34 mmHg'ya geriledi. Bu hasta ciddi beyin kanamasına sekonder sol hemiparezi sekeliyle iyileşti.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklarda yılda bir kere kan basıncı ölçümü rutin fizik muayenenin bir parçası olmalıdır ve hipertansiyon saptandığında sekonder nedenlerin araştırılması gerekir. AK tanı konulduğunda transkateter ya da cerrahi ile başarılı olarak tedavi edilebilen, ancak tanı konulmayan veya ilaçla tedavi edilmeye çalışılan vakalarda ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir hastalıktır. Olgu sunumu ile çocuklarda tansiyon ölçümünün önemi AK'nın tedavisinin transkateter veya cerrahi olarak yapılması gerektiğini vurgulamak istedik.

SCIMITAR SENDROMU: TEKRARLAYAN PNÖMONİ VE BÜYÜME GERİLİĞİ OLAN OLGU

MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, ALİ BAYKAN, SADETTİN SEZER, ERTUĞRUL MAVİLİ, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Scimitar sendromu pulmoner arter hipoplazisi ile akciğer hipoplazisinin birlikte olduğu ve sağ pulmoner venlerin inferior vena kavaya drenajı ile karakterize nadir konjenital kardiyopulmoner malformasyondur. Biz tekrarlayan pnömoni ve büyüme geriliği ile prezente olan 6 aylık infantı sunuyoruz.

Olgu:

6 aylık kız olgu solunum sıkıntısı nedeniyle hastaneye kabul edildi. Doğum ağırlığı 3100 g olan hasta daha önce alt solunum yolları infeksiyonu nedeniyle iki defa hastanede yatmış. Fizik muayenesinde VI: 38 °C, kan basıncı 75/40 mmHg, oksijen saturasyonu % 98, vücut ağırlığı 4,3 kg, takipneik, taşikardik ve subkostal retraksiyonu vardı. Oskültasyonda sağ akciğerde azalmış solunum sesleri ve her iki akciğerde wheezing ve kreptan ral duyuldu. Kardiyovasküler muayenesinde kalp ritmi düzenliydi, üfürüm duyulmadı.

Göğüs grafisi sağ akciğerin hipoplazisini ve sağ hemitoraksta parsiyel opasifikasyonu gösterdi. Ekokardiyografide sağ atrium ve sağ ventriküler dilatasyon, küçük atrial septal defekt mevcuttu. Multi-slice bilgisayarlı tomografi sağ pulmoner arterin ve sağ akciğerin hipoplazik olduğunu, sağ akciğerden anormal pulmoner venöz drenajın scimitar veni aracılığı ile infradiaphragmatik olarak inferior vena kavaya drenajını gösterdi (resim 1). Hastanın mevcut akciğer infeksiyonu antibiyotik tedavilerine rağmen kontrol edilemedi. Solunum sıkıntısı izlemde artan ve mekanik ventilatör desteğine ihtiyacı olan hastanın cerrahisi yapılmadan, tüm destek tedavilerine rağmen kaybedildi.

Bulgular:

Tartışma ve Sonuç:

Tekrarlayan pnömoni ve sağ akciğer hipoplazisi tespit edildiğinde Scimitar sendromu ihtimali düşünülerek erken dönemde tanısı konulmalıdır. Çünkü Scimitar sendromu tanısında gecikme infant döneminde kalp yetersizliği ve pulmoner hipertansiyona neden olabilmektedir. Bizim olguda olduğu gibi gecikmiş vakalarda enfeksiyon daha ağır seyreterek mortaliteye neden olabilmektedir.

PB-239

KONJENİTAL KALP CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN ŞİLOTORAKSTA OKTREOTİD KULLANIMI

MURAT MUHTAR YILMAZER, ROJAN İPEK, GÖKHAN BAYSOY, ÜNAL ULUCA, İLHAN TAN, ALİ GÜNEŞ

DİCLE UNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, DİYARBAKIR

Amaç:

Konjenital kalp cerrahisi sonrası gelişen şilotoraks genellikle ciddi ve yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Prevalansı daha önceleri %1 civarındayken, cerrahi metodların gelişmesi ve palyatif prosedürlerin sık olarak uygulanması neticesinde %2.5'u geçmiştir. Biz burada konjenital kalp cerrahisi sonrası şilotoraks gelişen ve oktreotid ile tedavi edilebilen 2 vakayı sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Vaka 1: Beş yaşında erkek hasta, Fallot tetralojisi tanısıyla total düzeltme yapıldıktan 1 ay sonra solunum sıkıntısı nedeniyle dış merkezde görülmüş ve plevral efüzyon nedeniyle toraks tüpü takılarak ileri tedavi için kliniğimize sevk edilmiş. Hastanın toraks dreninden gelen mayinin lipemik olduğunun görülmesi üzerine mayiden trigliserit düzeyi çalışıldı ve 462 mg/dl bulundu. Hastaya şilotoraks tanısı konarak oral beslenmesi kesildi ve total parenteral beslenmeye geçildi. Hastanın takibinde şilöz mayide azalma olmayınca tedaviye 1mcg/kg/saat dozundan oktreotid infüzyonu eklendi. İnfüzyona başladıktan sonra şilöz mayi drenajında belirgin bir azalma gözlemlendi ve infüzyonun 4. gününde drenaj tamamen kesildi.

Bulgular:

Vaka 2: 10 aylıkken Glenn şant operasyonu yapılan 14 aylık erkek hasta, başvurudan 3 ay önce, post-operatif 1.ayda, plevral efüzyon tanısıyla Göğüs Cerrahisi'nde göğüs tüpü takılarak izlenmiş, kliniği düzelince 17. günde taburcu edilmiş. Hasta 10 gündür olan solunum sıkıntısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Akciğer grafisinde plevral efüzyon saptanan hastaya tekrar göğüs tüpü takıldı, gelen mayi şilöz özellikler taşıdığından oral beslenmesi kesilerek parenteral beslenme başlandı. Yatışının 5. gününde şilöz mayide

azalma olmasına rağmen drenajı devam eden hastaya yatışının 10. gününde octreotid infüzyonu başlandı. Bu tedavinin 2. gününden itibaren şilöz mayı azaldı ve 9. günde tamamen kesildi. Oktreotid infüzyonu 10. günde kesildi.

Tartışma ve Sonuç:

Post-operatif şilotoraksta uygulanan konservatif tedaviler (TPN, düşük yağ içeren diet vs..) hastaların önemli bir kısmında yetersiz kalmaktadır. Oktreotid ise bir somatostatin analogu olup şilöz mayinin hızlı bir şekilde gerilemesini sağlar. Henüz küçük vaka serileri bildirilmesine rağmen hayatı tehdit eden bir komplikasyon olan şilotoraks tedavisinde son yıllarda etkin bir rol oynamaya başlamıştır.

PB-240

PULMONER TROMBOEMBOLİYE BAĞLI PULMONER HİPERTANSİYONUN AMLODİPİN İLE TEDAVİSİ

İ. İLKER ÇETİN¹, FİLİZ EKİCİ¹, NEŞE YARALI¹, KANAT ÖZİŞİK², ABDULLAH KOCABAŞ¹, M. EMRE ARI¹, İKBAL BOZKAYA¹, BAHATTİN TUNÇ¹

¹ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

²ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

Pulmoner tromboemboli sonrasında gelişen akut pulmoner hipertansiyonda tedavi yaklaşımı genellikle trombolitik tedavi ve/veya embolektomi iken, kronik pulmoner hipertansiyonda antikoagülan tedavi ve/veya tromboendardektomi olmaktadır. Burada pulmoner tromboemboliye bağlı pulmoner hipertansiyon gelişen ve amlodipin ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Bulgular:

Temmuz 2011'de 16 yaşında erkek hastaya periferik kandan sitogenetik çalışma ile T hücreli ALL tanısı konularak TR ALL - BFM 2000 yüksek risk kemoterapi protokolü başlandı. Tedavi başladıktan 2 ay sonra, hastanın sol antekubital vende periferik kateteri olduğu dönemde, sol kol medial bölümünde kızarıklık olması nedeniyle sol üst ekstremité renkli Doppler ultrasonografisi çekildiğinde sol vena jugularis interna orta ve distal kesiminde, brakiosefalik bileşke düzeyinde, subklavian, aksiller, brakial ve basalik venlerde lümen içi ekojenite artışı, damar kalibrasyonlarında artış ve yer yer zayıf akım oluştuğu, yer yer rekanalize subakut süreçte tromboz olduğu görüldü. Bu dönemde yapılan ekokardiyografi normal idi. Tromboz paneli gönderilen hastada protein C ve S aktiviteleri düşük olarak (sırasıyla % 21 ve % 47, normal değerler sırasıyla % 60-140 ve % 60-150) bulundu. Ancak tromboz esnasında da düşük olabileceğinden

6 ay sonra kontrolü planlandı. Tromboz panelinde yer alan diğer parametreler normal idi. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin (Clexane, 100 U/kg, 2x, SC) tedavisi başlandı. Clexane tedavisi başladıktan 2 ay sonra nefes darlığı şikayeti olan hastanın ekokardiyografisinde sağ kalp boşluklarının genişlediği, 1-2.derece triküspit yetersizliği akım hızından (3.5 m/sn) sağ ventrikül sistolik basıncının 54 mmHg olduğu, 1.derece pulmoner yetersizliği akım hızından (2.6 m/sn) hesaplanan ortalama pulmoner arter basıncının 27 mmHg olduğu ve hastada pulmoner hipertansiyon geliştiği görüldü. Clexane tedavisine devam edilen hastaya ilk etapta nazal oksijen (2 l/dk), furosemid (1 mg/kg/gün, 1x, PO) ve amlodipin (0.1 mg/kg/gün, 1x, PO) tedavileri başlandı. Pulmoner tromboemboli ön tanısı ile yapılan pulmoner ventilasyon-perfüzyon sintigrafisinde ventilasyon-perfüzyon uyumsuzluğu saptanan hastada, tromboembolinin proksimal yada distal olup olmadığının belirlenmesi amacıyla çekilen pulmoner BT anjiyografide sağ ana pulmoner arter distalinde tüm lobar dallara ve sol alt lobar daldan tüm segmenter dallara uzanan, bilateral parsiyel geçişin görüldüğü trombüs tespit edildi (Resim 1 ve 2). Fonksiyonel kapasitesi NYHA sınıf I, tam kan sayımında hemoglobin: 10.1 g/dl, beyaz küre: 1800/mm³, trombosit: 44000/mm³ olan, medikal tedavi ile 1 hafta sonra sağ ventrikül bulguları normale dönen hastada cerrahi konseyde medikal tedaviye devam edilmesi kararı alındı ve hastanın kemoterapisine kalındığı yerden devam edildi. Hasta T cell ALL tanısı konulduktan 5 ay sonra (Clexane tedavisi başladıktan 3 ay sonra) nötropenik sepsis nedeniyle kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Pulmoner vasküler reaktivitesi olan pulmoner hipertansiyonlu hastaların kalsiyum kanal blokerleri ile konvansiyonel tedavisinin mümkün olduğu bilinmektedir. Bu olgu ile invazif girişimlerin riskli olduğu hastalarda pulmoner hipertansiyonun amlodipin ile tedavi edilebileceği vurgulanmak istenmiştir.

PB-241

ANNE VE BEBEĞİNDE BİRLİKTE SAPTANAN HOLT-ORAM SENDROMU

MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, ALİ BAYKAN, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Holt-Oram sendromu ilk kez 1960 yılında Mary Holt ve Samuel Oram tarafından tanımlanmıştır. Ekstremit ve kardiyak anomalilerle seyreden Holt-Oram sendromu, spontan mutasyonlarla ortaya çıkabileceği gibi genetik geçişi nedeniyle bu mutasyonu taşıyan ebeveynlerin çocuklarında da görülebilir. Holt-Oram sendromlu bir annenin bebeğinde de saptanan hastalık, nadir olması sebebiyle sunulmuştur.

Olgu:

İntrauterin takiplerinde kardiyak anomali şüphesi ile ünitemize refere edilen ve postnatal birinci gününde ekokardiyografik incelemesi yapılan hastada tek atriyum yapısında geniş ASD, 7 mm çapında geniş muskuler VSD belirlendi. Fizik muayenesinde sol kolda radial deviasyon, radius kısalığı, araknodaktili saptandı. Tam düzeltme cerrahisi planlanan hastaya 3 aylıkken anjiyoakardiyografi sonrası pulmoner hipertansiyonunu engellemeye yönelik pulmoner banding ameliyatı yapıldı. Soygeçmişinde annesinin 24 yaşındayken nefes darlığı, çarpıntı ve bayılma yakınması nedeniyle başvurduğu bir klinikte ASD tanısı aldığı ve defektin transkateter kapatıldığı öğrenildi. Annenin sol ön kolu, radiusta belirgin hipoplaziye bağlı deforme görünümdeydi. Holt-Oram sendromu düşünülen anne ve bebeğinden moleküler genetik çalışma için kan örneği gönderildi.

Bulgular:**Tartışma ve Sonuç:**

Özellikle ön kolda radius hipoplazisine bağlı deformitesi olan bir hasta ile karşılaşıldığında, eşlik edebilecek kardiyak anomaliler açısından ekokardiyografik incelemenin yapılması gereklidir. Holt-Oram sendromunda prognozu kardiyak defektin boyutu ve operasyonun başarısı belirlemektedir. Anne ve bebeğinde birlikte tanısı konulan bu nadir sendrom sunularak hastalığın kardiyak birlikteliğine dikkat çekilmiştir.

NAXOS HASTALIĞI: DÖRT OLGULUK BİR SERİ

ALİ BAYKAN, NAZMİ NARİN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Naxos hastalığı aritmojenik sağ ventrikül displazisi, yünsü saç, palmoplantar keratoderma ile karakterize nadir kardiokutanöz otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. 1986 yılında Protonotarios ve ark. tarafından raporlanmıştır. Biz kliniğimizde tanı alan dört Naxos olgusunun klinik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Olgular:

13 yaşında senkop nedeniyle kliniğimize başvuran olgunun muayenesinde taşikardi, hepatomegali, el ve ayaklarda keratoderma ve saçın yünsü görünümü mevcuttu. Ekokardiyografi sağ atrium ve sağ ventrikülde dilatasyon, sağ ventrikülde trombüs ve triküspid kapakta yetersizliğin varlığını gösterdi. Genetik değerlendirmede hastada ve erkek kardeşinde homozigot, ebeveynlerinde ise heterozigot plakoglobin mutasyonu saptandı. Hastanın erkek kardeşinde cilt ve saç bulguları mevcut olmasına rağmen (Resim) ekokardiyografik inceleme normaldi. Ancak 5 yıllık takip sırasında Holter kayıtlarında ventriküler ekstrasistol sıklığında artma ve non sustained VT atakları izlendi.

6 yaşında erkek hasta kalp yetmezliği kliniği ile başvurduğunda saçların yünsü görünümü, el-ayak cildinde keratoderma bulgularıyla Naxos sendromu tanısı aldı. 1 yıl sonrasında hastanın genel durumu kötüleşerek kliniğimize kabakulak enfeksiyonun ile getirildiğinde; ekokardiyografik incelemesinde sol ventrikülün içerisinde 3 cm. boyutunda trombüs ile uyumlu görünüm saptandı ve sol ventrikül fonksiyonu azalmış olarak bulundu. Kalp yetmezliği tablosu ağırlaşan kliniği kötüleşen olgu ertesi gün kaybedildi.

Psöriazis ön tanısıyla tedavi başlanmasına rağmen bulgulara düzelme olmayan 20 aylık kız olgunun el-ayakta keratoderması ve yünsü saç görünümü mevcuttu. Muayenesine kardiyak etkilenmeyi düşündürecek bulguya rastlanmadı. Elektrokardiyografi ve ekokardiyografik incelemeleri normal olarak raporlandı.

Bulgular:

Naxos hastalığında doğumda mevcut olan saç bulguları ile hayatın ilk yıllarında basınca maruz kalmaya bağlı olarak el ve ayaktaki keratoderma dikkat çekmektedir. Naxos sendromunda aritmojenik sağ ventrikül kardiomyopatisi, sağ ventrikül myokardında kayıp ve yerine fibröz-yağ dokusunun alması sonucu gelişen kötü prognozlu ve progressif bir durumdur. Ventriküler aritmi, kalp yetmezliği ve ani ölüm hastaların izleminde karşılaşılabilecek tablolardır.

Tartışma ve Sonuç:

Yünsü saç, el-ayakta keratozis varlığı olan olgularda; aritmojenik sağ ventrikül kardiomyopatisi açısından kardiyak değerlendirme yapılmalıdır. Naxos hastalarında kardiyak tutulum progressif olarak ağır seyrettiğinden yakın izlemi gerekmektedir. Olası aritmilere karşı önleyici medikal ve ICD tedavisi hayat kurtarıcı olabilmektedir.

PB-243**PULMONER VASKÜLER REZİSTANSI YÜKSEK GENİŞ VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKTİLİ HASTADA BOSENTAN TEDAVİSİ SONUCU VASKÜLER REZİSTANSTA DÜŞME VE BAŞARILI CERRAHİ KAPATMA: OLGU SUNUMU**

İRFAN OĞUZ ŞAHİN¹, MEHMET YENİTERZİ², HAŞİM OLGUN¹, ENDER ÖDEMİŞ², CANAN YOLCU¹, NACİ CEVİZ¹

¹ ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

² İSTANBUL MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Pulmoner hipertansiyon (PH) soldan sağa şantlı konjenital kalp hastalıklarında nadir görülen ancak ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan bir durumdur. Yakın zamanda geliştirilen tedaviler ile ameliyat şansını kullanabilen hastaların sayısı artmakta ve PH nedeniyle kaybedilen hasta sayısı azalmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu yazıda ventriküler septal defekte (VSD) bağlı bağlı ağır pulmoner hipertansif olup endotelin-1 reseptör antagonisti (bosentan) tedavisi sonrası başarıyla ameliyat edilen bir olgu sunuldu.

Bulgular:

Dokuz yaşında erkek hasta karın ağrısı nedeniyle başvurduğu merkezden üfürüm nedeniyle polikliniğimize yönlendirilmişti. Geldiğinde belirgin şikâyeti olmayan hastanın fizik incelemesinde vücut ağırlığı 10-25 persentil aralığında olup pektus karinatum ve sternum sol alt kenarda 2/6 pansistolik üfürüm dışında başka belirgin bulgusu yoktu. Göğüs radyografisinde kardiyotorasik indeks %53, pulmoner vaskülarite artmış ve pulmoner konus belirgin idi. Elektrokardiyografide sağ aks ve sağ ventrikül hipertrofisi bulguları mevcuttu. Ekokardiyografi ile santral musküler geniş ventriküler septal defekt (VSD) saptandı. Kardiyak kataterizasyonda ortalama pulmoner arter basıncı (OPAB) 87 mmHg, ortalama aort basıncı (OAB) 93 mmHg, Qp/Qs 1,45, Rp 12.11 WÜ, Rs 19.05 WÜ, Rp/Rs 0.63 saptandı. Oksijen inhalasyonu sonrası bu değerler sırasıyla 58, 67, 5.37, 2.46, 16.04, 0.15 olarak ölçüldü. Önemli derecede pulmoner hipertansiyonu olan hastanın pulmoner vaskülaritesi reaktif olmakla birlikte VSD'nin çok geniş olması, yaşının büyük olması nedeniyle 3 ay süre ile bosentan verildi. Üçüncü ay sonunda vücut ağırlığı 25. persentile ulaşan, efor kapasitesinde artış olan ve OPAB, OAB, Qp/Qs, Rp, Rs, Rp/Rs değerleri oksijen öncesinde 75, 84, 4.35, 5.88, 29.73, 0.19; oksijen sonrasında 68, 82, 9.92, 1.60, 20.51, 0.07 olarak ölçüldü. Düzeltici ameliyatı başarıyla tamamlanan hastanın ameliyat sonrasında da ciddi morbiditesi oluşmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Yakın zamana dek pulmoner hipertansiyon nedeniyle ameliyat şansını kullanamayan veya ameliyat ile ciddi morbidite ve mortaliteye uğrayan hastaların bosentan tedavisi ile bu konularda daha avantajlı bir konuma getirilebilecekleri düşünüldü.

İNVAZİV

PATENT DUKTUS ARTERİOZUSA BAĞLI PULMONER ARTERYEL ENDARTERİTİS GELİŞEN, MEDİKAL TEDAVİ SONRASI TRANSKATETER YOLLA KAPATIĞIMIZ OLGU SUNUMU

AHMET İRDEM, OSMAN BAŞPINAR, MEHMET KERVANCIOĞLU, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Patent duktus arteriyozusla (PDA) ilişkili infektif endarteritis gelişen ve medikal tedavi ile enfeksiyon ve vegetasyonun tamamen geçtiği görüldükten sonra, duktusunu transkateter yolla kapattığımız, yedi yaşındaki kız olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Patent duktus arteriyozus ve pulmoner arterdeki vegetasyonun tanısı EKO ile konuldu. İnfektif endokardit tanısı ise Modifiye Duke kriterlerine göre konuldu. PDA ise transkateter yolla kapatıldı.

Bulgular:

EKO’da sol kalp boşlukları genişti ve sistolik fonksiyonları azalmıştı (EF %52), mitral kapak kalın ve prolabe, 3.derece yetersizlik mevcuttu. Kısa aks incelemesinde pulmoner arterde kapak sonrası 3 adet vegetasyon, 3 mm genişliğindeki PDA saptandı. Ayrıca kalbin etrafını çepeçevre saran diastolde 21mm kalınlığında, diastolde sağ atriyumda kollaps oluşturan perikardiyal efüzyon saptandı. Akciğer CT’de iki akciğerde yer yer birleşme eğilimi gösteren düzensiz sınırlı özellikle üst loblarda küntleşme eğilimi gösteren konsolide alanlar(septik embolik infark) görüldü. Farklı günlerde alınan 4 adet kan kültüründe de aynı bakteri stafilokok aureus üredi. Duke kriterlerine göre kesin İE tanısı konularak antibiyoterapi başlandı. Medikal tedaviye 6 hafta devam edildi. 6 haftanın sonunda enfeksiyonu geçen akut faz reaktanları negatifleşen ve pulmoner arter içindeki vegetasyonların tamamen kaybolduğu görüldükten sonra PDA transkateterle yolla kapatıldı.

Tartışma ve Sonuç:

PDA açıklığı olan hastalarda infektif endokardit önemli bir problemidir. PDA açıklığı tanısının infektif endarterit komplikasyonu ile konduğu olgularda, nüks riskini ortadan kaldırmak için medikal tedaviden sonra PDA mutlaka kapatılmalıdır. İnfektif endarterit geçirmiş olgularda önerilen yöntem duktusun kapatılmasıdır. Olgumuzda enfeksiyon ve vegetasyon tamamen geçtiğinden, PDA transkateter yolla kapatıldı. PDA’ya müdahale edilmesi infektif endarterit riskini ortadan kaldırır.

PDA’sı olan ve uzun süreli yüksek ateşi olan hastalarda infektif endokardit düşünülmeli, medikal tedavinin etkisiz olduğu durumlarda cerrahi olarak vejetasyon temizlenmeli ve PDA’ya müdahale edilmeli, medikal tedavinin etkili olduğu ve vegetasyonun kalmadığı durumlarda ise perkütan yolla PDA kapatılabilir.

AORTİK ATREZİ: OLGU SUNUMU

ÖNDER DOKSÖZ, VEDİDE TAVLI, TİMUR MEŞE, SAVAS DEMİRPENÇE, YILMAZ YOZGAT, RAHİMİ ÖZDEMİR

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Aortik atrezi çoğunlukla hipoplastik sol kalp sendromu (HSKS) ile ilişkili ve yenidoğan döneminde ölümlle sonuçlanan nadir görülen kardiyak bir defektir. Postnatal birinci saatinde tanı alan bir olgumuzu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:

Fetal ekokardiyografide VSD-pulmoner atrezi saptanan olgu ekokardiyografi kontrolü için getirildi. Miadında 3400 gr doğmuş. Vital bulguları stabil, saturasyon: %95, sternum solunda ve apexte duyulan 1/6 sistolik üfürüm haricinde tüm sistemik muayenesi doğaldı.

Bulgular:

Ekokardiyografide, interatriyal septumda 3 mm sol-sağ şantlı PFO, interventriküler septumda geniş perimembranöz-müsküler defekt izlendi. Aortada antegrad akım ve aort kapağı net izlenmedi. Assendan aorta 3-4 mm ölçüldü. Geniş PDA izlendi. Ekokardiyografi sonrası hemen PGE-1 infüzyonu başlanarak, aortik atrezi, VSD, PDA,PFO tanıları katater- anjiyografi ile kesinleştirildi. Kateter-Anjiyografi: sol ventrikül enjeksiyonunda pulmoner arter ve dallarının dolduğu geniş VSD yoluyla kontrast maddenin sağ ventriküle geçtiği , aortaya ait antegrad bir akımın olmadığı, PDA yoluyla arkus aorta ve dallarının dolduğu izlendi. Sol subklavian arter proksimali ile sol karotis komminis arter proksimaline yapılan enjeksiyonlarda sağ karotis komminis, sağ subklavian ve sol karotis komminis arterlerin dolduğu, assendan aorta ile koroner arterlerin retrograd olarak dolduğu ve assendan aortanın hipoplazik olduğu izlendi.



Tartışma ve Sonuç:

HSKS tüm konjenital kalp hastalıklarının %1'ni oluşturmaktadır ve bu olguların %25'i yenidoğan döneminin ilk haftasında kaybedilmektedir. Erken tanı alan olgumuzda PGE-1 ve inotropik desteğe rağmen üçüncü günde şok tablosu gelişti ve olgu kaybedildi. HSKS'nin bir kaç formu bulunmaktadır. Aortik atrezili patent mitral kapaklı olgular subendokardiyal iskemiye bağlı gelişen endokardiyal fibroelastozis ve aritmiler nedeniyle mortalitesi en yüksek gruptur. HSKS tedavisinde üç aşamalı cerrahi girişimler (Norwood, iki yönlü Glenn, Fontan), kalp transplantasyonu ve sadece destek tedavisi gibi seçenekler bulunmaktadır. Ülkemizde HSKS tanısı ile cerrahi yapılmış bir kaç olgu bildirilmiştir. HSKS'nin mortalitesinin yüksek olması, tekrarlayan cerrahi girişimler gerektirmesi ve cerrahi sonrası hayat kalitesinin düşük olması nedeniyle prenatal tanı alan olgularda terminasyona gitmek çoğu merkezde tedavi seçeneğidir. Bu nedenle gebe takibi yapan uzman ve merkezlerin HSKS açısından çok dikkatli olmalarını ve şüpheli olguların mutlaka fetal ekokardiyografi ile değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

PB-246

İNTAKT VENTRİKÜLER SEPTUMLU PULMONER ATREZİ TANILI BİR OLGUDA FETAL KARDİYAK GİRİŞİM: ÜLKEMİZDEKİ İLK DENEYİM

TUĞÇİN BORA POLAT, NURİ DANIŞMAN

ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Amaç:

IVS-PA'li hastalarda morbidite ve mortalite sağ ventrikülün hipoplazisi ve bunun sonucunda gelişen kötüleşen hemodinamik durumla ilişkilidir. Fetal dönemde yapılan pulmoner valvotomi işleminin sağ ventrikülün gelişimine katkıda bulunduğu bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

24 haftalıkken tanısını koyduğumuz ancak izleminde sağ ventrikül ilerleyici hipoplazi gelişen olgumuzda pulmoner valvotomi ve valvuloplasti işlemi uyguladık. İşlem hemen öncesinde triküspid kapak Z skoru -2.8'di.

Bulgular:

İşlem sonrası sağ kalp çıkım yolunda antegrade akım izlendi, triküspid yetersizliği ve sağ ventrikül basıncında azalma oldu. Sağ ventrikül kompliansında düzelme kaydedildi. 31. hafta triküspid kapak z skoru -1 olarak ölçüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Hastanın izlem bulguları dikkate alındığında fetal dönemde pulmoner valvulotomi

işleminin hastanın prognozuna iyi yönde katkıda bulunabilecek etkin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

PB-247

EKSTRAKRANİYAL KAROTİD ARTERİYAL LEZYONLARIN GÖRÜNTÜLENMESİNDE DİGİTAL SUBTRACTION ANJİYOGRAFİ İLE COMPUTED TOMOGRAPHİC ANJİYOGRAFİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UFUK YETKİN, İSMAİL YÜREKLİ, MEHMET BADEMCİ, ALİ GÜRBÜZ

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İZMİR

Amaç:

Ekstrakraniyal karotid arterlerin darlıklarının noninvaziv tekniklerle ortaya konulmasında artefakt lezyonlar nedeniyle belirgin sınırlamalar halen mevcuttur.

Gereç ve Yöntem:

Olgumuz erkekti.Hastanın başvurusundan 4 yıl önce ve 2 ay öncesinde geçirilmiş 2 farklı serebrovasküler olay öyküsü mevcuttu.Başvuru yakınmasını da son bir yıldır süregelen sol bacakta uyuşukluk ve baş dönmesi semptomları oluşturunuyordu. Hastanın glomerüler filtrasyon hızının 20 ml/dk olması yönünde aldığı kronik böbrek yetmezliği tanısı bir önemli morbidite faktörüydü.Olgumuza gerçekleştirilen carotid computed tomographic angiography incelemesinde sol common carotid arterinde ciddi stenotik lezyon belirlenmesi üzerine kliniğimize ileri incelemeleri ve gereğinde karotid endarterektomi planlanımı açısından hospitalizasyonu gerçekleştirildi.

Bulgular:

Hastanın gerçekleştirilen carotico-vertebral DSA incelemesi ve konvansiyonel selektif arcus aorta ve ana dallarının arteriyografisinde sol eksternal carotid arterindeki 60%'lık stenotik lezyonu dışında herhangi bir stenotik ya da okluziv patoloji bulunmadı. Olgumuzun sol common ve internal carotid arterlerinde ciddi lezyonu bulgulanmaması üzerine tıbbi tedavi ile takibi planlandı.

Tartışma ve Sonuç:

DSA incelemesi günümüzde altın standart olma özelliğini sürdürmektedir. Endovasküler girişimler için yönlendirilen olguların %36'sında noninvaziv teknikler anjiyografiye kıyasla yeteri kadar tanısal bilgi verememektedir.Karotid arter sisteminde gerçekleştirilecek girişimler öncesi carotid anjiyografinin önceliği kabul görmektedir.

TRANSKATETER GİRİŞİMLE DİFFUZ PERİFERİK PULMONER ARTER HİPOPLAZİSİNİN BİLATERAL STENT UYGULANMASIYLA PALYASYONU

ENDER ÖDEMİŞ, MEKİ BİLİCİ, ALPER GÜZELTAŞ, NESLİHAN KIPLAPINAR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Williams Beuren Sendromu (WBS) nadir görülen ve kardiyak anomalilerin sıklıkla eşlik ettiği bir mikrolezyon hastalığıdır. Periferik pulmoner arterlerde görülen darlık, supralavüler aort darlığından sonra ikinci sıklıkta görülen kardiyak anomalidir.

Gereç ve Yöntem:

Bu sunumda çok ağır diffüz periferik pulmoner arter hipoplazisi olan bir infantta balonla dilatasyona cevap vermeyen periferik pulmoner arter stenozunun transkateter yöntemle bilateral stent yerleştirilmesiyle başarılı bir şekilde tedavisi sunulmuştur.

Bulgular:

Genel anestezi altında 5 F kılıf sağ femoral vene, 4 F kılıf sağ femoral artere ve 6 F kılıf sol femoral vene yerleştirildi. Es zamanli olarak ölçülen aort basıncı 92 mmHg, sağ ventrikül basıncı 112 mmHg idi ($RV/AoP > 1$). Ana pulmoner arter ile sağ ventrikül arasında basınç gradyenti yoktu. Pulmoner anjiogram bifurkasyondan başlayan stenoz olduğunu gösterdi. Ayrıca ana pulmoner arterde WBS'nin tipik anjiyografik bulgularından biri olan divertikulumu saptandı. Sağ pulmoner arter ve sol pulmoner arterin en dar kapları sırasıyla 1.9 ve 1.7 idi. En geniş kapları ise sol pulmoner arter ve sağ pulmoner arter için 3 mm idi. Pulmoner annulus 7.3 mm idi. 3 mm balon ile her iki pulmoner artere dilatasyon uygulandı ancak sağ ventrikül basıncı düşmedi. Bunun üzerine stent implantasyonuna geçildi. 7 F guiding kateter 0.014 koroner guide üzerinden darlık olan bölgeye ilerletildi. Eş zamanli olarak 4.5x16mm ve 4x12mm koroner balon kateterler ile stentler sağ ve sol pulmoner arterlere yerleştirildi. İşlem sonrası sağ ventrikül basıncı 52 mmHg ölçüldü ($RV/Ao: 0.6$). İşlemden bir gün sonra yapılan ekokardiyografik incelemede de sağ ventrikül basıncı 62 mmHg idi. Hasta işleminden 24 saat sonra aspirin tedavisi ile taburcu edildi.

Genel anestezi altında 5 F kılıf sağ femoral vene, 4 F kılıf sağ femoral artere ve 6 F kılıf sol femoral vene yerleştirildi. Es zamanli olarak ölçülen aort basıncı 92 mmHg, sağ ventrikül basıncı 112 mmHg idi ($RV/AoP > 1$). Ana pulmoner arter ile sağ ventrikül arasında basınç gradyenti yoktu. Pulmoner anjiogram bifurkasyondan başlayan stenoz olduğunu gösterdi. Ayrıca ana pulmoner arterde WBS'nin tipik anjiyografik bulgularından biri olan divertikulumu saptandı. Sağ pulmoner arter ve sol pulmoner arterin en dar kapları sırasıyla 1.9 ve 1.7 idi. En geniş kapları ise sol pulmoner arter ve sağ pulmoner arter için 3 mm idi. Pulmoner annulus 7.3 mm idi. 3 mm balon ile her iki pulmoner artere dilatasyon uygulandı ancak sağ ventrikül basıncı düşmedi. Bunun üzerine stent implantasyonuna geçildi. 7 F guiding kateter 0.014 koroner guide üzerinden darlık olan

bölgeye ilerletildi. Eş zamanli olarak 4.5x16mm ve 4x12mm koroner balon kateterler ile stentler sağ ve sol pulmoner arterlere yerleştirildi. İşlem sonrası sağ ventrikül basıncı 52 mmHg ölçüldü (RV/Ao: 0.6). İşlemden bir gün sonra yapılan ekokardiyografik incelemede de sağ ventrikül basıncı 62 mmHg idi. Hasta işleminden 24 saat sonra aspirin tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Williams-Beuren sendromlu hastalarda görülen PPS'de hafif ve orta derecelerde ise takip yeterli olmakla beraber sağ ventrikül basıncı sistemik düzeyde ise ilk tedavi seçeneği balon anjioplastidir. Balon anjioplastinin yarar sağlamadığı hastalarda transkateter yöntemle stent yerleştirilmesi alternatif olarak uygulanabilir.

Williams-Beuren sendromlu hastalarda görülen PPS'de hafif ve orta derecelerde ise takip yeterli olmakla beraber sağ ventrikül basıncı sistemik düzeyde ise ilk tedavi seçeneği balon anjioplastidir. Balon anjioplastinin yarar sağlamadığı hastalarda transkateter yöntemle stent yerleştirilmesi alternatif olarak uygulanabilir.

PB-249

GİRİŞİMSEL TEDAVİDE BİR YILLIK DENEYİMLERİMİZ

DERYA ARSLAN, DERYA ÇİMEN, OSMAN GÜVENÇ, BÜLENT ORAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Girişimsel tedavi günümüzde artık çocuk kardiyojisi merkezleri için vazgeçilmez tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır. Merkezimizde geçen yıl yaptığımız girişimsel tedavi sonuçlarımız sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde son bir yılda (Şubat 2011-Şubat 2012), ekokardiyografik değerlendirme sonucu aort koarktasyonu, duktus arteriyozus açıklığı, sekundum atriyal septal defekt, pulmoner darlık, mitral darlık ve kesintili arkus aorta tanıları alan ve transkateter girişimsel tedavi uygulanan hastalarla ilgili bilgiler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Aort koarktasyonu olan biri 14 yaşında erkek, diğeri 15 yaşında kız iki hastaya balon dilatasyonu ve stent implantasyonu yapıldı. Geniş sekundum ASD tanısı alan 4 hastanın defektleri septal okluderle kapatıldı. Bu hastalardan birinde iki ayrı defekt olması nedeniyle çift cihaz yerleştirildi. Geniş duktus açıklığı olan 3 hastanın duktusları transkateter yolla kapatıldı. Pulmoner stenozlu 4 hastaya pulmoner balon valvüloplasti, aort koarktasyonu olan 8 hastaya koarktasyon anjioplasti ve 13 yaşında mitral darlık gelişmiş bir hastaya da mitral balon valvüloplasti uygulandı. Ayrıca kesintili arkus aorta

tanısı alan 10 günlük bir bebeğe transkateter yolla duktusuna stent implantasyonu gerçekleştirildi. İşlemlerimiz başarı ile sonuçlandı ve hastalarımızda herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Uygun olan hastalarda stent implantasyonu, septal occluder ve coil ile kapatma tedavileri cerrahiye alternatif güvenli birer tedavi yöntemidir. İzlemde aort koarktasyonu olan hastalar hipertansiyon, restenoz, damar komplikasyonları açısından takip edilmelidir. Restenoz gelişen hastalarda redilatasyon gerekebilir. ASD kapatma tedavileri uygulanan hastalar özellikle aritmi açısından izlenmelidir.

PB-250

KONTROLLÜ SALINIMLI CİHAZLARLA TRANSKATETER PATENT DUKTUS ARTERİOZUS KAPATMA DENEYİMLERİMİZ

NACİ CEVİZ, HAŞİM OLGUN, İRFAN OĞUZ ŞAHİN, CANAN YOLCU, MEHMET KARACAN, ABDURRAHİM ÇOLAK

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Amaç:

Perkütan yolla patent duktus arteriyozus (PDA) kapatılması için çeşitli cihaz ve metodlar geliştirilmiştir. Güncel olarak, Amplatzer duktus oklüderi (ADO) ve kontrollü-salınımlı koiller daha sıklıkla kullanılan cihazlardır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada, transkateter PDA kapatılması için kullanılan ADO ve koiller ile ilgili deneyimimiz sunuldu.

Bulgular:

2004-2012 arasında 113 hasta transkateter PDA kapatılmasına alındı. Hastaların ortalama yaş, kilo, pulmoner arter basıncı ve Qp/Qs oranı sırasıyla 5.11 ± 3.75 yaş, 17.21 ± 9.49 kg, 19.98 ± 10.34 mmHg ve 1.70 ± 0.93 idi. En küçük duktus çapı ortalaması 1.53 mm olan 75 hastada kontrollü salınımlı coil, 2.91 mm olan 38 hastada ADO kullanıldı. Koiller hastaların %96'sında başarı ile yerleştirilip bırakıldı. Üç hastada ise koiller aşırı rezidüel geçiş nedeniyle geri alındı. ADO ile başarılı yerleştirme oranı %100 idi. İki erken biri geç dönemde olmak üzere üç hastada ADO embolize oldu. Bunların ikisi işlem sırasında geri alındı, biri cerrahi yolla çıkarıldı. Serimizde hemoliz, duktus rekanalizasyonu ve sol pulmoner arter darlığı gelişen hasta olmadı. Yirmi dört saatte tam kapanma coil ile hastaların %93.3'ünde (70/75), ADO ile %100'ünde gözlemlendi. Rezidüel geçiş hastaların 2'sinde 3. ayda, 1'inde 6. ayda kayboldu. Tam kapanma oranı

takibin birinci yılında koil için %98,6 (74/75), ADO için %100'e ulaştı.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak, kontrollü-salınımlı koiller ve ADO transkateter PDA kapatılmasında etkili ve güvenilirdir.

PB-251

KATETERİZASYON İLE ATRİAL SEPTAL DEFEKT (ASD) KAPATMA İŞLEMİ UYGULANAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ERTÜRK LEVENT, MURAT DEVECİ, SİBEL BOZOBALI, ZÜLAL ÜLGER, ORHAN BULUT, FATİH AYIK, YÜKSEL ATAY, ARİF RUHİ ÖZYÜREK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Atrial Septal Defekt (ASD) tüm konjenital kalp hastalıkları içinde sık görülen bir kardiyak anomalidir. Kompleks konjenital kalp defektlerinin %30-50'sine eşlik eder. Sekundum tip defektler bunların %70'ini oluştururlar. Bu tip defektlerde hastayı operasyona vermeden kateterizasyon ile defekti kapatmak mümkün olmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada kliniğimizde çeşitli kapatma cihazları ile ASD kapatması uygulanan hastalar değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Kliniğimizde bugüne kadar çeşitli kapatma cihazlarıyla 54 ASD kapatma işlemi uygulanmıştır. Hastaların 32'si kız 22'si erkekti. Hastaların en küçüğü 4, en büyüğü 28 yaşındaydı ve yaş ortalaması $6,9 \pm 5,7$ idi. Tüm hastalarda işlem genel anestezi altında ve Transözefagial Ekokardiyografi eşliğinde yapıldı. Hastaların 2'sinde 2 ASD saptanırken diğerlerinde tek ASD vardı. Hastalarda cihaz olarak 37'sinde Amplatzer Septal Ocluder, 15'inde Oclutec Figulla Septal Ocluder, ve 2'sinde Solysafe Septal Ocluder kullanıldı. Bir hastada iki defekt iki adet cihaz kullanılarak kapatıldı. Hastaların hiçbirinde majör komplikasyon saptanmazken, 3'ünde sonrada düzelen minör ritm bozuklukları izlendi. Hastaların biri hariç ASD lerde tam kapanma kateter laboratuvarında gerçekleşirken, birinde 1 gün sonra tam kapanma izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak seçilmiş sekundum ASD'li hastalarda bir çok merkezde uygulanan kateterizasyon ile ASD kapatma son derece güvenli ve efektif bir yöntem olarak görünmektedir.

KONTROLLÜ SALINIMLI COİL (COOK) İLE EMBOLİZASYON YAPILAN PDA TANILI 129 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ERTÜRK LEVENT, SİBEL BOZOBALI, MURAT DEVECİ, ZÜLAL ÜLGER, ORHAN BULUT, ARİF RUHİ ÖZYÜREK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Amaç:

Patent Duktus Arteriyozus açıklığı (PDA), tüm doğuştan kardiyak anomalilerin %10'unu oluşturan, soldansağaştanlasiyanotikbirkalphastalığıdır. Kalpyetersizliği, gelişmegeriliği, pulmoner vasküler hastalık ve infektif endokardit gibi önemli komplikasyonları vardır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde PDA kontrollü salinimli coil (Cook) kapatma uygulanan olgularımızın retrospektif olarak değerlendirilmesi ile birlikte PDA kapatılması etkinliğinin PDA çapı ve morfolojisi ile ilişkisinin ortaya koyulmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

2004-2011 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı'nda yaşları 10 ay ile 28 yaş arasında değişen toplam 129(75 kız, 54 erkek) olguya PDA coil kapama işlemi uygulandı. Tüm olgularda kapama aortik taraftan uygulandı. Bu olguların dışında 4 olguda PDA'nın yapısı yada büyüklüğü nedeniyle coil embolizasyon başarısız oldu.

Bulgular:

Hastalarımızın büyük bir kısmında konik tipte PDA vardı. 83 olguda PDA çapı ≤ 2.5 mm, 37 olguda PDA çapı 2.5-3.5 mm, 9 olguda ise PDA çapı >3.5 mm ölçüldü. Tam oklüzyon katater laboratuvarında %89'du. 2 ay-84 ay (median 41 ay) arasında değişen izlemde olguların tümünde tam PDA oklüzyonu vardı

Tartışma ve Sonuç:

Sonuç olarak, özellikle küçük PDA'larda cerrahi girişime iyi bir alternatif olan coil ile PDA kapatılma işlemi oldukça etkili ve güvenilir bir yöntemdir

SİSTEMİK VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİLERİ VE EŞLİK EDEN KONJENİTAL KARDİYAK DEFEKTLER: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

DERYA ARSLAN, BÜLENT ORAN, DERYA ÇİMEN, OSMAN GÜVENÇ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Sistemik venöz dönüş anomalileri tüm vücuttan gelen sistemik venöz kanın sağ atriyuma dökülmesini engelleyen nadir görülen konjenital anomalilerdir. Çeşitli kardiyak defektlerle birlikte saptanan sistemik venöz dönüş anomalileri takdim edildi.

Gereç ve Yöntem:

Merkezimizde yaklaşık 1,5 yıllık süre zarfında ekokardiyografi ve kalp katereizasyonu ile değerlendirilen ve sistemik venöz dönüş anomalisi saptanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Merkezimizde Haziran 2010- Şubat 2012 tarihleri arasında toplam 100 vakaya tanısız ve/veya tedavi amaçlı kardiyak kateterizasyon uygulandı. Fallot tetralojisi olan 3 hasta, komplet AVSD saptanan 1 hasta ve perimembranöz VSD olan 1 hastanın innominate vene yapılan kontrast madde enjeksiyonu sonrasında sol persistan vena kava olduğu ve onun da koroner sinüse açıldığı tespit edildi. Tek atriyum, tek ventrikül ve pulmoner darlık tanısı alan 1 hasta ile sinüs venozus tipi ASD olan 1 hastanın ekokardiyografik incelemesinde subkostal bakıda vena kava inferiyor izlenemedi. Kateterizasyon öncesinde çekilen kardiyak MR görüntülemesinde bu 2 hastada azigos ven devamlılığı olduğu tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Sistemik venöz dönüş anomalileri bir çok farklı semptomlarla ortaya çıkabilmesine rağmen, genellikle asemptomatiktir. Eşlik ettiği konjenital kalp anomalilerinin incelenmesi sırasında rastlantısal olarak da saptanabilmektedir. Atriyal yapılar ayrılmışsa görülmeleri nadirdir. Olgularının yaklaşık %90'ı heterotaksi sendromu ile birliktedir. Ekokardiyografik olarak sol innominate ven gösterilemiyor ise hastada sıklıkla persistan sol süperiyor vena kava mevcuttur. Yine aynı şekilde vena kava inferiyorun gösterilememesi azigos ven devamlılığı olabileceğini akla getirmelidir. Sistemik venöz dönüş anomalisi olanlarda venöz yolun kullanımı sorun yaratabileceği için tanısız kalp kateterizasyonu ve kardiyak cerrahi öncesinde bu tür anomalilerin saptanması, zaman kaybı ve beklenmeyen komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

DOĞUMSAL KALP HASTALIKLI MAJOR AORTOPULMONER KOLLATERAL ARTER'İ OLAN ÇOCUKLARDA TRANSKATETER OKLÜZYON UYGULAMASI

ENDER ÖDEMİŞ, ALPER GÜZELTAŞ, MURAT SAYGI, MEKİ BİLİCİ, ERSİN EREK, SERTAÇ HAYDİN, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Major aortopulmoner kollateral arterler (MAPCA) ventriküler septal defektli pulmoner atrezi (VSD-PA) ve Fallot tetralojisi'nin (TOF) bazı tiplerinde yaşam için gerekli olan akciğer perfüzyonunu sağlayan, aorta ve subklaviyan arter bölgesinden köken alan sistemik kollateral arterlerdir. Genellikle seyirleri kıvrımlı olup çoklu darlık ve genişlemeler gösterirler. En sık desendan aortadan ve daha seyrek olarak brakiosefalik arterlerden, istisna olarak koroner arterlerden köken alırlar. Bazen cerrahi tedavi öncesi yardımcı girişimsel işlem olarak veya bazen de total düzeltme sonrası tamamlayıcı girişimsel işlem olarak transkateter MAPCA oklüzyonu uygulanabilmektedir. Bu çalışmada transkateter MAPCA oklüzyonu uyguladığımız hastalarımızla ilgili bulguları retrospektif olarak inceledik.

Gereç ve Yöntem:

Nisan 2010 ile Ocak 2012 arasında transkateter MAPCA oklüzyonu uygulanan toplam 7 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular:

Olguların medyan yaşı 4,6 yıl (9 ay-14 yıl), medyan vücut ağırlığı 13 kg idi (8-28 kg). Dört olguda VSD-PA, diğer 3 olguda ise TOF primer kardiyak tanı idi. Embolizasyon sonrası 4 olguda (%57) tam oklüzyon elde edilirken 3 olguda rezidü kaldı. Hastalarda toplamda 11 MAPCA vardı ve bunların 9'una embolizasyon işlemi uygulandı (n:7 gianturco coil, n:1 detachable coil, n:1 vasküler plug). İşlem sırasında hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Transkateter MAPCA oklüzyonu, VSD-PA ve TOF hastalarında total düzeltici tedavi öncesi veya sonrasında cerrahiye destekleyici olarak uygulanan, komplikasyon oranı düşük ve etkinliği yüksek bir girişimdir.

AKUT SİSTEMİK-PULMONER ARTER ŞANT OKLÜZYONLARINDA TRANSKATETER REKANALİZASYON UYGULAMASI

ALPER GÜZELTAŞ, MURAT SAYGI, MEKİ BİLİCİ, ENDER ÖDEMİŞ, SERTAÇ HAYDİN, ERSİN EREK, İHSAN BAKIR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç:

Şant oklüzyonu pulmoner vasküler perfüzyonun ani olarak azalması sonucunda saturasyon düşüklüğü ve siyanozda belirgin bir artışla kendini gösteren, yaşamı tehdit eden bir durumdur. Akut gelişen şant oklüzyonları acil trombolitik tedavi veya girişimsel müdahaleler gerektirmektedir. Balon anjiyoplasti, stent implantasyonu ve cerrahi girişim şant oklüzyonlarında uygulanan tedavi seçenekleridir. Doku plazminojen aktivatörü ve streptokinaz ile bazı çocuklarda başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada şant yapılmış ve izlemde oklüzyon gelişmiş olan hastalarımızla ilgili transkateter rekanalizasyon ile ilgili tecrübelerimizi değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem:

Eylül 2009 ve Eylül 2011 tarihleri arasında şant uygulanmış olan toplam 5 hasta çalışmaya dahil edildi(Olguların % 80'i erkek).

Bulgular:

Şantların uygulandığı andaki medyan yaş 22 gün(aralık 9 gün-22 ay)idi.Olguların 4 tanesinde modifiye Blalock-Taussig şant ve 1 olguda ise santral şant uygulanmıştı. Şant çapı 3,5mm (n=3) ve 5mm(n=2) idi.Cerrahiyi takiben akut şant oklüzyonu için geçen süre ortalama 52,8 gün(aralık 1 gün-7,5 ay) ve rekanalizasyon işlemi anında hastaların medyan yaşı 5 ay(aralık 38 gün-22 ay)idi.Transkateter rekanalizasyon işlemi 3 hastada(%60) başarılı iken 2 hastada(%40) işlem başarısız sonuçlandı.Başarılı sonuç alınan 2 hastaya balon ve 1 hastaya stent işlemi uygulandı ve bu balon yapılan hastalardan birinde işlemden 2,5 ay sonra yeniden şant tıkanıklığı gelişince ECMO desteği altındaki hastaya stent işlemi başarılı bir şekilde uygulandı.Rekanalizasyon öncesi ortalama saturasyon değeri %49(aralık %25-65) iken işlem sonrası ortalama saturasyon değeri %68(aralık %50-80) idi.Rekanalizasyon işlemi başarısız olan her 2 vakaya da cerrahi işlem uygulandı ve bu hastalardan birinde istenen yanıt alındı diğer hasta cerrahiden 3 gün sonra eksitus oldu.Rekanalizasyon işleminde başarılı olunan 3 hastadan ikisinde izlemde henüz bir problem yaşanmamışken diğer hastada(şantı 2.kez tıkanıp ECMO desteği altında stent uygulanan hasta)işlemden birkaç gün sonra multiorgan yetersizliği nedeniyle hasta eksitus oldu.

Tartışma ve Sonuç:

Şant rekanalizasyonu, akut gelişen şant oklüzyonlarında, seçilmiş vakalarda başvurulabilecek bir yöntemdir. Başarılı rekanalizasyon işlemi sonrasında infantlar, hem reoperasyonun vermiş olduğu potansiyel tehlikelerden kurtulmuş, hemde ileride yapılacak olan cerrahi müdahaleler için gereken zamanı kazanmış olacaktır.

PB-256

TRANSKATATER MAJOR AORTOPULMONER KOLLATERAL ARTER KAPATILMASI

H.HAKAN AYKAN, TEVİK KARAGÖZ, ALPER AKIN, İLKER ERTUĞRUL, DURSUN ALEHAN, E.SEMA ÖZER, SÜHEYL ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Major aortopulmoner kollateral arterler (MAPKA) sıklıkla siyanotik ve Fallot tetralojisi (FT) gibi pulmoner kan akımının azaldığı hastalarda görülür. Bu kollateraller geniş ve çok sayıda olduklarında postoperatif dönemde pulmoner yüklenme ve konjestif kalp yetmezliğine neden olabilirler. Teknik kısıtlılıklar nedeniyle bu kollaterallerin cerrahi ligasyonu zor olabilmektedir. Günümüzde uygun vakalarda transkatater kapatma yöntemleri öncelikli olarak tercih edilmektedir. Bu yazıda son 3 yıllık periyotta yapılmış 7 adet transkatater MAPKA kapatma işlemi özetlenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Son 3 yılda Hacettepe Üniversitesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalında izlenen FT veya pulmoner atrezi tanılı olan 6 hastaya 7 kez transkatater MAPKA kapatılma işlemi yapıldı. Bu hastaların verileri retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:

Hastaların işlem sırasındaki medyan yaşları 5 ay (25 gün-16 yaş), kiloları 5 kg (3-40 kg) idi. Hastaların 5'i FT, 1'i pulmoner atrezi tanısı ile izlenmekteydi. Bu hastaların 5'ine daha önceden düzeltici veya palyatif cerrahi girişimler uygulanmış, FT tanılı ve 2 kez transkatater MAPKA kapatılması işlemi yapılan bir hastada ise sağ ventrikül çıkış yoluna (RVOT) ileri derecede darlık nedeniyle stent implantasyonu yapılmıştı. MAPKA kapatma işlemleri; 1 hastada cerrahi öncesi dönemde, 1 hastada sağ ventrikül çıkış yoluna stent uygulanması sırasında, 4 hastada post operatif ilk 2 hafta içerisinde ve 1 hastada ise postoperatif 10. ayda yapıldı. Kapatma işlemleri için; Coil, Vascular Plug 2-4, ADO II ve Nit-occluder cihazları kullanıldı. İşlemlerin 5'inde tek cihaz kullanılırken, diğer 2 işlemde 2 ve 3'er cihaz kullanıldı. Hastaların tümünde işlem başarılı oldu ve komplikasyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Beklenmedik kalp yetmezliği ve pulmoner yüklenme tablolarının gelişmemesi için FT ve pulmoner atrezi gibi hastalıkların cerrahileri sonrası MAPKA varlığı dışlanmalıdır. Bu vakalarda trankatater MAPKA kapatma işlemi oldukça etkili olmakta ve yüz güldürücü klinik sonuçlar alınmaktadır.

PB-257

YENİDOĞANDA NADİR GÖRÜLEN BİR HİPOKSİ NEDENİ, PULMONER ARTERIOVENÖZ MALFORMASYON

İLKER ERTUGRUL, TEVFİK KARAGÖZ, IŞIL YILDIRIM, HAKAN AYKAN, ALPER AKIN, SÜHEYLİ ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Amaç:

Pulmoner AV malformasyon saptanan ve multiple embolizasyon uygulanan bir vakanın sunumu

Gereç ve Yöntem:

Pulmoner arteriovenöz malformasyon (PAVM) yenidoğan döneminde siyanozun nadir görülen bir nedenidir. Ailesel geçiş gösteren vakalar bildirilse de izole vakalarda bildirilmiştir.

Bulgular:

Metabolik asidozu ve hipoksisi saptanan yenidoğan doğumunun üçüncü saatinde entübe edildi, ekokardiyografik incelemede atriyal septal defekt saptanmadı. Kalp yetmezliği bulguları gelişen ve siyanoz ile asidozu etkin ventilasyona rağmen devam eden hastanın tekrarlanan ekokardiyografisinde pulmoner venöz dönüşte artış ve kontrastlı ekokardiyografide erken geçiş saptandı. Hasta dört günlük 3.3 kg ağırlığındaiken işleme alındı ilk seansta PAVM'lerden 3 tanesi ampletzer vasküler plug 4, biri ampletzer duct occluder II ile kapatıldı, hastanın SO₂ %85'e yükseldiği görüldü, hasta ventilatörden ayrıldı, 9 günlükken PAVM'lerden ikisi tanesi ampletzer vasküler plug 4 ile kapatıldı. Hasta 1 hafta sonra taburcu edildi. Altı aylıkken yapılan işlemle PAVM'lerden ikisi ampletzer vasküler plug 4 ile kapatıldı. Hastanın saturasyonu işlemler sonrası %94'e yükseldi. Hasta izleminin dokuzuncu ayında sorunsuz olarak izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

PAVM neonatal dönemde kalp yetmezliği ve siyanozun nadir bir sebebidir. Hastalar nadiren tanı alırlar. Tedavi embolizasyon ve cerrahidir, ancak yaygın AVM izlenen vakalarda tek tedavi seçeneği embolizasyondur. Yenidoğan döneminde açıklanamayan hipoksi ve kalp yetmezliği durumunda akılda bulundurulmalıdır.

EKSTRAKORPOREAL YAŞAM DESTEĞİ ALAN HASTADA TRANSKATETER GİRİŞİM: TIKANMIŞ ŞANTA VE SOL PULMONER ARTERE STENT YERLEŞTİRİLMESİ

ALPER GÜZELTAŞ, SERTAÇ HAYDİN, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, ENDER ÖDEMİŞ

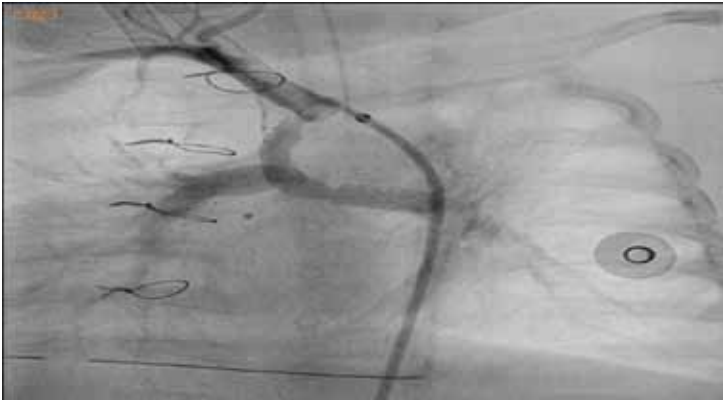
MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş ve Amaç:

Sistemik kan akımı ve gaz değişiminin ihtiyacı karşılayamayacak şekilde aksadığı ciddi kalp ve akciğer problemi olan hastalarda mekanik olarak sağlanan dolaşım ve solunum desteği uygulamaları ekstrakorporeal yaşam desteği (ECLS) olarak adlandırılır. Ektrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) bu uygulamalardan biridir. Burada, modifiye BT şant yapılan ve şantın tıkanması nedeniyle acilen ECMO'ya bağlanarak şanta ve daralmış olan sol pulmoner artere stent yerleştirilen bir olgu sunulmaktadır. Ülkemizde ECMO desteği altında yapılan kateter anjiyografi bildirilmediğinden bu olgudaki deneyimimizi paylaşmak istedik.

Olgu Sunumu:

Dekstrokardi, AV diskordans, aortik outlet sağ ventrikül ve pulmoner atrezi tanıları ile 9 günlükken sağ modifiye BT şant yapılan hasta, satürasyon düşüklüğü nedeni ile postoperatif 2. ayda yatırıldı. Takip sırasında ani gelişen kardiyak arrest nedeni ile CPR altında, sağ internal karotis arter ve internal jugüler ven kanülasyonları ile ECMO'ya bağlandı. Ekokardiyografide şantın tıkanmış olduğu saptanarak acil olarak şantın rekanalize edilmesi planı ile kateterizasyon laboratuvarına alındı. İlk anjiyogramlarda net görüntü alınamaması ve az miktarda antegrad akımı da olması nedeniyle, ECLS desteğinin kısa süreli durdurulmaları ile enjeksiyonlar yapıldı. Şant akımının azaldığı ve sol pulmoner arterde önemli darlık olduğu görüldü (Resim-1). Önce sol pulmoner artere daha sonra da şanta stent yerleştirildi. Hasta, işlemden 4 saat sonra ECMO'dan sorunsuz bir şekilde ayrıldı.



Sonuç ve Yorum:

ECLS tedavisi ani kardiyak arrest gelişen ve etkin CPR yapılan hastalarda mutlaka düşünülmelidir. ECMO altındaki hastalara gerektiği durumlarda transkateter tedavi başarılı bir şekilde uygulanabilir. ECMO kanüllerinin sineanjiyogram alınması gereken yerlerde olması durumunda, antegrad akımı olan hastalarda, devrenin kısa sürelerle kapatılıp açılması daha iyi görüntü alınmasını sağlayabilir.

PB-259

İKİ FARKLI SEANSTA AMPLATZER VASKÜLER PLUG I VE II KULLANILARAK MULTİPL PULMONER ARTERİOVENÖZ FİSTÜLÜN TRANSKATETER BAŞARILI EMBOLİZASYONU

ERKUT ÖZTÜRK, ALPER GÜZELTAŞ, HASAN TAHSİN TOLA, ENDER ÖDEMİŞ,
MUSTAFA DİKER

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Pulmoner arteriovenöz fistül(PAVF) pulmoner arterler ve venler arasındaki bağlantının pulmoner kapiller yatak olmaksızın anevrizmal kese veya dilate tortuos kanallarla olmasıdır. Klinik olarak egzersiz intoleransı ve hipoksemi bulgularıyla kendini gösterip, beyin ve diğer organlara emboli riski taşımaktadır. . Amplatzer vasküler plug, PAVF 'ın transkateter embolizasyonunda güvenle kullanılan yeni bir seçenektir. Bu bildiride iki farklı seansta Amplatzer vasküler plug I ve II kullanılarak kapatılan bir çocuk olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu:

Üç yaşında erkek hasta aralıklı morarmalarının olması üzerine tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde siyanoz ve çomak parmak dışında herhangi bir patoloji saptanmadı. Oksijen saturasyonu % 55 olarak saptandı. Akciğer grafisi, ekokardiyografi, toraks BT ve kalp kateterizasyonu ve anjiyografi değerlendirmesi sonucu Sol PA dallarından kaynaklanan ve çapları 9,6 mm, 5 mm ve 6 mm olan 3 besleyici arteri olan multipl arteriovenöz malformasyon saptandı.

Birinci besleyici arter (6 mm) 12 mm Amplatzer vasküler plug II ile ve ikinci besleyici arter(5 mm) 8 mm Amplatzer vasküler plak I ile aynı seansta kapatıldı. Hastanın işlem sonrası saturasyonu % 95 olması üzerine işleme son verildi.

Kontrolde saturasyon % 70'e düşmesi üzerine üçüncü besleyici arter (9,6 mm) 14 mm Amplatzer vasküler plug I ile kapatıldı. İşlemden bir gün sonra oda havasında saturasyonu %100 olarak saptandı. Olgunun 6 aylık takibinde saturasyonunda düşme gözlenmedi.

Tartışma:

Amplatzer vasküler plak kendi kendine genişleyebilen silindirik şekilde ,nitinolden imal edilmiş yeni bir oklusif cihazdır.Özellikle yüksek akımlı kan dolaşımı bölgesinde güvenle kullanılabilir. Amplatzer vasküler plug, PAVF 'ın transkateter embolizasyonunda güvenle kullanılabilir.

PB-260

CARDIOFIX DUCT OCCLUDER' A BAĞLI GELİŞEN NİKEL ALLERJİSİ

ALPER GÜZELTAŞ, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, MEKİ BİLİCİ, EMEL ÇAKAR, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş

Dermal nikel alerjisinin toplumda sıklığı % 10-15 civarında olmakla birlikte nikel içeren tıbbi cihazlara karşı nikel alerjisi sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Pediatrik kardiyolojide sık uygulanan işlemlerden transkateter atrial septal defekt ve ventriküler septal defekt kapatılmasına bağlı nikel alerjisi olguları sık bildirilmekle birlikte, patent duktus arteriosus(PDA) kapatılmasına bağlı nikel alerjisi bugüne kadar literatürde bir kez Amplatzer Duct Occluder ile bildirilmiştir. Burada Cardiofix Duct Occluder (CDO) ile PDA kapatılması yapılan bir hastada gelişen sistemik nikel alerjisi olgusunu sunduk.

Olgu Sunumu:

Oniki yaşında erkek hasta PDA nedeniyle hastanemize yönlendirildi. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde geniş PDA saptanıp transkateter kapatılma işlemi yapıldı. İşlemden 8 saat sonra hastanın gövdesinde makülopapüler döküntü başladı (resim-1). Öncelikle ilaç alerjisi düşünülen hastaya prednol ve antihistamik verildi. Ertesi gün de aynı tedaviye devam edilmesine rağmen hastada uzamış olan döküntü nedeni olarak nikel alerjisi düşünüldü. Döküntü tedavinin 4. günü ortadan kalktı ancak tedavi süresi literatürde önerilen 7 güne tamamlandı. Hastada nikel alerjisi varlığı cilt testi ile kanıtlandı. Halen takip edilen hastanın şikâyeti tekrarlamadı.



Tartışma:

Nikel alerjisi olan hastalarda transkateter kapatma girişimleri sonrasında nadir de olsa alerjik reaksiyonlar görülebilmektedir. Bu reaksiyonlar genellikle tedaviye iyi yanıt vermekte çok nadir olarak cihazın çıkartılması gerekmektedir. Bazı merkezler transkateter kapatma girişimi yapmadan önce nikel alerjisini test etmekte buna göre cihaz seçimi yapmaktadır. PDA için yeni geliştirilen nanoplatinyum kaplı cihazların nikel alerjisi olan hastalarda güvenle kullanılabileceği bildirilmektedir.

Sonuç:

Nikel alerjisi toplumda sık olarak görülmektedir. Transkateter kapatma işlemleri öncesi hastalar nikel alerjisi yönünden sorgulanmalı ve işlem sonrasında ortaya çıkan döküntülerde nikel alerjisi unutulmamalıdır.

PB-261

AMPLATZER DUCT OCCLUDER II İLE VENTRİKÜLER SEPTAL DEFECT KAPATILMASI

TEVFİK KARAGÖZ, H.HAKAN AYKAN, ALPER AKIN, DURSUN ALEHAN, E.SEMA ÖZER, SÜHEYLA ÖZKUTLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Olgu:

İzole musküler VSD'ler tüm konjenital kalp hastalıkları arasında en sık görülen defektlerdir. Transkateter VSD kapatma girişimleri cerrahi risklere ve kardiyopulmoner by-pass gereksinimine alternatif olması nedeniyle ilgi çekmektedir. VSD kapatma işlemleri için geliştirilen birçok cihaz bulunmaktadır. Aslında PDA kapatılması için yakın zamanda geliştirilen Amplatzer Duct Occluder (ADO) II cihazı da bunlardan birisidir. Bu yazıda ADO-II cihazıyla VSD'si kapatılan 3 olgu sunulmuştur.

Olgu 1:

9 yaşında, 33 kg ve 4 aylıktan beri midmusküler VSD nedeniyle izlenmekte olan hastanın sol boşluklarında genişleme mevcuttu (Qp/Qs 1,23). Midmusküler bölgede bulunan 5 mm konik şekilli VSD femoral arter ve ven arasında arteriyovenöz loop oluşturularak anterograd yolla 6x6 mm ADO-II cihazı ile kapatıldı (skopi süresi 27 dk). İşlem sonrası anjiyografi ve EKO'da kaçak izlenmedi. Komplikasyon görülmedi.

Olgu 2:

17 yaşında, 63 kg ve yenidoğan döneminde VSD tanısı alan hastanın kateterizasyonunda Qp/Qs: 1,5 olarak saptandı. Midmusküler bölgede bulunan 4 mm çapındaki VSD aynı seansta arteriyovenöz loop oluşturulmadan retrograd yolla 6x6 mm ADO-II cihazı ile kapatıldı (skopi süresi 17 dk). İşlem sonrasında saptanan minimal soldan sağa şant 1 ay sonraki kontrolünde kayboldu.

Olgu 3:

31 yaşında, 94 kg ve 5 aylıktan beri VSD tanısı ile izlenmekte olan sol boşluklarda genişlemiş olan hastada subaortik bölgede bulunan 4-5 mm çapındaki VSD anterograd yolla 6x6 mm ADO-II cihazı ile kapatıldı (skopi süresi 43 dk). İşlem sonrası anjiyografi ve EKO'da kaçak izlenmedi. Komplikasyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç:

PDA kapatma işlemleri için yakın geçmişte geliştirilmiş olan ADO-II cihazları; çok katmanlı, fleksibl ve ADO-I'lerden farklı olarak "*fabric-free*" yapıya sahiptirler. Bu özellikleri ADO-II'lere düşük oklüzyon profili ve küçük(4-5F) taşıyıcı kataterlerle kullanımın olanağını sağlamıştır. Bu çalışmamızda ADO-II'lerin uygun vakalarda musküler VSD kapatılmasında da başarılı bir şekilde kullanılabileceği gösterilmiş, ayrıca retrograd yöntemle yapılan işlemlerin daha pratik ve skopi süresinin daha az olduğu vurgulanmıştır.

PB-262

TRANSKATETER PATENT DUKTUS ARTERİOSUS KAPATILAN HASTADA İŞLEM SONRASI GELİŞEN PERİKARDİYAL EFÜZYON

EMEL ÇAKAR, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, TUNÇ TUNCER, FATMA SEVİNÇ, ALPER GÜZELTAŞ, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş ve Amaç:

Patent duktus arteriyozus (PDA) sık görülen bir kardiyak anomalidir. PDA'un perkütan transkateter yöntemle kapatılması bugün cerrahi tedaviye alternatif bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. İşlem sonrası komplikasyon görülmesi nadirdir. Burada transkateter PDA kapatılması sonrasında gelişen perikardiyal efüzyon olgusu sunuldu.

Olgu:

İki yaşında erkek hastanın yapılan ekokardiyografik incelemesinde geniş PDA saptandı ve hastaya transkateter kapatılma işlemi yapıldı. Hastanın bir gün sonra yapılan rutin kontrol ekokardiyografisinde 4 mm perikardiyal efüzyon saptandı ve hastaya ibuprofen tedavisi başlandı. İbufen tedavisinin 4. gününde halen efüzyonunun devamı üzerine tedaviye kolşisin eklendi ve efüzyon için ayrıntılı tetkikleri yapıldı. Hastanın serbest T3: 2,2 pg/ml (Normal: 2,47-4,68), serbest T4:0,4 ng/dl (Normal: 0,89-1,58) düzeylerinin düşük olduğu; TSH: 132,6 (Normal:0,64-5,76) düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Hastanın yapılan tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi görülmedi. Hastaya L-tiroksin tedavisi başlandı. Tedavinin 3. gününde perikardiyal efüzyon kaybolduğu gözlemlendi.

Sonuç ve Yorum:

Transkateter işlemlerden sonra perikardiyal efüzyon saptanabilir. Sıklıkla transkateter atrial septal defekt veya ventriküler septal defekt kapatılmasından sonra gözlenen bu bulgu bildiğimiz kadarıyla daha önceden transkateter PDA kapatılmasından sonra bildirilmemiştir. Transkateter patent duktus arteriosus kapatılmasından sonra efüzyon görülmesi olağan bir bulgu değildir. Bu nedenden dolayı hastada diğer nedenlere yönelik tetkikler yapılmıştır.

Transkateter PDA kapatılmasından sonra gözlenen perikardiyal efüzyonun etyolojisinde diğer efüzyon etmenleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

PB-263

TRANSKATETER YOLLA KAPATILAN AORTA-SAĞ ATRİYAL TÜNEL: OLGU SUNUMU

ALİ BAYKAN, NAZMİ NARİN, ABDULLAH ÖZYURT, SAADETTİN SEZER, MUSTAFA ARGUN, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

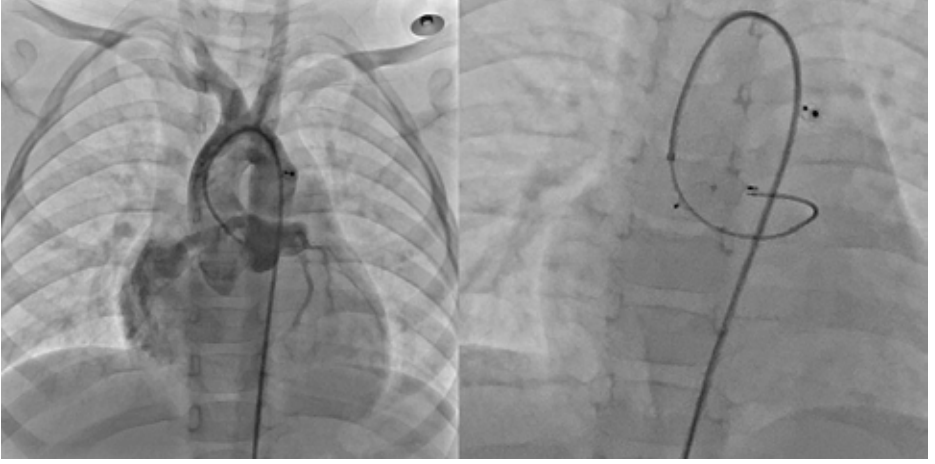
Amaç:

Aorta-sağ atriyal (Ao-RA) tünel son derece nadir, tedavi edilmediğinde ciddi komplikasyonlarla birlikte olan konjenital bir hastalıktır. Burada 3 yaşında ekokardiyografiyle tanısı konulan ve transkateter yöntemle defekti vasküler plug 4 kullanılarak kapatılan olgu sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

Üç yaşında kız hasta, 8 ay önce üfürüm duyulması üzerine yönlendirildikleri bir kardiyolog tarafından PDA tespit edilmiş ve ADO-I ile PDA kapatılmış. Sonrasında üfürümünün devam etmesi nedeniyle kliniğimize yönlendirilen hastanın ekokardiyografisinde geniş sol koroner sinüsten bir tünel yoluyla sağ atriya devamlı akım örneği alınıyordu. Akım üzerinde 30 mmHg'lık basınç farkı ölçüldü. Bunun dışında pulmoner arterde ADO cihazı ve apikal muskuler bölgede küçük bir VSD varlığı izlendi. Aorta-RA tünel ön tanısı ile hastaya anjiokardiyografi yapıldığında; anevrizmatik sol koroner sinüsten çıkan ve sağ atriya devamlı sonlanan yaklaşık 4 cm uzunluğunda, 5.5 mm çapında anormal bir tünel varlığı izlendi. Tünel 8 mm'lik vasküler plug-4 cihazı ile kapatıldı. Kontrol aort kökü anjiyografisinde vasküler plug'ın tünel ağzında stabil pozisyonda olduğu görüldü ve tünel içinden minimal şant varlığı izlendi. Hastanın düzenli kontrollerinde sol üst sternal kenarda duyulan devamlı üfürümünün kaybolduğu belirlendi.

Bulgular:



Ekokardiyografi ve 6 ay sonra yapılan anjiyokardiyografi kontrolünde tünel içinden rezidüel şant izlenmedi, hastanın ünitemizde periyodik poliklinik takipleri devam etmektedir

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde çoğu yetişkin olmak üzere 17 olguda bildirilen Ao-RA tünel koroner-kameral fistül ve sinüs valsava anevrizma rüptürüyle ayırıcı tanıya giren son derece nadir görülen konjenital bir anomalidir. Burada transkateter yöntemle yeni bir cihaz olan vascular plug-4 kullanılarak başarılı bir şekilde defekti kapatılan Ao-RA tünelli bir olguyu sunarak kendi deneyimimizi paylaşmak istedik

PB-264

NATİV VE REKKÜREN AORT KOARKTASYONLU ÇOCUKLARDA CHEATHAM-PLATİNUM STENT İMPLANTASYONU: KISA VE ORTA DÖNEM SONUÇLARIMIZ

ALİ BAYKAN, NAZMİ NARİN, ABDULLAH ÖZYURT, MUSTAFA ARGUN, ERTUĞRUL MAVİLİ, ÖZGE PAMUKÇU, SADETTİN SEZER, SERTAÇ HANEDAN ONAN, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Çocuklarda kaplı ve çıplak stent implantasyonu ile tedavi edilen aort koarktasyonu olgularının kısa ve orta dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Mart 2007 – Şubat 2012 tarihleri arasında koarktasyon tanısı alıp tedavi endikasyonu olan 4 ile 17 yaş arasındaki toplam 31 hastaya 34 stent implante edildi. Hastaların hastane kayıtları geriye dönük olarak demografik, klinik, ekokardiyografik, anjiyografik verileriyle değerlendirildi.

Bulgular:

Ağırlık ortalaması 35.2 ± 13.8 idi (16.5-76). Boy ortalaması 140.2 ± 18 (102-175) idi. izlem süresi 26 ay olup (1-60 ay), İşlem öncesi 22 (%71) hastada sistolik kan basıncı yüksekti ve 20 hasta antihipertansif kullanmakta idi. Sekiz hasta (%26) işlemden sonra antihipertansif kullanmaya devam ediyordu. 14 hasta (%44) nativ koarktasyon, 13 hasta (%43) öncesinde anjiyoplasti yapılmış, 3 hasta cerrahi ve anjiyoplasti uygulanmış, 1 hasta ise stent ve anjiyoplasti uygulanmış hastalardı. İşlem öncesi darlık bölgesindeki basınç farkı ekokardiyografide 44 ± 20.2 (19-80), kateterizasyonla 32.6 ± 18.6 (10-84); işlem sonrası ekokardiyografide 17.6 ± 12.5 (0-46) mmHg, kateterizasyonla 4 ± 5.3 (0-17) mmHg ölçüldü. Basınç farkı ekokardiyografide 46 mmHg olan hastanın son ekokardiyografi gradyenti 26 mmHg olarak ölçüldü. Anjiyokardiyografide darlık bölgesinin işlem öncesi çapı 5 ± 2.8 (1-11,4) mm, işlem sonrası çapı 13 ± 3 (8.0-20) idi. Stentlerin onbiri çıplak(%32), yirmüçü(%68) kaplı stentti. İşlemden ortalama 18 ay sonra 3 hastaya stent redilatasyon uygulandı. 3 hastada işlem sırasında stent migrasyonu gerçekleşti; bunların birinde stent uygun yerine geri çekilebilirken, iki hastada darlık bölgesinin distalindeki anevrizmatik aortaya itilerek burada açıldı ve ikinci başka bir stent darlık bölgesine implante edildi. Bunun dışında ölüm ya da ciddi komplikasyon gerçekleşmedi. İzlemde hastaların beşine restenoz şüphesiyle anjiyokardiyografi, 20 hastaya ise rutin tomografi tomografi incelemesi yapıldı, geri kalan altı hastadan tomografi için onam alınamadığından çekirilemedi. Tomografisi çekilen 20 hastada önemli stent komplikasyonu saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

İşlem sonrası orta ve uzun dönem takip sonuçlarımız stent implantasyonunun koarktasyon gradyentinin azaltılması ve koarktasyon çapının genişletilmesinde etkili, güvenli ve uygulanabilir bir yöntem ve olduğunu düşündürmektedir.

PB-265

KÜÇÜK BEBEKLER İÇİN YENİ BİR AMPLATZER DUKTAL OKLÜDER II (İLAVE BOYUTLAR): KLİNİĞİMİZİN İLK DENEYİMLERİ

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

6 kg altındaki bebeklerde transkateter PDA kapatılması daha sorunlu olabilmektedir. Bu amaçla yeni üretilmiş olan ilave boyutlu Amplatzer duktal oklüder II (ADO II AS) bize bu konuda bir takım avantajlar sunmaktadır. Kliniğimizin küçük bebeklerdeki ADO II AS ilk deneyimleri, başarı oranı ve komplikasyonları bu çalışmada değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ağustos ve Aralık 2011 tarihleri arasında ADO II AS kullanılan 6 küçük bebeğin özellikleri değerlendirilmiştir

Bulgular:

Ortalama yaş 4 ay (2-7 ay); ortalama ağırlık 4.4 kg (4–9.5 kg). Ortalama PDA çapı 2.12 ± 0.57 mm, uzunluğu 4.41 ± 0.92 mm olarak ölçüldü. Bir hastada ADO II AS ile defekt kapatılamadı, cihaz geri alındı, defekt ADO II ile kapatıldı. Geri kalan hastaların hepsinde PDA'nın oklüzyonu girişim yapıldığı gün gerçekleşti. Majör veya minör komplikasyon olmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Küçük bebeklerde ADO II AS ile transkateter PDA kapatılması güvenli ve etkindir, yüksek kapanma oranı mevcuttur. Cihaz özel tasarımı nedeniyle desandan aorta veya sol pulmoner arterde darlığa neden olmaksızın tamamen duktusun içinde bırakılabilir. Ayrıca daha küçük kılıf kullanımı ve daha yumuşak şeklinin kullanım avantajı vardır.

PB-266

KALP KATETERİZASYONU YAPILAN ÇOCUKLARDA KATETER GİRİŞ YERİNE AİT LOKAL KOMPLİKASYONLAR

GÖKMEN ÖZDEMİR, BİRSEN UÇAR, EMİNE YÜZBAŞIOĞLU, ALİ YILDIRIM, PELİN KÖŞGER, TEVFIK DEMİR, ZÜBEYİR KILIÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Amaç:

Pediyatrik kalp kateterizasyonu, konjenital kardiyak hastalıklarının tanısında ki önemini

sürdürürken son dönemde bu hastalıkların tedavisinde de sıklıkla uygulanan bir yöntem olmuştur. Son yıllarda gelişen donanım ve teknolojiye rağmen kateter giriş yerine ait komplikasyonlar nadir değildir. Bu komplikasyonlar, kateter giriş yerinde tromboz, diseksiyon, arteriyovenöz fistül, kanama, enfeksiyon ve distal embolizasyon oluşumu olarak özetlenebilir. Çalışma ile kateter giriş yerine ait komplikasyon sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde Mayıs 2006 – Aralık 2011 arasında kalp kateterizasyonu yapılan 444 hastanın kayıtları, ponksiyon yerinde gelişen lokal komplikasyonlar, tedavi yaklaşımları ve eşlik eden risk faktörleri yönünden retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Hastaların, yaşları 1 gün ile 17.5 yaş arasında değişmekte (median 3 yaş) olup, 220'si kız (%49.5), 224'ü erkek (%50.5) idi. Hastaların 256'sına (%58) tanısal, 188'ine (%42) girişimsel işlem amacıyla kalp kateterizasyonu yapıldı. Kateterizasyon işlemi esnasında ve sonraki ilk 24 saat içinde girişim yerine ait komplikasyon gelişen 42 (%9.4) hastanın yaşları 1 gün ile 12 yaş arasında değişmekte (median 2.5 ay) olup, %81'i 2 yaş altıydı ve median ağırlıkları 4.4 kilogramdı. Komplikasyon gelişen hastaların %59.5'ine girişimsel, %40.5'ine diagnostik kateterizasyon yapılmış olup bu hastaların %23.8'sinde aort koarktasyonu saptanmış ve %8'inde koarktasyona stent uygulanmıştı. Vasküler komplikasyon gelişen hastaların 26'sında arteriyel ve birinde venöz tromboz gözlemlendi. Ayrıca iki hastada diseksiyon ve 13 hastada kanama gelişti. Vasküler komplikasyon gelişen hastaların 17'sine heparin, birine streptokinaz, 2'sine doku plazminojen aktivatörü (t-PA) ve 7'sine heparin ve sonrasında streptokinaz verildi. Fibrinolitik tedaviye rağmen femoral arterdeki trombozu devam eden bir hastaya cerrahi olarak tromboektomi ve greft uygulandı. Venöz trombozu olan hastaya da heparin infüzyonu sonrası izlemde düşük moleküler ağırlıklı heparin başlanarak takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:

Terapötik kalp kateterizasyonu yapılan, özellikle de küçük çocukların, lokal vasküler komplikasyonlar yönünden yakın takibi ve tromboz saptanan olguların, antitrombotik ve fibrinolitik ajanlarla erken dönemde tedavi edilmesinin hastaların sekelsiz olarak iyileşmesi açısından son derece önemli olduğu sonucuna varıldı.

DESSENDAN AORTA VE SOL ALT PULMONER VEN ARASINDAKİ ARTERİOVENÖZ FİSTÜLÜN AMPLATZER VASKULER PLUG II İLE OKLÜZYONU

MUSTAFA KÖSECİK, NURULLAH DOĞAN

ÖZEL BAHAR HASTANESİ, BURSA

Amaç:

Doğumsal torasik arteriovenöz fistüller nadiren görülür. Dessendan aorta ve sol alt pulmoner ven arasındaki doğumsal arteriovenöz fistüller ise çok daha nadirdir. Bu bildiride amacımız diyafragma üstü seviyede dessendan aortadan köken alarak sol alt pulmoner vene drene olan ve **Amplatzer Vaskuler Plug II** ile tam oklüzyon sağlanan arteriovenöz fistüllü bir olgu sunumu yapmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Kilo alamama ve kalbinde üfürüm duyulması nedeniyle hastanemiz Çocuk Kardiyolojisi ünitesine gönderilen 20 aylık kız hasta.

Bulgular:

Yaşına göre kilo alımı yetersiz olan hastanın muayenesinde apeks ve sırtta 2/6 sistolik üfürüm vardı. Ekokardiyografik incelemesinde sağa göre daha geniş sol kalp boşlukları, orta derecede mitral kapak yetersizliği ve sol atriya alt pulmoner venden beklenenden daha fazla kan akımı olduğu ve sol atriya lateralinde alt pulmoner venle bağlantılı orijini saptanamayan ilave damar varlığı izlendi (Resim 1). Bu bulgumuzu doğrulamak amacıyla yaptığımız **Multislice BT Anjio'** da diyafragma üstü seviyede dessendan aortadan köken alarak sol alt pulmoner vene uzanan anormal ilişki (aorta-venöz fistül) tespit ettik (Resim 2,3). Kalp yetersizliği bulguları olan hastada fistül oklüzyonu **Amplatzer Vaskuler Plug II** cihazı kullanılarak başarıyla gerçekleştirildi (Resim 4).

Tartışma ve Sonuç:

Arterivenöz fistüllerin tedavisinde **Amplatz Vaskuler Plug II** cihazı ile oklüzyon öncelikli tedavi yöntemi olmalıdır.





PB-268

AMPLATZER DUCT OCLUDER 2 İLE PDA KAPATILMASI YAPILAN OLGUDA İZLENEN İLERİ DERECEDE REZİDÜEL ŞANTIN AMPLATZER DUCT OCLUDER 1 CİHAZI İLE TAM KAPATILMASI

MUSTAFA ORHAN BULUT¹, YÜKSEL KAYA²

¹ VAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ, VAN

² VAN YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, VAN

Özet:

Transkateter yöntemle PDA'nın kapatılması küçük-orta defektlerde; defekt bölgesinde anevrizma ve kalsifikasyonun olmadığı ve eşlik eden konjenital kalp hastalığı yokluğunda tercih edilmelidir. Cerrahi tedavinin mortalitesi %1.3'dür.

Bu yazıda daha önce perkutan transkateter yöntemle ADO2 cihazı kullanılarak PDA kapama işlemi yapılan bir olguda rezidüel defektin ADO1 cihazı ile başarılı bir şekilde kapatılması sunuldu.

Olgu Sunumu:

12 yaşında kız çocuğu; son bir aydır olan çabuk yorulma, çarpıntı ve göğüs ağrısı yakınması başvurdu. Özgeçmişinde 10 yaşında erişkin kardiyoloji tarafından delik kapatıldığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde sol klavikula altında 3/6 dereceden devamlı üfürüm tespit edildi.

Ekokardiyografik incelemede; inen aorta ile pulmoner arter arasında duktusa ait sol-sağ şant izlendi. Duktus çapı 6 mm olarak ölçüldü. Olguya sağ ve sol kalp kateterizasyonu

yapıldı. Sol lateral pozisyonda arcus aortadan yapılan sineanjiografide daha önce yerleştirilen ADO2 cihazı izlenirken verilen kontrastın inen aortadan duktus yolu ile pulmoner artere geçtiği görüldü . Sağ femoral ven- RA-RV-MPA-duktus yolu ile desendan aortaya girilerek exchange katater yerleştirildi.Exchange katater üzerinden defekte ADO1cihazı yerleştirildi. Cihaz serbest bırakıldıktan sonra 10. dakikada yapılan sineanjiografide duktusun tamamen oklude olduğu görüldü. İşlem sırasında ve sonrasında komplikasyon izlenmedi.

Tartışma:

Transkateter yöntemle PDA'nın kapatılması küçük-orta defektlerde; defekt bölgesinde anevrizma ve kalsifikasyonun olmadığı ve eşlik eden konjenital kalp hastalığı yokluğunda tercih edilmelidir. Cerrahi tedavinin mortalitesi %1.3'dür. Transkateter yöntemle PDA kapama deneyimli merkezlerde defektin boyutu ve anatomik yapısına uygun cihaz kullanımı ile birlikte başarılı bir şekilde uygulanmaktadır.

PB-269

GİRİŞİMSSEL YOLLA KAPATILMIŞ ATRİAL SEPTAL DEFEKT OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZLEM TURAN, AYŞE ŞİMŞEK, MURAT ÇİFTEL, FIRAT KARDELEN, GAYAZ AKÇURİN, HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

Amaç:

Kliniğimizde girişimsel olarak kapatılan atrial septal defekt (ASD) olgularımızın geriye dönük olarak değerlendirilmesi ve komplikasyonlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Akdeniz üniversitesi çocuk kardiyoloji bilim dalında aralık 2006- ocak 2012 yılları arasında ASD tanısıyla izlenerek girişimsel yolla kapatılma işlemi uygulan 40 hastamızın sonuçları bildirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların 24'ü (%60) kız, 16'sı (%40) erkekti. Hastaların işlem sonrası ortalama izlem süresi 29,4±18,7 ay (2- 64 ay), ortalama yaşları 8,0±2,4 (5- 14 yaş), ortalama ağırlıkları 26,8±8,7 kg (16- 47 kg) saptandı. Tanısal hemodinamik değerlendirmede ortalama akımlar oranı 1,6±0,1 saptandı. Hastaların 33'ünde 'Amplatzer', 4'ünde 'Occlutech' ve 3'ünde 'Biostar' occluder cihazları kullanıldı. Hastaların hepsinde kapatma işlemi transözafagial ekokardiografi eşliğinde yapıldı. İşlemde kullanılan cihaz boyutu 'baloon sizing' yöntemi ile belirlendi. Kullanılan ortalama Amplatzer cihaz çapı 16,6 olarak belirlendi. Olguların 2 si cihazların uygun pozisyonda yerleştirilememesi ve geri

alınamaması nedeni ile operasyona yönlendirildi. 1 hastada geçici tam AV blok geliştiği için işlem sonlandırıldı. Hastaların operasyon sonrası izlemlerinde ek komplikasyon gelişmedi. Olguların 1.ay kontrollerinde yapılan holter monitörizasyonunda disritmi izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Çocuklarda transkateter yolla sekundum ASD kapatılmasının seçilmiş olgularda uygun ve güvenilir bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

PB-270

PATENT DUCTUS ARTERİYOZUSUN GİRİŞİMSEL YOLLA KAPATILMASI; KLİNİK DENEYİMİMİZ

ÖZLEM TURAN, AYŞE ŞİMŞEK, MURAT ÇİFTEL, GAYAZ AKÇURİN, FIRAT KARDELEN, HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANTALYA

Amaç:

Girişimsel yolla kapatılan patent duktus arteriyozus (PDA) olgularımızın verilerinin geriye yönelik olarak sunulması, izlemleri hakkında bilgi verilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Akdeniz üniversitesi çocuk kardiyoloji bilim dalında haziran 1998- ocak 2012 yılları arasında PDA tanısıyla izlenerek girişimsel yolla kapatılan 140 hastamızın verileri ve izlemleri bildirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların 100'ü (% 71,5) kız, 40'ı (% 28,5) erkekti. Hastaların işlem sonrası ortalama izlem süresi 58,8±43,3 (1 ay-150 ay), ortalama yaşları 4,2±3,3(4 ay-16 yaş) saptandı. Kapama işlemine alınan olguların 45'inde (% 32,1) ek kardiyak anomali saptanmıştır. Hastalarda kullanılan cihaz seçimi ductusun tipine ve çapına uygun olarak yapılmıştır. Hastaların 26'sında (% 18,5) PFM nit-occlud coil, 89'unda (% 63,5) cook coil, 25'inde (% 18) amplatzer duktal okluder kullanılmıştır. Amplatzer duktal okluder kullanılan olguların sadece 3'ünde ADO-I tercih edilmiştir. Hastaların 2' si hariç hepsinde antegrad yaklaşımla cihaz yerleştirilmiştir. İşlem sırasında 1 hasta cihazın pulmoner artere embolizasyonu nedeni ile operasyona yönlendirilmiş, 2 hastada rezüdü şant nedeni ile birden fazla cihaz yerleştirilmesi gerekmiştir. Hastaların işlemleri sonrasında ekokardiografik değerlendirmede 1.gün 25 (% 17,5) hastada, 1.ay 6 (% 4,2) hastada rezidu şant izlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç:

Günümüzde transkatater yolla patent duktus arteriyozus kapatılmasının uygun ve güvenilir bir yöntem olduğu bilinmektedir. Klinik deneyim olarak uygulamaya başladığımız ilk yıllarda kullandığımız PFM nit-occlud cihazlarla rezüdüal şant ve birden fazla girişim ihtiyacının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Kapama işlemindeki başarının doğru cihaz seçimi ile artacağı unutulmamalıdır.

PB-271

ATRIYAL SEPTOSTOMİNİN SEREBRAL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ

DEMET TEREK, MEHMET YALAZ, SEMA TANRIVERDİ, ERTÜRK LEVENT,
ÖZGE ALTUN KÖROĞLU, MURAT DEVECİ, RUHİ ÖZYÜREK, NİLGÜN KÜLTÜRSAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İZMİR

Olgu:

Giriş ve Amaç: Siyanotik Konjenital kalp hastalıklarına (KKH) ilişkin mortalite, teknolojinin gelişmesiyle giderek azalmakta ve nörolojik morbidite önem kazanmaktadır. Son yıllarda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde sık olarak kullanılan yatak başı a-EEG monitorizasyonu elektroserebral aktivitenin bipariyatel elektrodlar yolu ile sürekli izlemine sağlar. Düşük voltajlı a-EEG paterni kötü nörolojik sonuçlar ile ilişkilidir. KKH olan bebeklerde ise rutin kullanım olmadığı için a-EEG değişiklikleri ve prognostik değeri ile ilişkili yeterli bilgi yoktur. Burada siyanotik KKH nedeniyle yaşamının ilk saatlerinde septostomi yapılan iki hastanın septostomi öncesi ve sonrasında a-EEG bulguları sunulmuştur. Olgu sunumu: I. olgu: 39 haftalık 2820 gr olarak doğan kız hasta, doğumdan sonra oksijen desteğine rağmen saturasyonlarının yükselmemesi ve solunum sıkıntısı nedeniyle yatırıldı. Acil olarak yapılan ekokardiyografisinde; d-TGA , PFO ve 1,5 mm restriktif PDA saptandı. ASD 'si olmadığı için prostaglandin infüzyonu başlanan hastaya acil balon septostomi uygulandı. Oksijen saturasyonu %64 iken septostomi sonrası % 84-90 olarak saptandı. Olgunun septostomi öncesi a-EEG monitorizasyonunda ağır serebral hasarı gösteren zemin aktivitesi saptanırken işlem sonrasında iyileşme lehine orta serebral hasarı gösteren zemin aktivitesi ve normalde olması gereken uyku uyanıklık sikluslarının belirginleştiği görüldü. II. olgu: 39 haftalık 3020 gr doğan erkek hasta , doğumdan sonra oksijen desteğine rağmen saturasyonlarının yükselmemesi , solunum sıkıntısı ve üfürümü nedeniyle yatırıldı. Acil olarak yapılan ekokardiyografisinde; d-TGA , restriktif-küçük PDA saptandı. ASD 'si olmadığı için prostaglandin infüzyonu başlanan hastaya acil balon septostomi uygulandı. Oksijen saturasyonu %60 iken septostomi sonrası % 88-90 olarak saptandı. Olgunun septostomi öncesi a-EEG ile yapılan monitorizasyonunda ağır serebral hasarı gösteren zemin aktivitesi saptanırken işlem sonrasında uyku uyanıklık siklusları saptandı. Yorum: Siyanotik KKH beyin hasarı için risk faktörüdür. Erken dönemde a-EEG ile beyin monitorizasyonu bu hastaların nörolojik

prognozunu belirlemek için klinikte yer bulabilir. Olgularımızda balon septostominin nörolojik prognoza olumlu etkisini düşündürecek a-EEG bulguları elde edilmiştir. Ancak a-EEG değişiklikleri ve prognoz ile ilgili yeterli bilgi sağlanması için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

PB-272

TROMBOEMBOLİK PULMONER HİPERTANSİYONU OLAN 13 YAŞINDAKİ ERKEK HASTADA BİLATERAL TROMBOENDARTEREKTOMİ

RANA OLGUNTÜRK¹, AYHAN ÇEVİK¹, SERDAR KULA¹, BEDRETTİN YILDIZELİ²,
AYHAN PEKTAŞ¹, SEDEF TUNAOĞLU¹, DENİZ OĞUZ¹

¹ GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

² MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Olgu:

Kliniğe dispne ve yorgunluk hissi nedeniyle başvuran 11 yaşındaki erkek çocuğuna hidrosefali nedeniyle yerleştirilen ventrikulo-peritoneal (VP) şantın yedi yıl önce işlevsiz hale geldiği ve bu nedenle ventriküloatrial (VA) şant ile değiştirildiği, ardından beş yıl önce, VA şantın da işlevsizleştiği için yerinden çıkarıldığı öğrenildi. Kalp muayenesinde ritmik S1 ve sert S2 duyuldu, ancak üfürüm belirlenmedi. Telekardiografide belirgin pulmoner konus ve 0.5'ten büyük kardiyotorasik indeks saptandı. Elektrokardiyografi değerlendirmesi, sinus ritmine (75 vuru/dakika) eşlik eden sağ ventrikül hipertrofisi ve inkomplet sağ dal bloğu olarak yorumlandı. Ekokardiyografide süperior vena kava-sağ atrium bileşkesindeki akımın arttığı, pulmoner hipertansiyon bulgularının ortaya çıktığı ve özellikle sağ dalda daha belirgin olmak üzere pulmoner arterlerin genişlediği gözlemlendi (Şekil 1). Kateter anjiyografide pulmoner arter basıncı: 83/50-67 mmHg, pulmoner direnç: 6.3 Wood Units/m2 ve sistemik direnç: 37.7 Wood/Unit/m2 olarak ölçüldü. Bilgisayarlı tomografide ise ana pulmoner arter çapının genişlediği ve 45 mm'e ulaştığı görüldü. Manyetik rezonans görüntüleme, kalp içi yapıların hiçbirinde trombus oluşumunun meydana gelmediğini gösterdi. Lupus antikoagulanları, antikardiolipin antikorları, protein C ve S düzeyi/etkinliği, antitrombin III, faktör V Leiden ve protrombin gen mutasyonları başta olmak üzere trombofili testleri negatifti. Bunun üzerine bosentan tedavisi başlanan hastanın yakınmaları gerilese de tam bir iyileşme sağlanamadı. Kronik pulmoner tromboembolizm'e ikincil pulmoner hipertansiyon geliştiği düşünülen olguda pulmoner arter endarterektomi gerçekleştirildi (Şekil 2). Pulmoner endarterektomi yapılırken sırasıyla median sternotomi, kardiopulmoner by-pass, dönemsel olarak dolaşımın durduğu derin hipotermi, ardından sağ ve sol pulmoner arterlerin endarterektomisi gerçekleştirildi. Tekrar ısınma döneminde, pulmoner arter basınçlarının yeterince normalleştiği görüldüğünden hastada bulunan patent foramen ovale cerrahi olarak kapatıldı. Ameliyat yapıldıktan altı saat sonra

damar içi heparin tedavisi başlanmıştır. Cerrahi sonrası tromboz profilaksisi için warfarin antikoagülasyonu başlatılmış ve uluslararası normleştirilmiş oran (INR) değerlerinin tedavi edici aralıkta kalması sağlanmıştır. Cerrahi sonrası dönemde kardiopulmoner hemodinamik parametreler tekrar değerlendirilmiş ve pulmoner arter basıncı 30/16-22 mmHg olarak belirlenmiştir. Hasta, ağızdan uygulanan antikoagölan tedavi reçete edilerek taburcu edilmiştir. Ameliyattan üç ay sonra yapılan değerlendirilmesinde , hastanın efor kapasitesinde, laboratuvar ve ekokardiyografi parametrelerinde belirgin düzelme görülmüştür.

ROMATİZMA

AKUT ROMATİZMAL KARDİT İZLEMİNDE NT-PROBNP’NİN ÖNEMİ

KAZIM ÜZÜM, FEYZA HÜSREVOĞLU, MUSTAFA ARGUN, ALİ BAYKAN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKÇU, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Akut romatizmal ateşli (ARA) çocuklarda tanı anında, tedavi sırasında ve sonrasında N-terminal ProB natriüretik peptid (NT-ProBNP) düzeylerinin ölçülerek klinik ve laboratuvar bulgularıyla korelasyonunu saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya yaş aralığı 5-16 arasında değişen 20 ARA tanılı hasta ve kontrol grubu için de 20 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 40 çocuk alındı. Hastaların tanı anında ve, tedavi sonrası birinci hafta, birinci ve üçüncü ay proBNP, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) düzeyleri alındı. Bütün hastaların ekokardiyografik incelemeleri yapıldı. Hastalara antiinflamatuvar tedavi olarak 2mg/kg/gün dozunda steroid 2-4 hafta süreyle verildi ve steroid dozu azaltılırken aspirin tedavisi 75-100 mg/kg/gün eklendi.

Bulgular:

Akut romatizmal karditli çocuklarda NT-ProBNP seviyelerinin tanı anında ve tedavinin birinci haftasında, kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi. Birinci ve 3. ay serum NT-proBNP düzeyleri açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastalardaki yüksek akut faz reaktan düzeylerinin steroid tedavisi ile serum NT-proBNP düzeylerine paralel olarak gerilediği ve tedavi sonrası normale döndüğü gözlemlendi. Tanı anında ve 1. haftada NT-ProBNP düzeyleri ile ESH düzeyleri arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. ARA hastalarının ekokardiyografik değerlendirmesinde, sol atrium çapının çalışma süresince giderek azaldığı, tanı anında ve 1. haftada ölçülen ortalama sol atrium çaplarının 3. ay ölçülen ortalama sol atrium çapından istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi. Hasta grubunda tanı anında, 1. hafta, 1. ay, 3. ay sol atrium çapları ile aynı dönemdeki NT-ProBNP düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı. ARA hastalarının NT-ProBNP düzeyleri ile C-reaktif protein ve ekokardiyografide mitral yetmezliğinin derecesi arasında çalışma sürecinin hiçbir döneminde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Bu çalışma ile serum NT-proBNP düzeylerinin akut romatizmal karditli hastalarda kardiyak tutulumun bir göstergesi olarak arttığı izlenmekle birlikte sol atriumdaki genişleme ile korele olarak artmaması dikkat çekmiştir. İzleminde kardiyak tutulumu ve hemodinamiyi gösteren değerli bir belirteç olduğu gözlemlenmiştir.

ROMATİZMAL KAPAK HASTALIĞI TANISINDA TENASCİN-C'NİN ÖNEMİ

ZEHRA KARATAŞ, TAMER BAYSAL, FATİH ŞAP, HAKAN ALTIN, HÜMEYRA ÇİÇEKLER

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Bu çalışma çocukluk çağı döneminde romatizmal veya doğuştan kapak hastalıklarının (DKH) ayırıcı tanısında TnC'nin kullanımını araştırmak ve bu hastalarda oksidan-antioksidan sistemi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma yaşları 3-17 yıl olan, üç gruptan [(DKH (n = 25), kronik romatizmal kapak hastalığı (KRRH, n = 25), kontrol (n = 20)] oluşmaktaydı. Tenascin-C, total anti-oksidan kapasite (TAK), total oksidan durum (TOD) ve oksidatif stres indeksi (OSİ) değerleri gruplar arasında karşılaştırıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda ANOVA ve Mann whitney-U testi kullanıldı.

Bulgular:

Tablo 1. Grupların tenascin-C, total oksidan durum ve total anti-oksidan kapasite yönünden karşılaştırılması				
	KRRH Grup (n = 25)	DKH Grup (n = 25)	Kontrol Grup (n = 20)	p değeri
Tenascin-C (ng/ml)	9.09 (0.94-46.30)	2.97 (0.66-11.80)	4.72 ± 1.77	p1<0.001 p2<0.05 p3>0.005
TOD (μmol H ₂ O ₂ Eq/L)	12.42 (8.23-31.76)	12.45 (8.77-20.88)	13.78 ± 2.40	p1>0.05 p2>0.05 p3>0.05
TAK (mmol Trolox Eq/L)	4.21 ± 0.27	3.82 ± 0.28	3.91 ± 0.18	p1>0.05 p2>0.05 p3>0.05
OSİ (arbitrary unit)	2.92 (2.18-7.03)	3.26 (2.46-6.0)	3.51 ± 0.54	p1>0.05 p2>0.05 p3>0.05
DKH: Doğuştan kapak hastalığı, KRRH: Kronik romatizmal kapak hastalığı, OSİ: Oksidatif stres indeksi, TAK: Total anti-oksidan kapasite, TOD: Total oksidan durum, p1: KRRH grup ile konjenital grup arasında, p2: KRRH grup ile kontrol grubu arasında p3: Konjenital grup ile kontrol grup arasında				

Kronik romatizmal kapak hastalığı olan olgular 13.52 ± 2.71 yaşındaydı ve %88'inde

mitral yetmezlik, %40'ında ise aort yetmezliği vardı. Doğuştan kapak hastalığı grubundaki hastalar 10.91 ± 4.19 yaşındaydı ve 14'ünde (%56) mitral kapak prolapsusu, 10'unda (%44) biküspit aorta mevcuttu. Kronik romatizmal kapak hastalığı grubunun TnC düzeyleri, DKH ve kontrol gruplarından yüksek bulundu (sırasıyla $p < 0.01$, $p < 0.05$). Doğuştan kapak hastalığı grubu ile kontrol arasında TnC düzeyleri açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. Gruplar arasında TAK, TOS ve OSİ değerleri açısından ise farklılık saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç:

Tenascin-C, romatizmal kapak hastalıklarının tanısında ve konjenital kapak hastalıkları ile ayırıcı tanısında kullanılabilen bir biyokimyasal marker olarak kullanılabilir. Kronik romatizmal ve doğuştan kapak hastalıklarında oksidan ve antioksidan sistemlerin denge içinde olması, oksidatif stresin KRRH etiopatogenezinde belirgin rolü olmadığını düşündürmektedir.

PB-275

AKUT ROMATİZMAL ATEŞİN TANISINDA YENİ BİR BİYOKİMYASAL MARKER: İSKEMİK MODİFİYE ALBÜMİN

ZEHRA KARATAŞ, TAMER BAYSAL, FATİH ŞAP, HAYRULLAH ALP, İDRİS MEHMETOĞLU

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

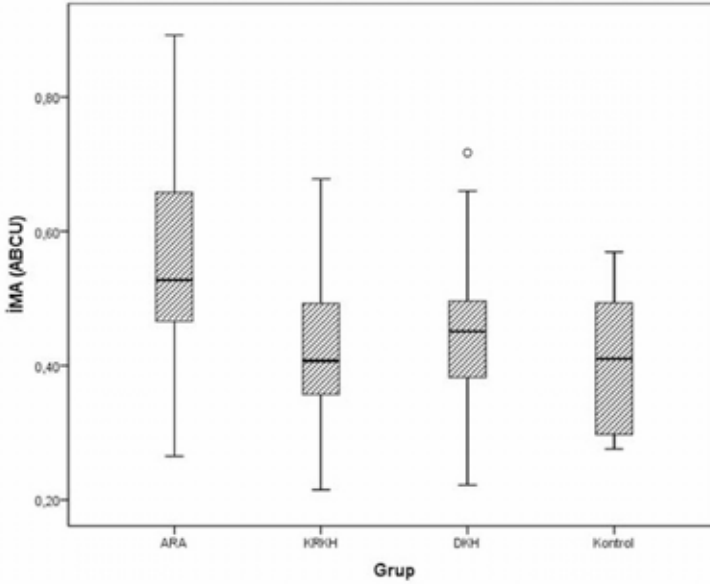
Amaç:

Bu çalışma erken kardiyak iskemiyi gösterebilen iskemik modifiye albümin (İMA)'ın, akut romatizmal ateşin (ARA) tanısında kullanılabilirliğini araştırmak ve çocukluk çağı döneminde romatizmal veya doğuştan kapak hastalıklarında (DKH) İMA düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma grupları yaşları 5-18 yaş arasında olan dört gruptan [ARA (n = 40), DKH (n = 35), kronik romatizmal kapak hastalığı (KRRH, n = 33) ve kontrol (n = 20)] oluşmaktaydı. Akut romatizmal ateşli hastalar majör tanı kriterlerine göre üç gruba [kardit (n = 18), izole artrit (n = 12) ve kore (n = 10)] ayrıldı.

Bulgular:



Doğuştan kapak hastalığı, KRRH ve kontrol gruplarının İMA düzeyleri arasında farklılık yokken ARA grubunun İMA düzeyleri tüm gruplardan istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p<0.001$). Ayrıca ARA grubunda İMA düzeyleri ile akut faz reaktanları arasında pozitif ilişki bulundu (BK için $p<0.01$, ESR ve CRP için $p<0.001$). ARA kardit ve izole artrit gruplarının İMA düzeyleri, kontrol grubundan yüksek iken (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.01$) kore grubunun İMA düzeyleri kontrol grubu ile benzerdi. Kronik romatizmal kapak hastalığı olanların % 93.93'ünde mitral yetmezlik, %39.39'unda aort yetmezliği vardı. Konjenital grubun % 54.28'inde mitral kapak prolapsusu, % 45.71'inde ise biküspit aorta mevcuttu.

Tartışma ve Sonuç:

Akut romatizmal ateş tanısında İMA düzeyleri bir biyokimyasal marker olarak kullanılabilir. Ayrıca akut dönemde izole artrit grubunun İMA düzeylerinin yüksek olması izole artritlilerde de kardiyak etkilenmenin olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, romatizmal kapak hastalığı, konjenital kapak hastalığı, iskemik modifiye albümin, çocuklar

AKUT ROMATİZMAL ATEŞTE TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI SERUM İSKEMİK MODİFİYE ALBÜMİN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYSUN TOKER, ZEHRA KARATAŞ, HAKAN ALTIN, FATİH ŞAP, SEVİM KARAARSLAN, HÜMEYRA ÇİÇEKLER

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

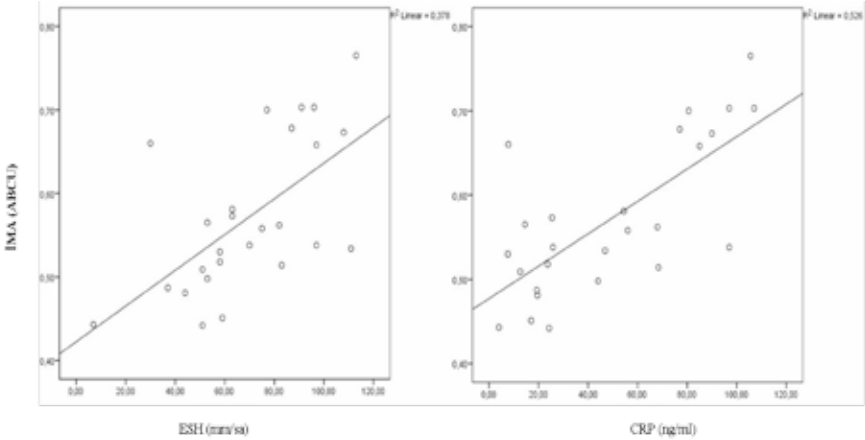
Amaç:

Bu çalışmanın amacı akut romatizmal ateşte (ARA) anti-inflamatuvar tedavi öncesi ve sonrasındaki iskemik modifiye albümin (İMA) düzeylerini karşılaştırmaktır.

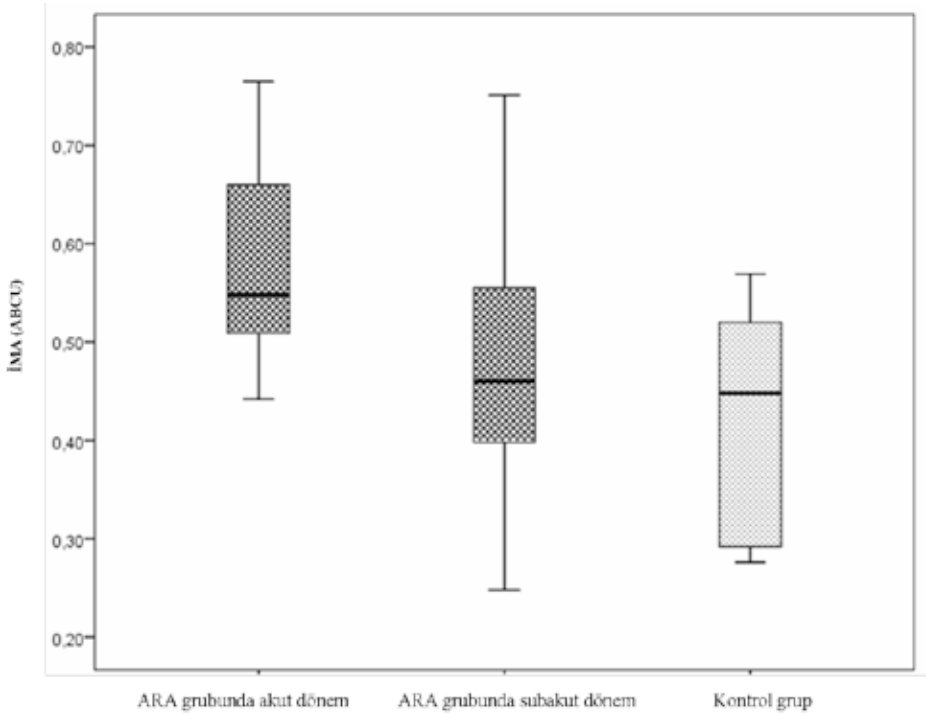
Gereç ve Yöntem:

Çalışma ARA grubu (n = 27) ve yaş-cinsiyet olarak eşleştirilmiş kontrol grubundan (n = 20) oluşturuldu. Akut romatizmal ateş tanısı modifiye Jones kriterlerine göre konuldu. ARA grubundaki hastalarda beyaz küre, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) ve serum İMA düzeyleri, akut dönemde ve akut faz reaktanlarının normale döndüğü subakut dönemde çalışıldı.

Bulgular:



Şekil 2. Akut romatizmal ateş grubun akut dönemindeki iskemik modifiye albümin düzeylerinin akut faz reaktanları ile ilişkisi



Şekil 1. Akut romatizmal ateş grubun akut ve subakut dönemdeki iskemik modifiye albümin düzeylerinin kontrol grubu karşılaştırılması

Akut romatizmal ateş grubunun tedavi öncesi akut dönemdeki serum İMA (ABSU) düzeyleri (0.57 ± 0.9) kontrol grubundan yüksek bulundu (0.41 ± 0.10 , $p < 0.001$). ARA grubunda subakut dönemdeki serum İMA düzeylerinin (0.48 ± 0.12) kontrol grubu ile benzer olmasına karşın tedavi öncesine göre azaldığı bulundu ($p < 0.01$). ARA grubunda akut dönemdeki serum İMA düzeyleri ile ESH ve CRP düzeyleri arasında pozitif ilişki bulundu (sırasıyla $r = 0.605$, $r = 0.543$, $p < 0.01$).

Tartışma ve Sonuç:

Akut romatizmal ateşte artmış İMA düzeylerinin inflamasyonla ilişkili olduğunu ve ARA tanısında akut faz reaktanı olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, iskemik modifiye albümin, inflamasyon, tedavi

AKUT ROMATİZMAL ATEŞTE SERUM OKSİDATİF STRES VE PARAOKSONAZ-1 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ZEHRA KARATAŞ, TAMER BAYSAL, HAYRULLAH ALP, AYSUN TOKER, SEVİM KARAARSLAN

KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

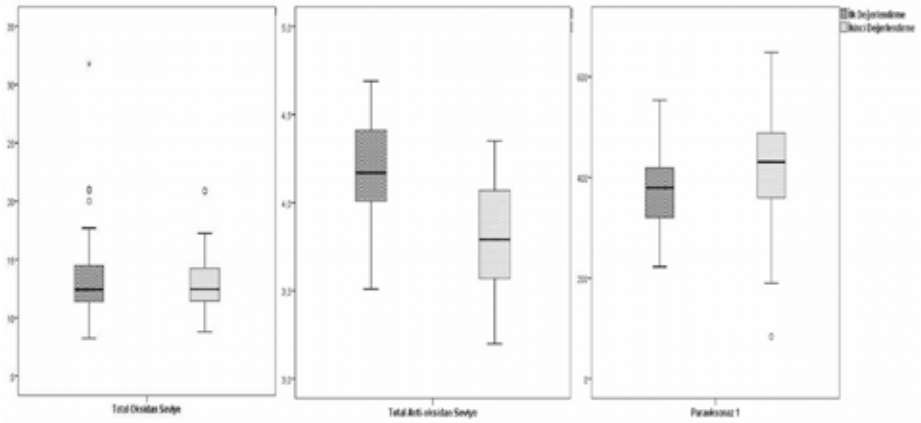
İnflamatuvar bir hastalık olan akut romatizmal ateş (ARA)'te oksidatif stresin arttığı ve PON1'in de inflamatuvar durumlarda azaldığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı ARA'da oksidatif stresi ve paraoksonaz 1 (PON1) aktivitesini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

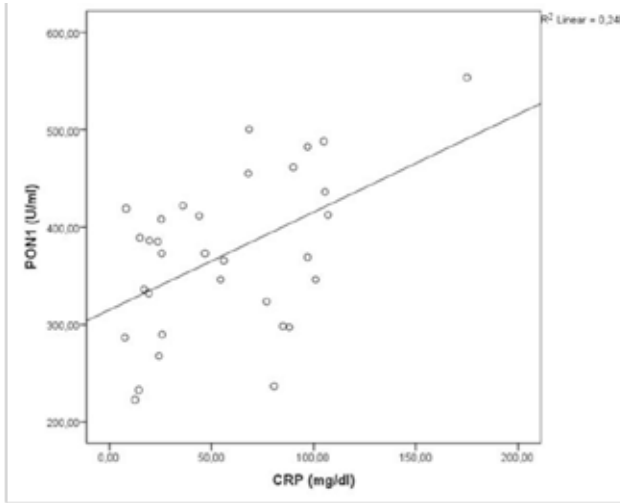
Çalışmaya ARA tanısı alan 32 hasta (18 kız, 14 erkek; ortalama yaş 10.75 ± 2.74 yıl) ile kontrol grubu olarak 20 olgu (9 kız, 11 erkek; ortalama yaş 11.85 ± 2.88 yıl) alındı. ARA grubunda serum total oksidan durum (TOD), total anti-oksidan kapasite (TAK), oksidatif stres indeksi (OSİ) düzeyleri ve PON1 aktivitesi başvuru anında ve akut faz reaktanlarının normale döndüğü dönemde iki kez çalışıldı. Serum TOD ($\mu\text{mol H}_2\text{O}_2 \text{ Eq/L}$) ve TAK (mmol Trolox Eq/L) seviyeleri spektrofotometrik yöntemle, serum PON1 aktivitesi ELİSA yöntemi ile U/ml olarak ölçüldü.

Bulgular:

Tablo 1. Akut romatizmal ateş grubunda ilk ve ikinci değerlendirmedeki serum oksidatif stres parametrelerinin ve paraoksonaz 1 aktivitesinin kontrol grubu ile karşılaştırılması				
	ARA grubu (n = 32)		Kontrol (n = 20)	p değeri
	İlk değerlendirme	İkinci değerlendirme		
TOD ($\mu\text{mol H}_2\text{O}_2 \text{ Eq/L}$)	12.42 (8.23-31.76)	12.45 (8.77-20.88)	13.78 ± 2.40	$p1 > 0.05$ $p2 > 0.05$ $p3 > 0.05$
TAK (mmol Trolox Eq/L)	4.21 ± 0.27	3.82 ± 0.28	3.91 ± 0.18	$p1 < 0.001$ $p2 > 0.05$ $p3 < 0.001$
OSİ (arbitrary unit)	2.92 (2.18-7.03)	3.26 (2.46-6.0)	3.51 ± 0.54	$p1 < 0.05$ $p2 > 0.05$ $p3 > 0.05$
PON1 (U/ml)	368.35 ± 80.21	440.18 ± 101.96	309.05 ± 83.79	$p1 < 0.01$ $p2 < 0.001$ $p3 < 0.01$
ARA: Akut romatizmal ateş, OSİ: Oksidatif stres indeksi; TAK: Total anti-oksidan kapasite; TOD: Total oksidan durum, p1: ARA grubunda ilk değerlendirme ile kontrol grubu arasında, p2: ARA grubu ikinci değerlendirme ile kontrol grubu arasında, p3: ARA grubu ilk değerlendirme ile ikinci değerlendirme arasında				



Şekil 1. Akut romatizmal ateş grubunda ilk ve ikinci değerlendirmedeki serum total oksidan durum, total anti-oksidan kapasite ve paraoksonaz 1 aktivitelerinin karşılaştırılması



Şekil 2. Akut romatizmal ateş grubunda ilk değerlendirmede serum C-reaktif protein düzeyi ile PON1 aktivitesi arasındaki ilişki

İlk değerlendirmede ARA grubunda TAK düzeyi ve PON1 aktivitesi kontrol grubuna göre yüksek (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.01$), TOD düzeyi benzer, OSİ ise düşük saptandı ($p<0.05$). İkinci değerlendirmede ise sadece serum PON1 aktivitesi kontrol grubundan yüksek bulundu ($p<0.001$). İkinci değerlendirmeye göre TAK düzeyinin azaldığı, PON1 aktivitesinin ise arttığı saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.01$). İlk değerlendirmede CRP ile PON1 arasında pozitif ilişki bulundu ($r=0.440$, $p=0.012$).

Tartışma ve Sonuç:

ARA'da serum TAK düzeyi ve PON1 aktivitesinin yüksek bulunması inflamasyon ve artmış oksidatif sürecin bir sonucudur. ARA'da antioksidan sistemin artışında yüksek

PON1 aktivitesinin rolü olduğu ve böylelikle oksidatif stresin önleendiği düşünölebilir. ARA tanısında serum PON1 enzim aktivitesinin kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, oksidatif stres, paraoksonaz 1

PB-278

AKUT ROMATİZMAL ATEŞE EŞLİK EDEN NADİR BİR RİTİM BOZUKLUĞU: AV TAM BLOK

AYŞE ESİN KİBAR, SEVCAN ERDEM

MERSİN KADINDOĞUM ÇOCUK HASTANESİ, MERSİN

Amaç:

Akut romatizmal ateş (ARA) seyri sırasında yaşamı tehdit eden ciddi ritim bozuklukları nadiren gelişebilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Burada AV tam blok saptanan romatizmal karditli adolosan kız hasta sunulmuştur.

Bulgular:

14 yaşında kız hasta 3 gündür devam eden her iki diz ve ayak bileği, kalça eklemінде gezici özellikle artralji nedeniyle getirildi. Öyküsünden 3 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede; ateş 36.5 °C, kalp tepe atımı 75/dk, aritmik, kan basıncı 100/65 mm Hg idi. Dinlemekle S1, S2 normal, özellikle mitral odakta 2/6 şiddetinde yayılım göstermeyen sistolik üfürüm vardı. Eklem muayenesinde artirit bulguları yoktu ve diğer sistemlerde normaldi. Laboratuvar bulgularında; beyaz küre sayısı 7180/mm³, C-reaktif protein 2.8 mg/L, eritrosit çökme hızı 72 mm /saat, ASO 1260 IU/L saptandı. Elektokardiyografide ventrikül hızı 70-75/dk olan AV tam blok saptandı. Ekokardiyografisinde 1.derece mitral yetmezlik mevcuttu. Hastaya romatizmal kardit tanısı konularak steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 3. günde aralıklı Mobitz tip 1 ikinci derece AV blok, 4. gününde PR uzaması ile birlikte normal sinus ritmine dönen hastanın kontrol akut faz reaktanlarında belirgin düzelme saptandı. Steroid ve aspirin tedavisi sonrası kontrollerde aritmi gözlenmedi ve ekokardiyografide hafif mitral yetmezlik dışında özellik yoktu.

Tartışma ve Sonuç:

Hastamızda AV tam blok, hafif kapak yetersizliği ile birlikte saptanmıştır ve enflamasyon kontrol altına alınılığında düzelmiştir. Bu nedenle ARA'lı çocuklarda önemli ritim ve iletim bozuklukları görölebildiğine dikkat çekmek istenmiştir.

AKUT ROMATİZMAL ATEŞ OLGULARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE ROMATİZMAL KALP HASTALIĞININ UZUN SÜRELİ İZLEM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

FAHRETTİN UYSAL, RIFAT CAN ÖZTÜRK, ÖZLEM MEHTAP BOSTAN, EVREN SEMİZEL, ERGÜN ÇİL

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BURSA

Amaç:

Ülkemizde hala önemli bir sağlık problemi olmaya devam eden akut romatizmal ateş'in (ARA) Bursa ili ve çevresinde, epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özelliklerini incelemek, yıllara göre görülme sıklığını saptamak ve karditli olgularda meydana gelen kapak hastalıklarının uzun süreli izlemde prognozunu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:

Ocak 2000-Şubat 2011 tarihleri arasında, ARA tanısı alan 151 olgu retrospektif olarak incelendi. Kapak yetersizliklerinin değerlendirmesinde, başvurudaki, inflamasyon düzeldikten sonra ve son yapılan ekokardiyografik incelemeler temel alındı.

Bulgular:

İlk başvuru yaşı $9,6 \pm 2,42$ (4-15) yaş, kız erkek oranı 1,2/1 olarak bulundu. En sık bulgu karditti (%76,8) Birlikte görülme oranı en fazla (%46,3) olan artrit ve karditti. En sık kapak tutulumu mitral ve aort yetersizliği idi (%59,8). Tek başına en sık tutulan kapak mitral kapaktı (%36,2). Kontrolde başlangıçtaki MY'lerin %15'inde, AY'lerin %20 ,4'ünde tamamen düzelme görüldü. Toplam düzelme oranı MY için %37,5 ve AY için %50 iken, %39,5'inde kapak lezyonunda değişme yoktu. Subklinik kardit (sessiz kardit) olguların %17,2'inde mevcuttu. Altı (%5,4) olguda cerrahi girişim uygulandığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç:

Bursa ili ve çevresinde yapılan ve 10 yıllık bir süreyi kapsayan bu çalışmada, son yıllarda olgu sayısında bir miktar azalma olsa da, ARA'nın bölgemiz için bir sağlık sorunu olmaya devam ettiği görüldü.

ROMATİZMAL MİTRAL YETMEZLİĞİ OLAN ÇOCUKLARDA SOL ATRİYAL HACİM İNDEKSİ İLE SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ KIYASLANMASI

FATİH ŞAP¹, TAMER BAYSAL², ZEHRA KARATAŞ², HAKAN ALTIN², HARULLAH ALP², SEVİM KARAARSLAN²

¹KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KONYA

²KONYA ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, KONYA

Amaç:

Akut romatizmal ateş ülkemizde çocuklarda halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Artmış sol atriyal hacim bir takım istenmeyen kalp hastalıkları ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmanın amacı romatizmal mitral yetmezliği olan çocuklarda sol atriyal hacim indeksi ile geleneksel Doppler ve doku Doppler ile ölçülen sol ventrikül fonksiyonlarının kıyaslanmasıdır.

Gereç ve Yöntem:

Romatizmal mitral yetmezliği olan 37 çocuk hasta ile yaşça uyumlu sağlıklı 25 birey çalışmaya alındı. Tüm olgulara geleneksel Doppler ve doku Doppler çalışmaları yapıldı. Hasta bireyler kapak yetmezliklerinin ciddiyetine göre hafif (13 olgu) ve orta-ağır (24 olgu) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Sol atriyal hacim bi-plan alan uzunluk yöntemiyle hesaplandı. Bu değer vücut yüzey alanına bölünerek (ml/m²) indekslendi ve diğer kalp fonksiyonları ile kıyaslandı.

Bulgular:

Doku Doppleri ile septum ve sol ventriküle ait miyokart performans indeks değerleri her iki hasta grubunda da kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Ortalama sol atriyal hacim indeks değerleri her iki hasta grubunda da kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu (**Tablo**). Tüm olguların ortalama sol atriyal hacim indeksleri ile septum ve sol ventriküle ait ortalama Tei indeksleri arasında zayıf pozitif bir korelasyon (sol ventrikül; $r=0.378$, $p<0.01$, septum; $r=0.298$, $p<0.05$) saptandı. Ayrıca, ortalama sol atriyal hacim indeks değerinin sol ventrikül ve septumdan bakılan E/E' değerleri ile korele (sırasıyla, $r=0.480$, $p<0.001$; $r=0.524$, $p<0.001$) olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Özellikle kapak yetmezliğinin ciddiyetine göre çocuklarda sol ventrikül fonksiyonlarının bozulduğu gözlemlendi. Romatizmal mitral yetmezliğinde kalp fonksiyonlardaki bozulmayı sol atriyal hacim indeksinin de gösterebileceğini ve bu indeksin prognostik öneminin daha iyi anlaşılabilmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

AKUT ROMATİZMAL ATEŞLİ ÇOCUKLARDA P-DALGA DİSPERSİYONU VE ATRİYAL ELEKTROMEKANİKAL GECİKME SÜRESİ

MURAT ÇİFTEL, AYŞE ŞİMŞEK, ÖZLEM TURAN, FIRAT KARDELEN, GAYAZ AKÇURİN, HALİL ERTUĞ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ANTALYA

Amaç:

Akut romatizmal ateş (ARA) ileti sistemini etkileyerek ayrıca sol atriyal büyümeye neden olarak atriyal aritmi riskinde artışa neden olabilir. Bu çalışmanın amacı ARA geçiren hastalarda interatriyal elektromekanikal gecikme, intra-atriyal elektromekanikal gecikme ve p-dalga dispersiyonunu araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya ARA nedeni ile takip edilen 48 hasta (ortalama yaş: $13,35 \pm 2,98$ yıl, 26 erkek, 22 kız, hastalık süresi 1-12 yıl) ve yaş, cins, beden kitle endeksi benzer olan 40 kontrol grubu (ortalama yaş $12,60 \pm 2,62$ yıl, 20 erkek, 20 kız) alındı. Çalışma grupları M-mode ekokardiyografi parametreleri, doku doppler ekokardiyografide interatriyal elektromekanikal gecikme (PA lateral-PA triküspit), intra-atriyal elektromekanikal gecikme (PA septum-PA triküspit) ve 12 kanallı elektrokardiyografide p-dalga dispersiyonunu (p maksimum-p minimum) bakımından karşılaştırıldı.

Bulgular:

ARA'lı hastalarda sol ventrikül diyastol sonu çap, sol ventrikül sistol sonu çap, sol ventrikül arka duvar kalınlığı (sistolik) ve sol atrial çap önemli derecede yüksek bulundu ($p<0.001$). ARA'lı hastalarda maksimum P-dalga süresi, p-dalga dispersiyonunu ve interatriyal elektromekanikal gecikme kontrol grubuna göre önemli derecede yüksek olarak bulundu ($p<0.001$). Ancak intra-atriyal elektromekanikal gecikme bakımından fark saptanmadı ($p>0.05$). ARA'lı hastalarda sol atrial çap ile p-dalga dispersiyonunu ve maksimum P-dalga süresi arasında önemli pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0.660$ $p<0.001$ ve $r=0.524$ $p<0.001$).

Tartışma ve Sonuç:

Atriumların elektrofizyolojik, elektromekanikal bozuklukları ve atriyal homojenitede bozulma atriyal fibrilasyon için yüksek risk taşır. Atriyal iletide gecikme doku doppler aracılığı ile bakılabilmektedir. Daha önceki çalışmalarda p-dalga dispersiyonu ile sol atriyal çap arasında korelasyon saptanmıştır. Sol atriyal genişleme atriyal fibrilasyon için bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur.

Bu çalışma akut romatizmal ateş geçiren çocuklarda interatriyal elektromekanikal gecikme ve p-dalga dispersiyonunda uzama olduğunu göstermiştir. ARA'lı hastalarda ileti sisteminin etkilenmesi ve sol atriyumda genişleme olması nedeni ile atriyal fibrilasyon riskinde artış vardır.

ROMATİZMAL ATEŞ TANISI İLE TAKİP EDİLEN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

NURDAN EROL, YUSUF İZZET AYHAN, GİZEM ERSOY, MÜFERET ERGÜVEN

*İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İSTANBUL*

Amaç:

Akut romatizmal ateş (ARA), A grubu Beta hemolitik streptokok enfeksiyonuna karşı oluşan immun reaksiyonla bağlantılı multisistemik bir hastalıktır. Sosyoekonomik koşullara bağlı olarak sıklığı, mortalite ve morbiditesi değişmektedir. Türkiye’de ARA sık olarak görülmektedir. Hastalığın tanısı, kliniği ve takibi konusunda kendi olgularımızı değerlendirmek amacıyla bu çalışma yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

Hastanemiz Çocuk Kliniği Çocuk Kardiyoloji Polikliniği’nde modifiye Jones kriterlerine göre ARA veya reaktivasyonu tanısı ile takibe alınan 01.06.2003-01.03.2012 tarihleri arasındaki 348 olgu dosya kayıtlarından retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. ARA tanısı ile takip edilen 348 olgudan ARA şüphesi olan veya değişik nedenlerle penisilin profilaksisi başlanan olgular çıkarıldı. Tanıları kesin olan 297 olgu çalışmaya alındı.

Bulgular:

ARA tanısı ile takip edilen 297 olgunun 151 kız (% 51), 146 erkek (% 49) idi. Olguların yaşları 5-16 yaş arasında değişiyordu. Yaş ortalaması 10,34 idi. Aile öykülerinde 16 (% 5,38) olguda ailede ARA öyküsü vardı. Hastanede kalış süreleri 2-60 gün arasında değişiyordu. Major kriterlerden Artrit (% 71,7), Kardit (% 78,45), Kore (% 11,78), Eritema Marginatum (% 1,3) olguda vardı. Grubumuzda subkutan nodüle rastlanmadı. Tek major kriter (% 35), 2 major kriter (% 61,9), 3 major kriter (% 2,02) olguda saptandı. Minor kriterler ve destekleyici bulgular tartışıldı. Ekokardiyografi bulgularında karditli olgularda ilk atak sırasında mitral kapak tutulumu (% 77,8), aort kapak tutulumu (% 42,4), takipte kapak tutulumunda ve şiddetinde azalma olarak, mitral kapak tutulum (% 59,2), aort kapak tutulumu (% 23,3) saptandı. Olgular 20 yaşına kadar takip edildi; bir kısmı takipten çıkarıldı, bir kısmı takibe gelmedi.Takip sırasında 8 olgu cerrahiye gönderildi. Bunlardan 5 tanesi opere oldu. 3 olgu AVR +MVR, 1 olgu MVR, 1 olgu mitral anuloplasti operasyonu geçirdi .

Tartışma ve Sonuç:

Hastalığın tanısında hala problemlerin olması, ülkemizde hastalığın çok görülmesi bu hastalığın önemini artırmaktadır. Benzatin penisilin profilaksisi alan olgularda reaktivasyonun olmadığı ve kapak fonksiyonlarının korunduğu; iyi uygulamayan olgularda relapsların olduğu ve kapak fonksiyonlarının bozulduğu görüldü. Bu olgularda profilaksi önemlidir.

AKUT ROMATİZMAL ATEŞİN NADİR BİR BAŞVURU ŞEKLİ: PERİKARDİYAL TAMPONAD

ERKUT ÖZTÜRK, ALPER GÜZELTAŞ, HASAN TAHSİN TOLA, ENDER ÖDEMİŞ,
NESLİHAN KIPLAPINAR

MEHMET AKİF ERSOY EĞİTİM VE ARASTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Akut romatizmal ateş(ARA) gelişmekte olan ülkelerde en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir. ARA’ da klinik seyir ve prognoz karditin ağırlığına bağlı olarak değişir.

Perikard tamponadı enfeksiyonlar başta olmak üzere kalp yetersizliği, maligniteler, kollajen doku hastalıkları ve nadiren ARA’da görülebilir. Ani başlayan göğüs ağrısı, ateş ve solunum sıkıntısı en sık rastlanılan semptomlardır.

Bu bildiride ateş, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı ile başvuran ve ekokardiyografik değerlendirme ile perikardiyal tamponad saptanarak acil perikardiyosentez yapılan, çalışılan tetkiklerinde akut romatizmal ateş saptanan bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu:

Yedi yaşında erkek hasta 3 gündür devam eden ateş, göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Yapılan fizik muayene(ateş 38,9°C, KTA:150/dk, kalp sesleri derinden geliyor), klinik , laboratuvar ,EKG(düşük QRS voltajı ve V5-V6 da T negatifliği) ve ekokardiyografik değerlendirme(kalbi çepeçevre saran sağ ventrikül komşuluğunda 32 mm, sol ventrikül komşuluğunda 28 mm ölçülen perikardiyal efüzyon olduğu ve sağ atriyumun kollabe olduğu) ile perikard tamponadı düşünülen hasta kateter odasına alınarak ekokardiyografi eşliğinde perikardiyosentez uygulandı.

Daha sonra yapılan ayrıntılı ekokardiyografide mitral ve aort yetersizliği saptanan hastanın alınan ASO değeri 508 IU/ml saptanması ile tanı daha çok akut romatizmal ateş lehine düşünüldü. Hastanın ASO değerinin yüksek olması destekleyici kriter eşliğinde bir majör bulgu(kardit) ve üç minör bulgu (akut faz yanıtının yüksek olması, artralji, ateş) ile hastaya akut romatizmal ateş tanısı konularak kardite yönelik steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 2.gününde hastanın şikayetleri geriledi. İzlemlerinde sorunsuz takip edilen hasta taburcu edilerek ayaktan izleme alındı.

Tartışma:

Perikard tamponadı çocuklarda bir çok etyolojiye bağlı olarak karşımıza çıkmakla birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde akut romatizmal ateş mutlaka akılda tutulmalıdır.

SON 1 YILDA KLİNİĞİMİZDE KAWASAKİ HASTALIĞI TANISI ALAN 6 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ

KAZIM ÜZÜM, ALİ BAYKAN, ABDULLAH ÖZYURT, MUSTAFA ARGUN, ÖZGE PAMUKÇU, AHU KARA, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

Kawasaki hastalığı çoğunlukla 6 ay-5 yaş arasında görülen, en çok orta boy arterleri tutan sistemik bir vaskülitir. Hastalık yatkın kişilerde enfeksiyonla tetiklenmektedir. En çok kış ayları boyunca görülür. Hastaların %20'sinde koroner tutulum gözlenir. Koroner arter tutulumundan önce ekokardiyografik incelemede perivasküler parlaklık ve perikardiyal efüzyon görülebilir. Özellikle ilk 10 gün içinde başlanan İVİG tedavisi koroner arter anevrizmasını büyük ölçüde engeller.

Gereç ve Yöntem:

Son 1 yılda tanı alan altı hastanın klinik, laboratuvar, ekokardiyografik ve terapötik verileri retrospektif olarak tıbbi kayıtlardan elde edildi. Tüm hastalar 5 gün süren ateşle birlikte beş tanı ölçütünden en az dördünü karşılamaktaydı.

Bulgular:

En küçük hasta 2 aylık, en büyüğü 42 aylıktı. Tüm hastalara şikâyetlerinin başlangıcından sonraki ilk 10 gün içerisinde Kawasaki hastalığı tanısı kondu ve 2 gr/kg dozunda İVİG tedavisi uygulandı. İVİG tedavisinden 48 saat sonra ateşi devam eden 1 hastaya ek doz İVİG verildi. Koroner arter tutulumu da olan aynı olguya, İV metilprednizolon tedavisi planlanırken, 15. Gününde ateşi düştüğü için verilmedi. Başvuru anında yapılan ekokardiyografide 3 hastada koroner arter tutulumu, 1 hastada ise koroner genişleme-anevrizma olmadan perivasküler parlaklık saptandı. Koroner arter tutulumu olan 3 hastanın ikisinde takibinin 1. ayında, birindeyse takibinin 2. ayında koroner arterleri düzeldi. 4 hastada tanı sırasında veya takipte minimal perikardiyal efüzyon saptandı. Koroner arter tutulumu olan tüm hastalarda Perikardiyal efüzyon mevcuttu. Safra hidropsu, karaciğer tutulumu, artrit, artralji vs gibi organ tutulumu hiçbir hastada görülmezken, bir hastada steril püyüri, bir hastada ensefalopati belirlendi. Tüm hastalar sonbahar-kış döneminde tanı aldı. Hiçbir hastaya koroner anjiyografi, tomografi gibi ilave tanısal testler yapılmadı. Hiçbir hastada ölüm gözlenmedi. Hastaların demografik verileri tablo' da özetlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Kawasaki hastalığı gelişmiş ülkelerde mortalitenin önemli bir nedeni olan çocukluk çağıının en sık edinsel kalp hastalığıdır. Kliniğimizde olduğu gibi ilk 10 gün içinde tanısı konulup, tedavisi başlanan hastalarda koroner arter anevrizma sıklığı %1-5' lere kadar azalmaktadır. Bu çalışma ile ülkemizde nadiren gördüğümüz Kawasaki hastalığı ile ilgili yakın dönem tecrübelerimizi paylaşmak istedik.

DUKTUS ARTERİYÖZUS AÇIKLIĞI VE ORAL İBUPROFEN KULLANIMI

ÖZGÜL TUNÇ AKBAŞ, DİDEM ALİEFENDİOĞLU, AYŞEGÜL GÜVEN, CİHAT ŞANLI

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KIRIKKALE

Giriş:

Bu çalışmada, prematüre bebeklerde oral ibuprofen kullanımının duktus arteriyozusun kapanması üzerine etkinliğini ve ilişkili olabilecek komplikasyonları belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ocak- Aralık 2011 tarihleri arasında müracaat eden 511 hasta arasında yatırılarak izlenen, klinik ve ekokardiografik olarak PDA tanısı alan, hemodinamik olarak önemli (M-mod ekokardiyografi ile sol atriyum/aort kökü oranı >1.4 veya renkli Doppler ekokardiyografi ile duktal çap >1.5 mm olması) PDA'sı saptanıp duktus arteriyozusunun kapatılması için medikal tedavi verilmesi uygun görülen 51 yenidoğanın sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Olguların tamamında oral ibuprofen tedavisi ile PDA kapanma oranı %90 olarak bulundu. Tek kür ibuprofen tedavisi ile PDA kapanma oranı %15 olarak bulunurken iki kür tedavide % 75 üç kür tedavi ile bu oran %10 idi. Çalışmamızda nekrotizan enterokolit gelişme oranı % 6 olarak bulundu. Beş olgu hemodinamik olarak önemli olmayan ince PDA olarak izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç:

Oral ibuprofen tedavisi, hemodinamik olarak önemli olabilecek duktus açıklığı saptanan prematüre bebeklerde güvenle kullanılabilir, yan etkileri az, kolay ulaşılabilir, etkili bir uygulamadır. Ancak düşük oranda da olsa oral ibuprofene cevap alınamayan olgularda cerrahi yolla kapatılma seçeneği gündeme gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, patent duktus arteriyozus, oral ibuprofen.

PB-286

POSTSTREPTOKOKSİK REAKTİF ARTRİT

UTKU ARMAN ÖRÜN, ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, MAHMUT KESKİN,
SELMİN KARADEMİR, FİLİZ ŞENOCAK

*DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Olgu:

Poststreptokoksik reaktif artrit (PSRA) tanısı, en az bir ve daha fazla eklemdeki artite son dönemde geçirilmiş streptokok infeksiyonunun eşlik etmesi ve akut romatizmal ateş (ARA) için gerekli olan Jones kriterlerini karşılamaması durumunda konulur. Burada PSRA tanısı konulan bir hasta sunuldu. On bir yaşında kız hasta eklem ağrısı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde üç haftadır şikayetlerinin olduğu, eklemlerde ağrıyla birlikte sabah tutukluluğu olduğu, ağrının gün içinde kendiliğinden geçtiği, ağrının daha çok diz, ayak, el bileği ve parmaklarda olduğu ve ateşinin olmadığı öğrenildi. Ayrıca başka bir merkezde akut romatizmal ateş nedeniyle aspirin başlandığı, aspirin dozunun başvurudan bir hafta önce azaltılmaya başlandığı, benzetilin penisilin G intramüsküler olarak yapıldığı öğrenildi. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi üzere merkezimize başvurdu. Fizik muayenede genel durumu iyi, ateşin olmadığı saptandı. Kardiyak üfürüm duyulmadı. Artrit bulgusu yoktu ancak artraljisi vardı. Telekardiyografi, eklem grafileri, elektokardiyografisi ve ekokardiyografi normal saptandı. Laboratuvar tetkiklerinden hemoramında beyaz küre 14600 /mm³, CRP:17 mg/lit, sedimentasyon 78 mm/saat, ASO: 3590 iü/lit saptandı. Boğaz kültüründe A grubu olmayan beta hemolitik streptokok üredi. Hastanın streptokokkal enfeksiyon öyküsünün olması, uzamış artraljisinin olması, salisilatlara yetersiz yanıt vermesi, kardit, kore ve ertiema marginatumun olmaması, eklem ağrısının non-migratuar, küçük eklemleri tutması ve Modifiye Jones kriterlerine tam uymayan bulgular olması nedeniyle PSRA tanısı konuldu.

PB-287

AĞIR KARDİTTE PULSE STEROİD TEDAVİSİ

SENEM ÖZGÜR, UTKU ARMAN ÖRÜN, ÖZBEN CEYLAN, MAHMUT KESKİN, FİLİZ
ŞENOCAK, SELMİN KARADEMİR

*DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Olgu:

Çocuk Psikiyatri Kliniğine depresyon nedeni ile başvuran 9 yaşındaki kız hasta taşikardi , S3 gallop ve hepatomegali saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Öyküsünden

1 aydır halsizlik, kilo kaybı, ateş ve aralıklı göğüs ağrıları olduğu, akut tonsilit tanısıyla 15 gün sefalosporin ve penisilin grubu antibiyotikler kullandığı, ancak yakınmaları geçmeyince atipik pnömoni tanısıyla 10 gün makrolid tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik incelemede genel durumu orta, takipneik TA:100/70 mm Hg, KTA:136/dk, solunum sayısı: 60/dk, karaciğer kot altı 5 cm ele geliyordu. Teleradyografisinde KTA: 0,56 olarak ölçüldü. Ekokardiyografisinde (EKO) SVDŞÇ:49 mm, EF:% 55, KF:%27 olup, 4. derece MY, 3.derece AY ve TY, 1.derece PY izlendi. Sedimantasyon 115 mm /saat, CRP:172 mg/l, ASO:615 IU/ml, AST: 1263 U /l, ALT:374 U/l idi. Ağır romatizmal kardit ve kalp yetersizliği düşünülen hastaya 2 mg/kg/günden prednizolon tedavisi başlandı. Ancak steroid tedavisinin 2. gününde her iki ventrikül komşuluğunda: 9 mmlik perikardial efüzyon olduğu ve ertesi gün tekrarlanan EKO'da efüzyonun 3 mm arttığı gözlemlendi. Bu nedenle hastanın mevcut tedavisi kesilerek pulse steroid tedavisi başlandı. Pulse steroid tedavisi 1. ve 2. Gün 30 mg/kg'dan, 3.gün 20 mg/kg dan ve 4. gün 10 mg/kg'dan metil prednizolon olacak şekilde verildi. Pulse steroid tedavisinin 2. Gününde CRP:54 mg/l'ye ve perikardial efüzyonun her iki ventrikül komşuluğunda 5 mm'ye gerilediği izlendi. Tedaviye 2 mg/kg/günden prednizolon ile devam edildi. Ağır karditli olgularda pulse metil prednizolonun tedavi seçeneği olabileceği vurgulanmıştır.



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



**ÖDÜLLÜ İLGİNÇ EKOKARDİYOGRFİK
GÖRÜNTÜLER OTURUMU**

AORTİK VALVE ENDOKARDİTİNE SEKONDER MİTRAL VALVE ANEVİZMASI

ABDULLAH ERDEM¹, REYHAN DEDEOĞLU¹, İLKER KEMAL YÜCEL¹, ALİ RIZA KARACI¹,

NACİ CEVİZ², AHMET ÇELEBİ¹

¹DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP, DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

²ERZURUM ATATAÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ERZURUM

Aortik kapak endokarditine bağlı gelişen mitral kapak anevrizması erişkinlerde vaka sunumları olan ve bilinen bir antidedir. Bildiğimiz kadarı ile literatürde bu patoloji çocuklarda daha önce bildirilmemiştir. Bu olgu sunumu ile 13 yaşındaki olguda aortik kapağın endokarditine bağlı olarak geliştiği düşünülen mitral kapağın anteriyor yaprakçığında gelişen anevrizmanın ekokardiyografik bulguları ve ameliyat sonucu bildirilmektedir. Olgu kliniğimize uzun süredir devam eden subfebril ateş, yorgunluk ve halsizlik şikayetleriyle gönderildi.

Ekokardiyografisinde orta derecede aort yetersizliği, aort kapağı üzerinde vejetasyonlar tesbit edildi. Mitral kapakta hafif-orta derecede yetersizlik ve mitral kapak ön yaprakçıkta anevrizmatik görünüm saptandı. İkişer saat aralarla alınan kan kültürlerinde alfa-hemolitik streptokoklar üredi. Mikro organizma antibiogramdaki ilaçların tümüne hassastı. Pozitif kan kültürleri ve ekokardiyografik görüntü nedeniyle infektif endokardit tanısı konuldu. Enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra aortik kapaktaki verrülerin ortadan kaldırılması ve mitral kapaktaki anevrizmanın tamiri amacıyla hastaya operasyon önerildi. Mitral ön yaprakçıktaki anevrizmatik doku eksize edilirken perikardiyal yama ile onarılacak suretiyle tamiri sağlandı. Aort kapağı vejetasyonlar temizlendikten sonra yeterli düzeyde onarılamadığından replase edildi. Operasyon sonrasında kontrol ekokardiyografisinde hem mekanik aort kapağının hem de tamir edilen mitral kapağın oldukça iyi durumda ve anlamlı yetersizliği olmadığı görüldü.

Mitral kapak anevrizması aortik kapak endokarditi sırasında görülebilen nadir komplikasyonlardandır. Erişkin yaş grubunda bilinen bu antite çocukluk çağında da son derece nadir olarak görülebilmektedir. Olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla cerrahi rezeksiyon önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma, Endokardit

UHL ANOMALİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ KOMPLEKS KARDİYAK MALFORMASYON-YENİ BİR ANOMALİ?

ÖZGE PAMUKÇU, NAZMİ NARİN, ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULAH ÖZYURT, ERTUĞRUL MAVİLİ, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Uhl anomalisi sağ ventrikül miyokard tabakasının kısmi veya tamamen yokluğu, bunun yerini endokard ve epikard dokusunun aldığı anomalidir. Aritmojenik sağ ventrikül displazisiyle (ARVD) sıklıkla karışabilmektedir. Kalp yetmezliğiyle bulgu verebildiği gibi nadiren aritmi de gözlenebilir. Fetal ekokardiyografide Uhl anomalisine eşlik eden kardiyak anomalilerinden şüphe edilen ve postnatal ekokardiyografiyle tanısı doğrulanan olgu daha önce literatürde bildirilen benzer bir vaka olmaması sebebiyle sunulması amaçlanmıştır.

Perinatoloji ünitesi tarafından kompleks kardiyak anomali şüphesiyle ünitemizdeki fetal ekokardiyografisinde Uhl anomalisi düşünülen olguya postanal 2 gününde ekokardiyografi yapıldı. Hastanın ekokardiyografik incelemesinde apikal bölgede hipertrofik sağ ventrikül kas kitlesi, sağ ventrikülün geri kalan kısmında sol ventrikülü tamamen komprese eden, ince duvarlı anevrizmatik dilatasyon görüldü. Parsiyel Uhl anomalisinin yanısıra pulmoner kapak atrezisi, immatür mitral kapak, sol ventrikül hipoplazisi, pencere tipinde çok geniş duktus varlığı, prolabe trikuspid kapak belirlendi. Kardiyak tomografi ve anjiyokardiyografiyle tanısı doğrulandı. Hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ventilatörde izlemi devam etmektedir.

İlk kez 1952de Uhl, sağ ventrikül miyokard yokluğuyla giden anomaliyi tanımlamıştır. Etyolojisi bilinmemekle birlikte miyositlerin primer yokluğu veya selektif olarak apoptoza uğraması sorumlu tutulmuştur. Hastalığın pulmoner atrezi ve intakt ventriküler septumla birlikteliği bilinmekle birlikte genellikle izole bir anomali olarak rapor edilmektedir. Literatürde asosiyel multipl kardiyak anomalilerle birlikteliği sunulan benzer bir vaka olmaması nedeniyle hastamızın yeni bir anomali olabileceği tartışmaya açılmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Artimojenik sağ ventrikül displazisi, kardiyak anomali, kardiyomiyopati, Uhl anomalisi, pulmoner kapak yokluğu

PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYONUN NADİR BİR NEDENİ: PULMONER VEN STENOZU

GÖKMEN ÖZDEMİR, ALİ YILDIRIM, PELİN KÖŞGER, TEVFİK DEMİR, BİRSEN UÇAR, ZÜBEYİR KILIÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Normal kardiyak bağlantılı, konjenital pulmoner ven stenozu oldukça nadir bir malformasyondur. Hastalar sıklıkla persiste takipne, dispne ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle takip edilmekte ve tanı sıklıkla gecikmektedir. Üç aylık kız hasta, doğumundan beri olan hızlı nefes alma ve öksürük nedeniyle kliniğimize getirildi. Öyküsünden yenidoğan döneminde ve 2 aylıkken akciğer enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırıldığı, öksürük ve hızlı nefes alma şikayetlerinin hiç geçmediği öğrenildi. Fizik muayenede kalpte belirgin üfürüm duyulmazken, ekspirium uzunluğu ve her iki akciğerde yer yer krepitan ral mevcuttu. EKG’de sağ ventrikül hipertrofi bulguları saptandı. Ekokardiyografik incelemede sağ kalp boşlukları ile pulmoner arter geniş ve orta düzeyde triküspit yetersizlik izlenirken pulmoner venlerin sol atriuma açıldığı ancak birleşme öncesi pulmoner ven akımlarının mozayik pattern gösterdiği saptandı. Bu bölgede akım gradienti 18 mmHg ölçüldü. Olguya kardiyak BT ve sonrasında kalp kateterizasyonu yapıldı. Pulmoner arter basıncı yüksek, pulmoner venlerin sol atriuma açılmadan önce daraldığı ve distallerinin tortuoz şekilde genişlediği izlendi. Hastaya kardiyak operasyon planlandı. Sıklıkla geç tanı alan, ancak dikkatli bir ekokardiyografik inceleme ile tanınabilen konjenital pulmoner ven stenozu, pulmoner arteriyel hipertansiyonlu olgularda akılda tutulması gereken bir malformasyondur. Erken bebeklik döneminde, ekokardiyografik değerlendirmede, konjenital pulmoner ven stenozu tanısı alan bir olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner hipertansiyon, pulmoner ven stenozu

“TOPSY-TURVY HEART”

ALPER GÜZELTAŞ, ENDER ÖDEMİŞ, ERKUT ÖZTÜRK, MEKİ BİLİCİ,
İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, NESLİHAN KIPLAPINAR, İSA ÖZYILMAZ

*MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ, İSTANBUL*

Giriş:

İlk kez Freedom ve arkadaşları tarafından tanımlanmış kalbin çok nadir görülen bir rotasyon anomalisidir. Literatürde şimdiye kadar tanımlanmış altı olgu mevcuttur. Bu olguların 2’si intrauterin fetal ekokardiyografi ile saptanmıştır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte akraba evliliği ve genetik yatkınlığın rol oynadığı düşünülmektedir. Bu sunuda “Topsy turvy heart” tanısı konulmuş bir olgunun ekokardiyografisi gösterilmiştir.

Olgu:

Aralarında akraba evliliği (amca çocukları) olan 22 yaşında anne ve 26 yaşında babanın ilk çocuğu olarak normal spontan doğumla 3,4 kg doğan bebek, postnatal 20.günde hızlı nefes alıp verme ve üfürüm duyulması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde 2/6 devamlı üfürüm duyulan hastanın yapılan tetkiklerinde saturasyonu % 95, EKG (sinüs taşikardisi) ve tele (KTİ= 0,65 ve pulmoner vaskülaritede artış) saptanması üzerine ekokardiyografisi yapıldı.

Ekokardiyografide;

Atriyal situs: Solitus,

Kardiyak apeks: Horizontal düzlemde sola doğru ve yukarıya bakıyor

Aort ve pulmoner arter: Normale yakın ilişkili. Koroner arter çıkışından hemen sonra aorta geniş bir defekt yoluyla pulmoner arter ile birleşerek devam ediyor. Baş boyun damarları bu birleşme sonrasında posteroinferiyordan çıkmakta

Ventriküler septum: Horizontal yerleşimli. Üstte sağ ventrikül, altta sol ventrikül yerleşmiş olarak değerlendirildi.

Daha sonra hastaya Toraks BT çekildi.Toraks BT’de ventrikül ilişkisinin süperior-inferior olduğu, arkus aortanın postero-inferior yerleşimli ve sol ana bronşun dar olduğu saptandı. Mevcut bulgularla olgumuza “Topsy turvy heart” tanısı konuldu.

Tartışma

“Topsy turvy heart” kalbin ekseninin saat yönünde 90 derece dönmesine bağlı olarak gelişen bir rotasyon anomalisidir. Bu olgularda süperior-inferior yerleşimli ventriküller, horizontal interventriküler septum, aorta-pulmoner pencere, aortik ark anomalileri, değişik derecede bronş basısı en sık görülen patolojilerdir. Özellikle operasyon sonrası bronş basısına bağlı olarak gelişen solunum problemleri ve pulmoner hipertansiyon krizleri mortalitede önemli rol oynamaktadır. Bu sebeble tedavisi zor, uzun süreli ve multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.

Sonuç

Süperior-inferior yerleşimli ventriküller nadir görülen bir patolojidir ve genellikle criss-cross kalp gibi kompleks intrakardiyak patolojilere eşlik eder. Süperior-inferior yerleşimli ventrikülle birlikte AV-VA ilişkinin normal olduğu, aorta-pulmoner pencere varlığında ve suprasternal incelemede arkus aortanın görülemediği durumlarda “Topsy turvy heart” akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Topsy-turvy heart, süperior-inferior ventrikül.

PARAVALVÜLER KAÇAĞIN ÜÇ BOYUTLU TRANSÖZEFAGEAL EKOKARDİYOĞRAFI EŞLİĞİNDE KAPATILMASI

ALPER GÜZELTAŞ, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, ERKUT ÖZTÜRK, HALE ÜNAL AKSU, NEVZAT USLU, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş ve Amaç:

Paravalvüler kaçak (PK), protez kapaklarda sütür halkası ile doğal kapak anulusu arasındaki bölgeden oluşan anormal retrograd akım olarak tanımlanır. Paravalvüler kaçak cerrahi kapak replasmanı sonrasında ortaya çıkabilen önemli bir sorundur. Operasyon sonrasında teknik nedenlerden dolayı, dikişlerin ayrılması ya da geçirilmiş endokardit sonrasında gelişebilir. Paravalvüler kaçak kalp yetersizliğine yol açıyorsa, hemodinamik olarak anlamlı ise ya da hemolize neden oluyorsa kapatılması gerekir. Özellikle genel durumu kötü olan veya operasyon için yüksek risk taşıyan hastalarda cerrahi yerine transkateter yöntem tercih edilir hale gelmiştir. Transkateter kapatma esnasında konvansiyonel olarak iki boyutlu transözefageal ekokardiyografi (TEE) kullanılmaktadır. Son yıllarda üç boyutlu ekokardiyografinin kullanılmaya başlanması işlem güvenliğini ve başarısını arttırmaktadır.

Olgu:

Altmış yaşında erkek hastaya mitral kapak patolojisi nedeniyle bioprotez mitral kapak replasmanı uygulandı. Operasyondan 3 ay sonra kontrol transtorasik ekokardiyografide önemli paravalvüler kaçak tespit edildi. Hastanın kalp yetersizliği bulgularının olması ve transtorasik ekokardiyografide önemli paravalvüler kaçak saptanması nedeniyle, transkateter yolla paravalvüler kaçağın kapatılması planlandı. Hastanın paravalvüler kaçağı iki ve üç boyutlu TEE ile değerlendirildi. Yapılan değerlendirme sonucu hastanın paravalvüler kaçağının ADO-2 cihazı kapatılmasına karar verildi. İşlem sırasında skopinin yanında üç boyutlu TEE’de kaçağın kapatılmasında invaziv kardiyologlara yol gösterici oldu ve işlem başarılı bir şekilde tamamlandı. İşlem sonrası paravalvüler kaçağın büyük ölçüde tıklandığı ve az miktarda rezidüel defektin olduğu saptandı. İşlem sırasında yapılan üç boyutlu transözefageal ekokardiyografi ile defektin lokalizasyonu, genişliği, uzunluğu ve derinliği detaylı olarak incelenmiş olup, cihaz seçiminde önemli rol oynamıştır.

Sonuç ve Yorum:

Paravalvüler kaçaklar seçilmiş hastalarda transkateter yolla tedavi edilebilir. Transkateter tedavi sırasında defektin lokalizasyonu, kullanılacak cihazın çeşidi ve büyüklüğünü tespit etmek için transözefageal ekokardiyografik inceleme vazgeçilmezdir. Yetersizlik derecesinin doğru olarak tespiti, santral/paravalvüler kaçak ayrımının yapılabilmesi, yetersizliğin derecesi ve nedenlerinin ortaya konulabilmesi bakımından iki boyutlu TEE, iki boyutlu transtorasik ekokardiyografiye göre belirgin olarak üstündür. İki boyutlu TEE ile etioloji belirlenmekle birlikte paravalvüler kaçak yeri ve uzunluğu anatomik olarak gösterilememektedir. Patolojileri üç boyutlu olarak görüntülenmesine olanak veren üç boyutlu TEE istenen düzlemden kalbe üç boyutlu bakılabildiğini de sağlamaktadır. Böylece iki boyutlu inceleme ile net olarak belirlenemeyen mitral kapak kesit düzlemi, paravalvüler yetersizliğin orijin aldığı bölge ve defekt büyüklüğü gibi parametreler üç boyutlu TEE'nin gride yöntemi ile net olarak saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: Paravalvüler kaçak, Üç boyutlu transözefageal ekokardiyografi, Transkateter kapatma

BÜYÜK ARTERLERİN TAM TRANSPOZİSYONUNDA BİLATERAL VE SUBPULMONİK KONUS (2 OLGU)

İLKER KEMAL YÜCEL, REYHAN DEDEOĞLU, ABDULLAH ERDEM, AHMET ÇELEBİ

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP, DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Konus (infundibulum) kalbin bağlayıcı bir segmenti olup semilunar kapaklar ile AV kapakları ayıran musküler yapıdır. Normal kardiyak anatomide subpulmonik bölgede bulunur ve böylece pulmoner kapak triküspid kapak fibröz devamlılığı görülmemektedir. Büyük arter transpozisyonunda konus en sık olarak subaortik (%78) görülmesine rağmen nadirde olsa subpulmonik (%3,4), bilateral (%6,7) ve çok daha nadir olarak konus olmaması şeklinde olabilmektedir.

İki aylık kız hasta morarma ve kardiyak muayenede üfürüm duyulması üzerine kliniğimize başvurdu. Muayenesinde dispneik ve takipneik idi. Pulse oksimetrik oksijen saturasyonu %87 ölçüldü. Mesokardiyak odakta ve pulmoner odakta belirgin 2/6 şiddetinde sistolik ejeksiyon üfürümü saptandı. EKG'sinde sağ aks deviasyonu ve biventriküler hipertrofisi, telekardiyografisibde belirgin kardiyomegalisi ve artmış akciğer kan akımı bulguları mevcuttu. Ekokardiyografik incelemesinde situs solitus, AV konkonkordans, VA diskordans, subaortik ve midmuskuler VSD saptandı. Büyük arterlerin uzaysal yerleşimi normale yakın idi.

Konal anotomi, ventriküloarteriel ilişki ve büyük arterlerin uzaysal ilişkisinden tamamen bağımsızdır. Normal kardiyak anatomide subaortik konusun olmaması mitral-aortik fibröz devamlılığın olmasını sağlamaktadır. Büyük arter transpozisyonunda konal anotomi değişkenlik gösterebilmekle beraber cerrahi tekniği etkilememektedir.

Anahtar Kelimeler: Konus, infundibulum, transpozisyon

BALON AORTİK VALVÜLOPLASTİ İŞLEMİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: İNTİMAL FLAP GELİŞİMİ

ÖZBEN CEYLAN, SENEM ÖZGÜR, UTKU ARMAN ÖRÜN, MAHMUT KESKİN, FİLİZ ŞENOCAK, SELMİN KARADEMİR

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Birçok merkezde balon aortik valvüloplasti yenidoğan kritik aort stenozu tedavisinde ilk seçenek olarak uygulanır. İşleme bağlı olarak aort duvarı hasar görebilir. Aort duvarı hasarı intimal flap, yırtılma ve delinme şeklinde olup, oldukça nadir görülür. Burada kritik aort stenozu nedeniyle balon aortik valvüloplastinin komplikasyonu olarak intimal flap gelişen iki günlük yenidoğan bir hasta sunuldu. Yirmi iki yaşındaki anneden 38 haftalık, 2720 gram ağırlığında fetal distress nedeniyle sezeryan ile doğurtulan iki günlük erkek bebek solunum sıkıntısı olması yenidoğan ünitesine kabul edildi. Fizik muayenesinde 2720 gr ağırlığında, mekanik ventilatörde izlendiği, akciğer seslerinin normal olduğu, sternum sağında 2. interkostal aralıkta 2/6 sistolik üfürüm olduğu saptandı. Ekokardiyografik incelemede sekundum tipte atriyal septal defekt vardı. Aortik kapağın biküspit yapıda ve kapak üzerinde 39 mmHg gradiyent saptandı. Aortik anulus 5 mm olarak ölçüldü. Sol ventrikül fonksiyonları azalmış (ejeksiyon farksiyonu %45, kısalma fraksiyonu %22), duvar kalınlıklarının artmış ve endokardiyal fibroelastozis ile uyumu görüntü vardı. Duktustan çift yönlü şant saptandı. Kritik aort stenozu için kateterizasyon ve anjiyografi işlemi uygulandı. Lokal anestezi, midazolam ve ketamin ile yapılan sedasyon sonrası 4F kılıf sağ feomral artere yerleştirildi. Kılıf yerleştirildikten sonra 100 İÜ/kg heparin verildi. 4F Cobra A1 kateteri ile retgorad olarak inen ve çıkan aortaya girildi. Aortaya ön arka pozisyonda yapılan enjeksiyonda kapaktan minimal yetmezlik olduğu saptandı. 0.014 inch Roadrunner Extra-Support kılavuz tel ile kapaktan geçilerek sol ventriküle girildi. Önce 5x20 mm, sonra 6x30 mm (Tyshak II, NuMED Inc, New York, ABD) ile olmak üzere iki kere anjiyoplasti kateteri ile valvüloplasti işlemi uygulandı. İşlem öncesi sol ventrikül basıncı 95 mmHg çıkan aorta basıncı 61/28/37 mmHg olup, kapak düzeyinde 34 mmHg gradiyent ölçüldü. İşlem sonrası sol ventrikül basıncı 70 mmHg çıkan aorta basıncı 56/34/43 mmHg'ya, kapaktaki gradiyent 14 mmHg'ye düştü. Bir hafta sonra yapılan kontrol ekokardiyografide sol ventrikül fonksiyonlarının düzeldiği, kapaktan geçişin arttığı, ancak arkus aortada daha önce var olmayan hareketli, sallanan ve intimal flap olduğu düşünülen bir yapı görüldü (video 1). İzlemede intimal flapın boyutlarında bir değişiklik olmaması üzere cerrahi olarak çıkarıldı. Balon aortik valvüloplasti işlemi sonrası kontrol ekokardiyografide işleme bağlı aort duvarı hasarı gelişimi açısından iyi bir şekilde incelenmesini gerektiği vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Balon aortik valvüloplasti, intimal flap, yenidoğan

ANJİO, MR, BT, CERRAHİ

RPA-LA BAĞLANTISI VE DEV LA ANEVİRİZMASININ TRANSKATETER AMPLATZER MÜSKÜLER VSD OKLÜDER İLE KAPATILMASI

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM, YILMAZ TOPRAK
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Sağ pulmoner arter – sol atriyum (RPA-LA) bağlantısı çok nadir bir siyanotik doğumsal kalp hastalığıdır. Klinik tanısı sıklıkla zordur ve asıl tedavisini cerrahi oluşturur. Vaka sunumunda mevcut anomalisini Amplatzer Müsküler VSD oklüder ile başarı ile kapattığımız 5 yaşında kız hastayı tarif etmekteyiz.

Sunum:

Beş yaşında ağır siyanotik, belirgin çomak parmağı olan, kliniği NYHA klas III, efor toleransı azalmış olan hasta kliniğimize başvurdu. Satürasyonu %76 ölçüldü. Tomografisinde sol atriyumdan sağ paravertebral bölgeye uzanan 6 cm uzunluğunda anevrizmal genişleme görüldü. Kateterizasyonunda LV ve aortada belirgin desatürasyon izlendi. RPA alt lob arterinin 8 mm çapında bir bağlantı ile LA üst arkasına açıldığı, LA'da anevrizmal genişleme olduğu görüldü. Tanı RPA-LA anormal bağlantısı ve LA anevrizmal genişlemesi olarak belirlendi. Girişimsel işlem karar vermek için orta ve alt lob pulmoner arterlere ayrı ayrı kateter ilerletilerek pulmoner venöz dönüş kontrol edildi. Sonra fistül 5F MPA kateter ile geçilerek önce hidrofilik, sonra extrastiff guide yerleştirildi, üzerinden 7F Amplatzer torqvue taşıyıcı sistem ilerletildi, 12 Amplatzer MVSD oklüder LA anevrizmaya ilerletildi. İlk disk sol atriyumda açıldıktan sonra sistem geri çekilerek ikinci disk pulmoner arterde açıldı, ikinci bir 6F NIH kateter diğer femoral venden RPA'ya ilerletildi. RPA anjiyogram ön-arka, ve cihazın posteriyorundan oblik pozisyonda yapıldı, RPA akımının normal olduğu, herhangi bir obstrüksiyon oluşmadığı görüldü. MPA katater yardımı ile RPA distal ve proksimal dallarında basınç gradiyenti ile darlık kontrol edildi, darlık olmadığı görülünce cihaz serbestleştirildi. Cihaz bırakıldıktan sonra RPA anjiyogramı tekrarlandı, RPA akımının normal olduğu, RPA-LA bağlantısının tamamen tıkanıldığı görüldü. Komplikasyon olmadı, hemen işlem sonrası hastanın SaO₂ %96 olarak ölçüldü. Gece boyunca heparinize edilen hasta 2. gün oral kumadin tb ile taburcu edildi. 5. ay kontrolünde cihazın yerinde stabil olduğu, anevrizma boyutlarının küçüldüğü, RPA akımının normal olduğu görüldü. Anevrizma boyutlarında küçülmenin devamı halinde kumadin kesilmesi planlandı.

Sonuç:

RPA-LA bağlantısı klinik tanısı zor, ağır siyanoza yol açan nadir bir durumdur. Literatürde Aralık 2011 tarihine kadar 9 adet transkateter kapatma vakası bildirilmiştir. Bizim vakamız Müsküler VSD oklüder ile kapatılan 2. vaka olmuştur. Transkateter kapatma mümkün olmasına rağmen vakamızda olduğu pulmoner arteriyel ve venöz dolaşımın itinalı bir şekilde kontrolü işlemin her aşamasında önerilir. Sonuç olarak transkateter tekniğin cerrahiye iyi bir alternatif olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: RPA-LA fistülü, Amplatzer müsküler VSD oklüder, transkateter tedavi

ALAGILLE SENDROMLU OLGUDA SOL PULMONER ARTER DARLIĞINA CUTTING BALON ANJİOPLASTİ VE STENT YERLEŞTİRİLMESİ

ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, SADETTİN SEZER, KAZIM ÜZÜM, NAZMI NARİN

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Giriş:

Alagille sendromu (arteriohepatik displazi) intrahepatik safra kanallı azlığının en sık nedenidir ve kardiovasküler anomaliler içerisinde genellikle periferik pulmoner stenoza ve bazen de Fallot Tetralojisi eşlik etmektedir. Periferik pulmoner stenoza cutting balon anjioplastisini takiben stent uygulanan Alagille sendromlu hastayı bildirmek istedik.

Olgu:

Yenidoğan döneminde direkt bilirübinemi nedeniyle tetkik edilmekte iken, belirgin alın, göz kürelerinin derinde yerleşmesi, küçük ve sivri çene, semer burunu içeren sendromik görünümü nedeniyle Alagille sendromu tanısı aldı.

Sol periferik pulmoner stenoza tanısı ile takip edilmekte iken 4,5 yaşında, darlık gradiyentinde artış olması (50 mmHg) nedeniyle yapılan anjiyografide sol pulmoner arterde 22 mm uzunluğunda diffüz, belirgin darlık görüntüldü. 8 mm x 24 mm cutting balon ile darlık alanına iki defa anjioplasti işlemi uygulandı. Daha sonra 7 mm x 24 mm stent darlık alanına yerleştirildi. İşlem sonrası anjiyografide darlık bölgesinin düzeldiği ve kontrast geçişinin rahatladığı gözlemlendi. İşlem sonrası kontrollerinde stent düzeyinde sadece 14 mmHg gradient saptandı.

Sonuç ve Yorum:

Yenidoğan döneminde Alagille sendromu tanısı alan sol periferik pulmoner stenoza cutting balon anjioplasti uygulamasını takiben başarılı stent yerleştirme işlemi gerçekleştirdiğimiz hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Alagille sendromu, pulmoner stenoza, cutting balon, anjioplasti, stent

BELİRGİN SAĞ PULMONER ARTER BİFURKASYON DARLIĞI VE PDA'NIN AYNI SEANSTA KAPLI STENT VE DUKT OKLUDEK KULLANILARAK TRANSKATETER TEDAVİSİ

AHMET ÇELEBİ, ABDULLAH ERDEM, REYHAN DEDEOĞLU, İLKER KEMAL YÜCEL

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP, DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Periferik pulmoner arter stenozu (PAS) ile Patent duktus arteriozus (PDA) birlikteliği nadir görülür. Birlikte olduklarında da iki patolojinin de aynı tarafta olması beklenilir. Aynı ayrı karşılaşıldığında her iki patoloji transkateter olarak tedavi edilebilmektedir. Bu olgu sunumunda birlikte olmasına rağmen patolojilerin farklı tarafta olduğu ve her iki patolojinin aynı seansta transkateter yöntemle tedavisinin sağlandığı bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:

Noonan sendromu tanısı ile izlenen 5.5 yaşındaki olgunun yapılan muayanesinde devamlı üfürüm saptandı. Telekardiyografisi normal olup EKG'sinde sağ ventrikül hipertrofisi bulguları mevcuttu. Ekokardiyografik incelemesinde ise sağ pulmoner arterin (PA) diffüz hipoplazisi ile birlikte bifurkasyon düzeyinde ağır sağ PA stenozu izlendi. Stenoz nedeniyle triküspid yetersizliği yoluya alınan sağ ventrikül sistolik basıncı (RVSP) 80 mmHg ölçüldü. Ayrıca 2-D çapı 3.5 mm, renkli akım çapı 4 mm olan PDA saptandı. Hemodinamik değerlendirme sonucunda RVSP (72 mmHg) orta düzeyde yüksek ve ana PA ile sol PA basıncı (ikisinde de aynı: 72/27/47 mmHg) aynı yükseklikte idi. Sağ PA basıncı 28 /7/ 22 mmHg, eş zamanlı aort basıncı 118/62/86 mmHg (RV/LV; 0,61) olarak ölçüldü. Anjiyografik değerlendirme sonucunda Sağ PA'nın diffüz hipoplazik olduğu ve en dar yerinin bifurkasyon düzeyinde 1.7 mm olan ağır sağ PAS'u görüldü. Bu nedenle ilk etapda balonla predilatasyon yapıp daha sonra kaplı stent implante edilmesine karar verildi. Sırasıyla 6x2 mm'lik ve 8x2 mm'lik Tyshak balonlarla predilatasyon gerçekleştirilerek uzun kılıfın geçebileceği bir genişlik elde edildi. Ancak elastik yapı nedeniyle lezyonun rekoil olduğu görüldü. Uygun ölçüdeki uzunkılıfın yerleştirilmesinden sonra 8 mm'lik balona yüklenen 28 mm uzunluğundaki Cheatham Platinum kaplı stent (numed, Inc.; Hopkinton, NY) implante edildi. Stent implantasyonu sonrasında PDA 6/8 mm Cardiofix Duct occluder (Starway Medical, Beijing China) ile kapatıldı.

Sonuç:

Periferik PAS'u ile PDA birlikteliği nadir görülür ve her iki patolojinin eş zamanlı olarak transkateter tedavisi mümkün olabilir. Önce periferik PAS'nun tedavi edilmesi ardından PDA'nın tekrar değerlendirilip kapatılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periferik pulmoner stenoz, PDA, kaplı stent, dukt okluder

MULTISLICE BT İLE GÖRÜNTÜLEN DESSENDAN AORTA VE SOL ALT PULMONER VEN ARASINDAKİ ARTERIOVENÖZ FİSTÜL

MUSTAFA KÖSECİK, NURULLAH DOĞAN

ÖZEL BAHAR HASTANESİ, BURSA

Doğumsal torasik arteriovenöz fistüller nadiren görülür. Dessenan aorta ve sol alt pulmoner ven arasındaki doğumsal arteriovenöz fistüller ise oldukça nadirdir, literatürde benzer olgu sunumu yoktur. Kilo alamama ve kalbinde üfürüm duyulması nedeniyle hastanemiz Çocuk Kardiyolojisi ünitesine gönderilen 20 aylık kız hasta. Fizik muayenesinde apeks ve sırtta duyulan 2/6 sistolik kardiyak üfürüm vardı. Ekokardiyografik incelemesinde sağa göre daha geniş sol kalp boşlukları, orta derecede mitral kapak yetersizliği ve sol atriyuma alt pulmoner venden beklenenden daha fazla kan akımı olduğu ve sol atriyum lateralinde alt pulmoner venle bağlantılı orijini saptanamayan ilave damar varlığı izlendi. Bu bulgumuzu doğrulamak amacıyla yaptığımız Multislice BT Anjio’ da diyafragma üstü seviyede dessenan aortadan köken alarak sol alt pulmoner vene uzanan anormal ilişki (aorta-venöz fistül) tespit ettik (Video). Kalp yetersizliği bulguları olan hastada fistül oklüzyonu Amplatzer Vasküler Plug II cihazı kullanılarak başarıyla gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenöz fistül, multislice BT

MODİFİYE NIKAI DOH PROSEDÜRÜ CERRAHİ TEKNİK

MEHMET DEDEMOĞLU, AKIN ARSLAN, TANIL ÖZER, MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, EYLEM TUNÇER, FÜSUN GÜZELMERİÇ, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Modifiye Nikaidoh Prosedürü

18 aylık erkek hasta, nefes darlığı, morarma ve sık ÜSŞE şikayeti mevcut. Dış merkezde TGA+VSD tanısı konulup, tarafımıza yönlendirildi. EKO'da; Miyokard fonksiyonu normal, ventriküler septumda subpulmonik 9 mm çapında defekt izlendi. PA LV'den arkada ve solda, aorta önde ve sağda RV'den çıkıyor. Ventriküloarteriyel diskordans var. Aort ve pulmoner arter ilişkisi transpoze. Pulmoner kapakta subvalvuler ve valvuler ciddi darlık akımı alındı (60 mmHg gradiyent).

Hastaya Modifiye Nikaidoh tekniği uygulandı.

Cerrahi Teknik:

Genel anestezi altında median sternotomi yapıldı. Timus total rezeksiyonu edildi. Perikard açıldı. Perikard yama alınarak gluteraldehitli solusyonda hazırlandı. Askı dikişleri kondu. Persistan sol SVC mevcuttu. Aortik arteriyel selektif trikaval venöz kanülasyon yapıldı. Aortik kök iğnesi kondu. CPB'ye girildi. Kross klemp konarak kalp antegrad arrest edildi, antegrad ve selektif osteal kanüllerle aralıklı miyokardial koruma ile devam edildi. Sağ atriotomi yapıldı. PFO'dan vent kanülü yerleştirildi. Pulmoner arter LV'den, aorta RV'den çıkmaktaydı. Pulmoner arter ve aorta serbestleştirilerek transekte edildi. Ardından önce sol koroner ostium buton şeklinde çıkarıldı. Daha sonra aort, kökü ile birlikte, koroner arter çıkış bölgesine kadar sağ ventrikül çıkım yolundan eksize edilip, ayrıldı. Sonra Pulmoner arter ve kapak, pulmoner anülustan rezeksiyonu edildi. Aort, kökü ile birlikte, çıkarılan pulmoner arter anülüsüne kaydırıldı ve sol ventriküle implante edildi. Neo-aort kökünün septal bölgesinde mevcut VSD ise dacron patch ile kapatıldı. Ardından, sol koroner butonun çıkarıldığı bölge, perikard patch ile kapatıldı. Daha sonra aort NCC kısmına J insizyon yapıldı. Sol koroner buton buraya implante edildi. Ardından Le Compte manevrası sonrası ile, neoascendan aort, arcus aortaya anastomoze edildi. Daha sonra kross klemp alındı. Kalp spontan çalıştı. Ardından pulmoner arter rekonstrüksiyonu kapaklı konduit (contegra) ile RVOT-Ana pulmoner arter arasına atan kalpte yapıldı. Takiben sağ atriotomi primer kapatıldı. CPB'den düşük doz inotrop destek ile çıkıldı. Sağ toraks ve mediastene birer adet drenaj tüpü kondu. Sternum tellendi, katlar usulüne uygun kapatılıp hasta stabil hemodinamik parametrelerle YBÜ'ne alındı.

Anahtar Kelimeler: TGA, Nikaidoh

AORT KAPAĞI KORUNARAK AORT KÖKÜ, ASSENDAN AORTA VE ARKUS AORTA REPLASMANI YAPILAN LOEYS–DIETZ SENDROMLU 2 YAŞINDA OLGU

RIZA TÜRKÖZ, EMRE ÖZKER, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, UYGAR YÖRÜKER, ŞULE BALCI, ÖZLEM SARISOY, CANAN AYABAKAN, KÜRSAD TOKEL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

Loeys–Dietz sendromu aort patolojileri ile Marfan sendromundan daha ağır seyir gösteren otozomal dominant genetik bir sendromdur.

İki yaşında bir erkek çocuğu Loeys–Dietz sendromu tanısı yanında aort kökü, assendan aorta ve arkus aorta anevrizmasına ilave olarak aort yetmezliği ile kliniğimizde ameliyat edildi.

Ameliyatta aort kapağı korunarak aort kökü (David I operasyonu), assendan aorta ve arkus aorta replasmanı yapıldı. Postoperatif 6. gün taburcu edilen olgu 1 yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir (1).

Loeys-Dietz Sendromu olgularda aort anevrizması hızlı büyüme göstermesi sebebiyle erken tanı ile uygun zamanlama ile cerrahi tedavi gerektirmektedir. Cerrahi sonrası diğer aort bölgelerinde anevrizma oluşumu periyodik olarak takip edilmelidir.

1. Ozker E, Vuran C, Saritas B, Türköz R Valve-sparing replacement of the ascending aorta and aortic arch in a child with Loeys-Dietz syndrome. Eur J Cardiothorac Surg. 2012.

Anahtar Kelimeler: Aort anevrizması, Loeys–Dietz sendromu

TRUNKUS ARTERIOZUS VE INTERRUPTED AORTİK ARK BİRLİKTELİĞİNİN CERRAHİ DÜZELTİLMESİ

ALİ KUTSAL, MURAT KOÇ, HAKAN AYDIN, ONUR IŞIK, TOLGA BAŞ

DR. SAMİ ULUS ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Kalpten tek bir ortak arteriyel kapak aracılığı ile çıkan ve aorta,pulmoner ve koroner arterleri besleyen ana damar trunkus arteriozus (common arteriyel trunk) olarak isimlendirilir.

İlk kez 1798 yılında Wilson tarafından tanımlanmıştır ve otopsi serilerinde % 1-4 oranında rastlanır.

VSD infundibuler septumun eksik gelişimi nedeni ile genişir.Trunkal kapak % 60 olguda 3,% 13 olguda 4 ve % 9 olguda 2 kusplıdır.Darlık veya yetmezlik gösterebilir.

% 20 olguda interrupted aortik ark vardır.

Olgumuzda aorta innominate ve sol common karotid arteri verdikten sonra kesintiye uğramakta ve distal aorta PDA aracılığı ile kanlanmaktaydı.

Trunkus arteriozus da koroner anomaliler de sık görülür ve genellikle bir veya her iki ana koroner arter normalden daha yukardan çıkar.Hastamızda ise sağ koroner arterden büyük bir dal LAD alanına giderek LAD ile birleşiyordu.

Soğuk kristaloid kardiopleji ile kalp durdurulduktan sonra sağ ve sol pulmoner arter tek bir kök halinde aortadan ayrıldı.Yapılan kontrolda trunkal kapak 3 kusplıydı ve hafif yetmezlik gösteriyordu.Bu nedenle kapağa herhangi bir girişim yapılmadı.PDA dokusu tamamen rezeke edildikten sonra distal aorta ve innominate ve sol karotisi içeren aorta yan yana olarak proksimal aortaya anastomoz edildi.

Koronerlere zarar vermeyecek şekilde sağ ventrikülotomi yapıldı ve geniş VSD dakron yama ile devamlı dikiş tekniği kullanılarak kapatıldı.Sağ ventrikül-pulmoner arter devamlılığı Contegra pulmoner kapaklı konduit ile sağlandı.

Klemp kaldırıldıktan sonra kalp spontan sinüs ritminde çalıştı.

Anahtar Kelimeler: Trunkus arteriozus,Interrupted aortik ark,Common arteriyel trunk, Cerrahi düzeltme

**OLGU ODAKLI OTURUM
(AKUT ROMATİZMAL ATEŞ)**

MYOKARDİT VE SOL VENTRİKÜL SİSTOLİK DİSFONKSİYONUYLA GİDEN KÜÇÜK YAŞTA ORTAYA ÇIKAN ATİPİK ARA OLGUSU

İLKER KEMAL YÜCEL, REYHAN DEDEOĞLU, ABDULLAH ERDEM, AHMET ÇELEBİ

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Olgu:

Akut romatizmal ateş (ARA) olgularının %5-7'si 5 yaş altında ortaya çıkar ve bunlarda daha çok izole artrit şeklindedir. Yine ARA olgularında pankardit iyi bilinmesine rağmen önemli kapak yetersizlikleri olmaksızın sol ventrikül sistolik disfonksiyonu tartışılmalı bir konudur. Bu bildiriye sol ventrikül sistolik disfonksiyonu bulguları olan ve tedavi ile bu bulguları normale dönen 3.5 yaşındaki ARA tanısı alan hasta sunulmaktadır. Daha önce yakınması olmayan 3.5 yaşındaki erkek hasta üç hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş. Bize başvurduğunda sol ayak bileğinde şişlik kızarıklık ve basamama yakınması mevcuttu. Yapılan muayenesinde koltuk altına yayılan ve en iyi sol yan üzerine yatmakla duyulan 2/6 şiddetinde sistolik üfürümü mevcuttu. Sol ayak bileğinde şişlik kızarıklık ve fonksiyon kaybı saptandı. Tam kan sayımında; WBC:5500 mm³, PLT:469.000/mm³, Hb:10,3 gr/dl, Periferik yaymada özellik saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı:86 mm/saat, ASO: 3500 Ünite, ANA ve AntiDs DNA negatif, troponin değerleri normal sınırlarda saptandı. Hastanın yapılan ekokardiyografik incelemesinde hafif (2+) mitral yetersizliği, eser aort yetersizliği, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (EF%51, KF %25), sol kalp boşluklarında hafif dilatasyon ve minimal perikardiyal efüzyon saptandı. Geçirilmiş ÜSYE sonrasında artrit, pankardit, akut faz reaktanlarında yükseklik olan hasta ARA tanısı ile 2mg/kg/gün prednisolon başlandı. Artriti çok çabuk geriledi. İkinci hafta sonunda sistolik fonksiyonları normale döndü. Perikardiyal efüzyon tamamen kayboldu. Mitral kapak yetersizliği eser düzeye geriledi ve aortik kapak yetersizliği kayboldu. ARA dört yaş altında nadir olsa da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. ARA'da myokardiyal inflamasyon (Aschoff) olmakla beraber myokard nekrozu görülmemekte ve troponin seviyeleri normal sınırlarda saptanmaktadır. Bu olgularda sistolik disfonksiyon ciddi kapak yetersizliği olmadan da pankardit seyrinde görülebilmektedir.

ATRIOVENTRİKÜLER TAM BLOK İLE BAŞVURAN AKUT ROMATİZMAL ATEŞ OLGUSU

GÖKMEN ÖZDEMİR, ALİ YILDIRIM, PELİN KÖŞGER, BİRSEN UÇAR, TEVFİK DEMİR,
ZÜBEYİR KILIÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Olgu:

Birinci derece atriyoventriküler (AV) blok, akut romatizmal ateşin (ARA) sık gözlenen bir bulgusu ve minör Jones kriterlerinden biri olmasına karşın ileri AV blok, bu hastalarda oldukça nadir gözlenir. Onbir yaşındaki kız hasta 2 hafta önce geçirilen boğaz enfeksiyonu ve 4 gündür olan gezici tarzda eklem ağrısı ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde kalp atımları disritmik, apekte en iyi duyulan ve koltuk altına yayılan 2/6 dereceden üfürüm ve sol diz eklemi hareketleri ağrılı saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP ve ASO titresi yüksek saptanan hastanın EKG'sinde AV tam blok izlendi. Ekokardiyografik incelemede hafif mitral ve aort yetmezliği gözlemlendi. Steroid tedavisi başlanan hastanın 5 gün içerisinde AV tam bloğu Mobitz tip 1 AV bloğa geriledi ve pacemaker implantasyonuna gerek duyulmadı. Takiplerinde EKG bulguları normal seyretti. ARA seyri sırasında gözlenen ileri AV bloğun romatizmal karditin bir bulgusu olduğu ancak klinik kardit ile korelasyon göstermemesi ve genellikle kendiliğinden, kısa sürede düzelmesi nedeniyle nonspesifik bir bulgu olabileceği düşünülmektedir. Tam AV blok, oldukça nadir bir bulgusu olsada, ülkemiz gibi ARA'nın halen toplumsal bir sağlık problemi olduğu bölgelerde akılda tutulması gerekliliği ve EKG takibinin önemi vurgulandı.

AKUT ROMATİZMAL ATEŞLİ BİR OLGUDA İKİNCİ DERECE MOBİTZ TİP2 AV BLOK VE SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ BİRLİKTELİĞİ

KESKİN MAHMUT, ÖRÜN UTKU ARMAN, ÖZGÜR SENEM, CEYLAN ÖZBEN, DOĞAN VEHBİ, KARADEMİR SELMİN, ŞENOCAK FİLİZ

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Olgu:

Akut romatizmal ateş (ARA) çocuklarda en sık görülen edinilmiş kalp hastalığıdır. ARA'lı hastalarda atrioventriküler ileti gecikmesi yani PR uzaması en sık görülen spesifik olmayan bir EKG bulgusudur. Burada ARA'lı bir hastada literatürde daha önce tanımlanmamış ikinci derece Mobitz tip2 AV blok ve supraventriküler taşikardi (SVT) birlikteliği gösteren bir vakayı sunmak istedik.

Kliniğimize, önce sağ kalça, daha sonra sağ diz ve sonra da sağ dirsek ağrısı ve şişliği ile başvuran 11 yaşında kız hastanın 2 hafta önce bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın gezici artrit olması ve fizik muayenesinde sternum solunda 2/6 sistolik üfürüm duyulması üzerine yapılan ekokardiyografik incelemesinde akım hızı 4.3 m/s olan 2. derece aort yetmezliği ve akım hızı 2.7 m/s olan 1. derece mitral yetmezlik saptandı. Serum C reaktif protein (CRP): 125mg/L, sedimentasyon: 120 mm/h, antistreptolizin O (ASO): 1070 IU saptandı. Elektrokardiyografisinde ikinci derece Mobitz tip 2 AV blok saptandı. Hastaya ARA tanısı konuldu. Aspirin 75 mg/kg/g başlandı. Tedavinin üçüncü gününde artrit tamamen geriledi, onuncu günde akut fazları gerilerken hastada (SVT) gelişti. Hastaya intravenöz infüzyon şeklinde amiodarone 5 mikrogram/kg/dk başlandı. SVT 2. saatte sonlandı. Hasta oral aspirin ve amiodarone tedavileriyle taburcu edildi.

HENOCH-SCHÖNLEİN PURPURASI VE AKUT ROMATİZMAL ATEŞ BİRLİKTELİĞİ

KESKİN MAHMUT, ÖRÜN UTKU ARMAN, ÖZGÜR SENEM, CEYLAN ÖZBEN,
KARADEMİR SELMİN, ŞENOC AK FİLİZ

*DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Olgu:

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) 5-15 yaş arası çocuklarda en sık görülen sistemik vaskülitir. Akut romatizmal ateş (ARA) ile birlikteliği nadirdir. Burada HSP ve ARA birlikteliği olan bir olguyu sunma istedik.

Kliniğimize bacaklarda döküntü, eklemelerde kızarıklık ve şişlik şikayetiyle başvuran 8 yaş 8 aylık erkek hastanın 2-3 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastaya nefroloji bölümüne HSP tanısı konulup hastaneye yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde 2/6 sistolik üfürüm saptanması üzerine bölümümüze konsülte edildi. Hastanın yapılan ekokardiyografide akım hızı 4.6 m/s olan 2. derece mitral yetmezliği tespit edildi. Hastanın gezici artritinin olması, karditinin olması ve laboratuvar testlerinde ASO: 2110 IU/mL, CRP: 71 mg/L bulunması üzerine ARA tanısı konuldu. Hastaya 2 mg/kg/g steroid (prednizolon) tedavisine başlandı. Hastanın 1 hafta sonra alınan akut fazlarının normale döndüğü gözlemlendi. Hasta kontrole çağrılmak üzere taburcu edildi. Hastanın sonraki kontrolünde steroid dozu azaltılıp aspirin (50 mg/kg/g) tedavisine başlandı. Steroid dozu azaltılıp kesildi.

AĞIR ARA KARDİTLİ OLGUDA SPHINGOMONAS PAUCIMOBİLİS BAKTERİYEMİSİ

YILMAZ YOZGAT, TİMUR MEŞE, TALİHA ÖNER, ÖNDER DOKSÖZ, AYHAN KILIÇ,
VEDİDE TAVLI

*DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İZMİR*

Olgu:

Akut romatizmal ateş (ARA) gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. ARA'lı olgularda hücrel immun yanıtta değişiklikler özellikle CD3 (+) T hücrelerinde azalma bildirilmektedir. Sphingomonas paucimobilis gram negatif çomak olup toplum ve hastane kaynaklı enfeksiyonlara yol açar. Olgular malign, immünsüpresif veya diyabetik hastalarda bakteriyemi/sepsis, pnömoni veya peritonit enfeksiyonları şeklinde bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda lenfosit panelinde CD3 (+) T hücre düşüklüğü bulunan perikardiyal effüzyonlu ağır ARA karditli olguda Sphingomonas Paucimobilis bakteriyemisini sunmak istedik. Bu olgu literatüründe bildirilen ilk ARA kardit Sphingomonas Paucimobilis bakteriyemi birlikteliği olgusudur.

OLGU ODAKLI OTURUM
KATATER ODASINDA SİZ OLSAYDINIZ NE YAPARDINIZ?

EISENMENGER SENDROMU GELİŞMİŞ RPA ÜST LOB ARTERİ - DESANDAN AORTA RL ŞANTI VE STENOTİK HEMİTRUNKUSUN CP STENT VE AMPLATZER SEPTAL OKLÜDER İLE TRANSKATETER TEDAVİSİ

OSMAN BAŞPINAR

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Olgu:

Sağ akciğerde basınç ve volüm yükü nedeniyle Eisenmenger sendromu, solda ise hipoksemik akciğeri olan bir hastanın transkateter tedavisi sunulmaktadır. Literatürde benzer bir vaka ve transkateter tedavisine rastlanılmamıştır. Sunum 16 yaşında siyanotik, çomak parmağı olan, kliniği NYHA klas III, efor toleransı azalmış, senkop şikayetleri olan hasta kliniğimize başvurdu. Satürasyonu %85 ölçüldü. Ekoda hipertrofik RV'den sadece RPA çıktığı, PAP 80 mm/Hg olduğu görüldü. RV enjeksiyonunda kalpten sadece genişlemiş sağ pulmoner arterin çıktığı görüldü. Sağ akciğer basıncının suprasistemik olduğu görüldü, RPAP 142/71/99, AoP 124/78/100 mmHg olarak ölçüldü. RPA üst lob arterinin desandan aortaya drene olduğu, RL şanti olduğu görüldü. Hemitrunkus olduğu, sol subklavyen arterden 4 mm çapında ince bir kollateral ile LPA çıktığı, LPAP 27/21/24 mmHg ölçüldüğü, sol akciğer vasküleritesinin azalmış olduğu görüldü. Sol akciğerin kanlanmasını minimal arttırmak, sağın ise azaltmayı planladık. LSCA yolu ile çıkan LPA'ya 11F Mullins katater ilerletildi, kaplı CP stent 10x3x7x6x100x0.035 balon ile stenotik kollateral üzerinde dilate edildi, lümen çapı sonrası 6.6 mm olarak ölçüldü. RPA üst lob arteri-desandan aorta bağlantısı çapı 11 mm olarak ölçüldü, RPA-üst lob arteri-desandan aorta yolu ile 16 mm Amplatzer septal oklüder ile sol atriyal disk aortada, sağ disk ise tüp şeklinde olacak şekilde RPA üst lob arterinde açıldı, işlem sonrası halen belirgin rezidüel akım olduğu ama cihazın stabil olduğu görüldü. Ertesi gün ASO'nun aortaya embolize olduğu görüldü, RPA-Aortaya stiff guide yerleştirilerek ASO'nun fazla hareket etmesi engellendi. Aortadan 14F Mullins kateter ve içerisinden 110 cm, JR ilerletildi, snare ile ASO sağ atriyal vidasından yakalanarak geri çekildi. Tekrar RPA-des Ao'dan uzun kılıf 28 mm ASO ilerletildi, pulmoner arterden MPA'ya doğru cihaz çekilerek, köpek kemiği şeklini alması sağlandı. Hastanın siyanozu geriledi, SaO₂ %95 olarak ölçüldü. Cihaz stabil pozisyonda kaldı, ertesi gün hiç şant kalmadığı, görüldü ve hasta oral aspirin tb ile taburcu edildi. 15 gün sonraki kontrolünde pulmoner yetmezlikten hesaplanan sağ akciğer PAP 40 mmHg olarak ölçüldü. Sonuç olarak literatürde benzer vaka örneği bulunmayan hastada yapılmış olan bu girişimler ile satüre olan kan miktarı artırılmış, RL şant önlenmiştir ve sağ akciğer volüm yükü azaltılmıştır. Klinik durumunda belirgin düzelme sağlanmıştır. Transkateter rutin dışı tedavilerin hasta konforu ve klinik tablonun düzelmesi açısından çok farklı alternatiflerde kullanımı mümkündür.

EKSTRAKORPOREAL YAŞAM DESTEĞİ ALAN HASTADA TRANSKATETER GİRİŞİM: TIKANMIŞ ŞANTA VE SOL PULMONER ARTERE STENT YERLEŞTİRİLMESİ

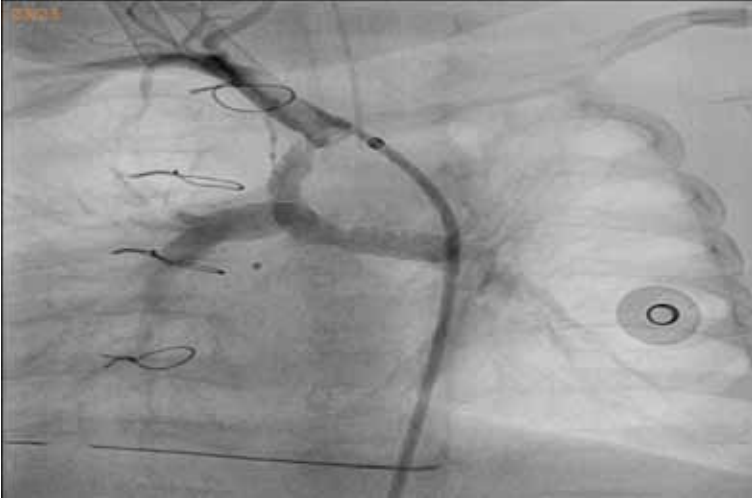
ALPER GÜZELTAŞ, SERTAÇ HAYDİN, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Sistemik kan akımı ve gaz değişiminin ihtiyacı karşılayamayacak şekilde aksadığı ciddi kalp ve akciğer problemi olan hastalarda mekanik olarak sağlanan dolaşım ve solunum desteği uygulamaları ekstrakorporeal yaşam desteği (ECLS) olarak adlandırılır. Ektrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) bu uygulamalardan biridir. Burada, modifiye BT şant yapılan ve şantın tıkanması nedeniyle acilen ECMO'ya bağlanarak şanta ve daralmış olan sol pulmoner artere stent yerleştirilen bir olgu sunulmaktadır. Ülkemizde ECMO desteği altında yapılan kateter anjiyografi bildirilmediğinden bu olgudaki deneyimimizi paylaşmak istedik.

Olgu Sunumu:

Dekstrokardi, AV diskordans, aortik outlet sağ ventrikül ve pulmoner atrezi tanıları ile 9 günlükken sağ modifiye BT şant yapılan hasta, satürasyon düşüklüğü nedeni ile postoperatif 2. ayda yatırıldı. Takip sırasında ani gelişen kardiyak arrest nedeni ile CPR altında, sağ internal karotis arter ve internal jugüler ven kanülasyonları ile ECMO'ya bağlandı. Ekokardiyografide şantın tıkanmış olduğu saptanarak acil olarak şantın rekanalize edilmesi planı ile kateterizasyon laboratuvarına alındı. İlk anjiyogramlarda net görüntü alınamaması ve az miktarda antegrad akımı da olması nedeniyle, ECLS desteğinin kısa süreli durdurulmaları ile enjeksiyonlar yapıldı. Şant akımının azaldığı ve sol pulmoner arterde önemli darlık olduğu görüldü (Resim-1). Önce sol pulmoner artere daha sonra da şanta stent yerleştirildi. Hasta, işlemden 4 saat sonra ECMO'dan sorunsuz bir şekilde ayrıldı.



Stent sonrası enjeksiyon

Sonuç ve Yorum:

ECLS tedavisi ani kardiyak arrest gelişen ve etkin CPR yapılan hastalarda mutlaka düşünülmelidir. ECMO altındaki hastalara gerektiği durumlarda transkateter tedavi başarılı bir şekilde uygulanabilir. ECMO kanüllerinin sineanjiyogram alınması gereken yerlerde olması durumunda, antegrad akımı olan hastalarda, devrenin kısa sürelerle kapatılıp açılması daha iyi görüntü alınmasını sağlayabilir.

KAWASHIMA SONRASI HEPATİK VENLERİN PULMONER SİRKULASYONA KATILMASI SONRASI “FAIL” EDEN BİR FONTAN SİRKULASYONUNDA PULMONER ARTER DARLIĞINA STENT İMPLANTASYONU; KLİNİK VE HEMODİNAMİK DÜZELME

ABDULLAH ERDEM, AHMET ÇELEBİ, REYHAN DEDEOĞLU, İLKER KEMAL YÜCEL

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS, KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Kawashima operasyonu sonrası, hepatik venlerin kardiyak açılması sebebiyle pulmoner arteriyovenöz fistül gelişimi ilerleyici siyanoza yol açabilmektedir. Siyanozun gerilemesi veya engellenmesi amacıyla hepatik venelerin de pulmoner artere (PA) yönlendirilmesi önerilmektedir. Burada Kawashima operasyonu sonrası gelişen progresif siyanozun gerilemesini sağlamak amacıyla hepatik venlerin PA'ye yönlendirilmesi sonrası dirençli perikard efüzyonu ve karında asciti ortaya çıkan 14 yaşındaki kızın anatomik darlığının stent implantasyonu ile giderilerek tedavisi anlatılacaktır.

Tam düzeltme imkânı olmayan karmaşık intrakardiyak patolojiye sahip sağ superior vena kava (SVK) ve sol hemiazygos devamlılığı ve sol SVK'sı olan 2002 yılında sağa bidireksiyonel Glenn ve sola Kawashima operasyonu gerçekleştirilmiş hastaya oksijen saturasyonunun azaldığı görülerek (%90à%78) Şubat 2011'de kalp kateterizasyonu yapıldı. Ortalama PA basıncının (14 mmHg) ve indexinin (1.7) uygun olması üzerine sağ PA hilusa ve orta segmente kadar açıldıktan sonra sağ tarafa dökülen hepatik venler goretex yama ile PA'ye yönlendirildi.

Hasta operasyon sonrası dördüncü ayda karın şişliği, nefes darlığı ve ödem ile başvurdu. Klinik durumu stabil hale getirildikten sonra kalp kateterizasyonu yapılan olguda anastomoz ile ilgili sorun olmadığı görüldü. Ancak sağ PA'de belirgin darlık saptandı. Ortalama PA basıncı 16 mmHg idi. Darlık bölgesinde gradiyent olmamasına rağmen belirgin anatomik darlık görünümünün olması, efüzyonun sağda olması ve asit olması nedeniyle stent implantasyonu ile darlığın giderilmesinin faydalı olabileceği düşünüldü. Stent implantasyonu sonrasında (34 mm CP stent; 14 mmlik BIB balon) hastanın plöral efüzyonu ve asiti günler içinde geriledi

Fontan dolaşımına sahip hastalarda optimal hemodinamik durumun sağlanması -sistemik venlerin PA distallerine kadar rahat şekilde ulaşması- için en önemli koşul basınçlarının normal sınırlarda olması ve anatomik obstruksiyonun olmamasıdır. Bu nedenle basınç farkı olmayan olgularda dahi anatomik darlığın giderilmesi sistemin daha kolay çalışmasını sağlayabilir.

BAŞ BOYUN DAMAR ANOMALİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ AORT KOARKTASYONUNA BAŞARILI TRANSKATETER STENT YERLEŞTİRİLMESİ

NAZMİ NARİN, ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, ERTUĞRUL MAVİLİ, KAZIM ÜZÜM

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

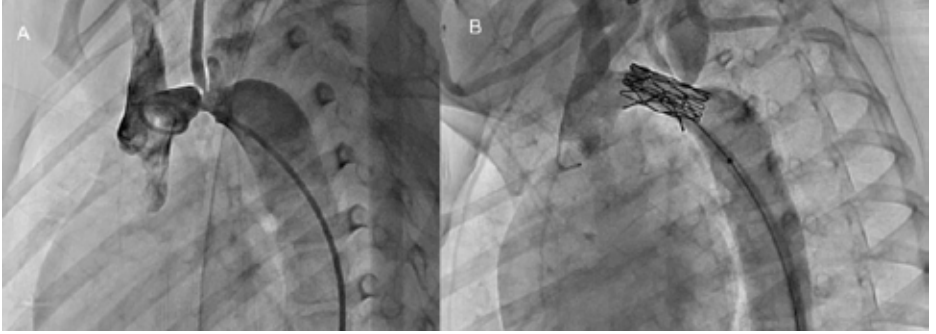
Aort Koarktasyonu (AK) tipik olarak proksimal torasik aortanın diskret stenozu olmasına rağmen transvers arktan iliak bifurkasyona kadar herhangi bir noktada değişen derecelerde görülebilir. Baş boyun damar anomalisinin eşlik ettiği ciddi arkus aorta koarktasyonu olgusuna 3 yaşında ve 11 kg olmasına rağmen operasyonun getireceği riskler göz önüne alınarak yapılan başarılı stent uygulamasını sunmak istedik.

Olgu:

Üfürüm duyulması şikâyetiyle değerlendirildiğinde 2°/6 sistolik üfürümü, sağ kol tansiyon arteriyelin sağ bacadan 50 mmHg yüksekliği ve femoral nabazanların palpe edilemediği belirlendi. Ekokardiyografik incelemede arkus aortada diskret koarktasyon izlendi. Anjiyografi ile koarkte segmentin çapı 3,5 mm ölçüldü ve burada 50 mmHg gradient saptandı. Sağ ve sol karotis arterin sağ brakiosefalik arterden köken aldığı, sol vertebral arterin koarkte arkus aortadan dar bir çıkım ile ayrıldığı ve sol subklavian arterin çıkımında hafif darlığı sonrasında ise dilatasyonu izlendi. Cerrahinin zorlukları, riskleri ve ailenin operasyona isteksizliği göz önüne alınarak transkateter stent tedavisi kararı alındı.

Anjiyografide stent yerleştirme işleminden önce sol vertebral arter çıkımındaki darlığa koroner 2mmx 2 cm balon ile anjioplasti yapıldı. 9F uzun kılıftan Z-Med 10mm x 3 cm balon üzerine 22 mm uzunluğunda Bare-stent yerleştirildikten sonra ilerletilmek istendi. Ancak kılıf lümeni bu işlemin yapılmasına izin vermedi. Bunun üzerine 10 F uzun kılıf ile değiştirildi. Bare-stent koarkte segmente başarıyla yerleştirildi. İşlem sonrası diskret darlığın düzeldiği ve burada basınç farkının sıfıra indiği belirlendi. İşlem sonrası 10F kılıfın femoral yoldan çıkarılması mümkün olmadı. Kılıf kalp damar cerrahisi tarafından çıkarıldı.

Bulgular:



Tartışma ve Sonuç:

Ciddi diskret koarktasyonun arkus aortada lokalizasyonu, baş-boyun damar anomalisinin eşlik etmesi, olgunun 3 yaşında ve 11 kg ağırlığında olması işlemi zorlaştıran faktörlerdi. Bu sunumla AK'ya stent uyguladığımız en küçük yaş ve kilodaki hastamızı sunmak istedik.

POSTOPERATİF FALLOT TETRALOJİSİNDE PARŞİYAL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİNİN AMPLATZER VASCULAR PLUG İLE TRANSKATETER YÖNTEMLE KAPATILMASI

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Fallot tetralojisi ve parşiyel pulmoner venöz dönüş anomalişi birlikteliği çok nadirdir. Klinik tanısı zordur ve asıl tedavisi cerrahidir. Sekiz yaşında TOF nedeniyle tam düzeltme ameliyatı olmuş bir hastada, Amplatzer Vasküler Plug (AVP) kullanılarak kapatılan parşiyal pulmoner venöz dönüş anomalişi tarif edilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Hastada başarılı bir ameliyat sonrası RV yetmezliği gelişti. Ekoda RA ve RV'ün genişlemiş olduğu, rezidüel VSD ve belirgin PS ve PY olmadığı görüldü. Antikonjestif tedavi başlandı. Bir ay sonra fizik muayenede halen kardiyak kaşeksi, tıbbi tedaviye cevapsız plevral efüzyon mevcuttu. Fonksiyonel sınıf NYHA IV olarak değerlendirildi. Kalp kateterinde selektif sol pulmoner arter anjiogramı, sol üst ve orta lob pulmoner venin geniş bir vertikal ven ile innominate vene döküldüğünü gösterdi. Vertikal venin çapı 10 mm olarak ölçüldü. Pulmoner venöz akımı değerlendirmek için diğer femoral venden VCS yolu ile vertikal vene girildi. NuMED PTS ölçüm balonu ile vertikal ven oklüde edildi, 15 dk bekledi, sonrası sol pulmoner arter kontrast madde enjeksiyonu tekrarlandı. Anjiografi sol akciğerin birisi vertikal ven ile diğeri ise küçük alternatif pulmoner venlerle olan dual drenajı olduğu gösterdi.

Bulgular:

Vertikal ven 16 mm AVP ile embolize edildi. Bırakma işlemi öncesi, eş zamanlı kontrol anjiografi pulmoner venöz akımın alternatif kanaldan devam ettiğini gösterdi. Hasta işlem sonrası problemsizdi. Oklüzyon sonrası hastanın konjestif kalp yetmezliği ilaçları kesildi, 3 gün sonrası hasta taburcu edildi. Altı ay sonra kontrol ekoda normal sağ atriyal ve sağ ventrikül büyüklüğü ve normal Doppler pulmoner ven akımları görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde postop Fallot tetralojisinde konjestif kalp yetmezliğine neden olan parşiyal pulmoner venöz dönüşün transkateter kapatılması bildirilmemiştir. İşlem öncesi, pulmoner ödem riski nedeni ile pulmoner venöz dönüşün detaylı bilinmesi gerekmektedir. Alternatif venlerin bulunması ise cerrahi yerine daha az invazif olan transkateter tedavinin gerçekleşmesini sağlamıştır

YENİDOĞANDA AORT STENOZUNUN UMBİLİKAL VEN YOLU İLE TEDAVİSİ

KEMAL NİŞLİ, AYGÜN DİNDAR, ÜMRAH AYDOĞAN, RUKİYE EKER

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Giriş:

Balon valvüloplasti doğuştan aort kapak darlığı olan çocuklarda etkili bir tedavi şeklidir. Yenidoğanlarda perkütan valvüloplasti işlemleri transarterial yapıldığı zaman femoral arter ile ilgili sorunlar oluşabilmektedir. Uygun vakalarda transumbilical yaklaşım femoral arter kateterizasyonuna alternatif olarak kullanılabilir. Bu çalışmada fetal tanılı aort stenozunun umbilikal ven yolu ile tedavisi anlatılmaktadır.

Olgu:

Antenatal takiplerinde yapılan USG’de kritik aort stenozu saptanan hasta 39 6/7 GH’da elektif sekiyo ile doğurtuldu. Doğum tartısı 2.7 kg idi. Hastaya PGE1 başlanıp umbilikal vene kateter yerleştirildi. Postnatal 8.saatinde yapılan EKO’sunda: Valvüler aort stenozu pik gradiyent 60-65mm/Hg, Aort annulusu 8mm saptandı. Serviste monitörlize izleminde KTA:140-150/dk SO2: %97-99 tansiyonları stabil seyredip solunum problemi yaşanmadı. Postnatal 32. saatte kontrol EKO’da pik gradientin 85mm/Hg,sol ventrikül kavitesi hipertrofik görülüp balon valvüloplasti kararı alındı.

Başlangıçta göbek kateterinden 0.018 koroner tel gönderilerek 4F pediatrik kılıf yerleştirildi. Arkası sert koroner tel üzerinden kısa kılıf sağ atriyum yakınına kadar ilerletildi. Sol atriya ilerletilen kateter içinden hidrofilik tel ile LV’e geçildi. Ardından tel aortaya ilerletildi. Üzerinden 4F kateteri asendan aortaya ilerletildi. 80 mm/Hg gradiyent tespit edildi. 0.025 exchange kılavuz tel yerleştirildi. Üzerinden 7 mmx2 cm balon kapak düzeyine gönderildi ve valvüloplasti uygulandı.

İşlem sonrası gradiyentin 20mm/Hg düştüğü ve 1 pozitif aort yetersizliği izlendi. Aort basıncı 80- 50 mm/Hg saptandı.

Sonuç:

Balon valvüloplasti kritik aort darlığı olan yenidoğanlarda cerrahinin yanında etkili bir tedavi alternatifi gibi görünmektedir. Potansiyel femoral arter yaralanmasından kaçınılmaktadır. Ayrıca gelecekte tekrarlayan aort darlığı vakalarında transkateter müdahale için femoral arterler korunmuş olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aort stenozu, umbilikal kord, balon valvüloplasti

AMPLATZER DUCT OCLUDER 2 İLE PDA KAPATILMASI YAPILAN OLGUDA İZLENEN İLERİ DERECEDE REZİDÜEL ŞANTIN AMPLATZER DUCT OCLUDER 1 CİHAZI İLE TAM KAPATILMASI

MUSTAFA ORHAN BULUT ¹, YÜKSEL KAYA ²

¹ VAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ, VAN

² VAN YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, VAN

Amaç:

Transkateter yöntemle PDA'nın kapatılması küçük-orta defektlerde; defekt bölgesinde anevrizma ve kalsifikasyonun olmadığı ve eşlik eden konjenital kalp hastalığı yokluğunda tercih edilmelidir. Cerrahi tedavinin mortalitesi %1.3'dür.

Bu yazıda daha önce perkutan transkateter yöntemle ADO2 cihazı kullanılarak PDA kapama işlemi yapılan bir olguda rezidüel defektin ADO1 cihazı ile başarılı bir şekilde kapatılması sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

12 yaşında kız çocuğu; son bir aydır olan çabuk yorulma, çarpıntı ve göğüs ağrısı yakınması başvurdu. Özgeçmişinde 10 yaşında erişkin kardiyoloji tarafından delik kapatıldığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde sol klavikula altında 3/6 dereceden devamlı üfürüm tespit edildi.

Ekokardiyografik incelemede; inen aorta ile pulmoner arter arasında duktusa ait sol-sağ şant izlendi. Duktus çapı 6 mm olarak ölçüldü. Olguya sağ ve sol kalp kateterizasyonu yapıldı. Sol lateral pozisyonda arcus aortadan yapılan sineanjiyografide daha önce yerleştirilen ADO2 cihazı izlenirken verilen kontrastın inen aortadan duktus yolu ile pulmoner artere geçtiği görüldü. Sağ femoral ven- RA-RV-MPA-duktus yolu ile desendan aortaya girilerek exchange katater yerleştirildi.Exchange katater üzerinden defekte ADO1cihazı yerleştirildi. Cihaz serbest bırakıldıktan sonra 10. dakikada yapılan sineanjiyografide duktusun tamamen oklude olduğu görüldü. İşlem sırasında ve sonrasında komplikasyon izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Transkateter yöntemle PDA'nın kapatılması küçük-orta defektlerde; defekt bölgesinde anevrizma ve kalsifikasyonun olmadığı ve eşlik eden konjenital kalp hastalığı yokluğunda tercih edilmelidir. Cerrahi tedavinin mortalitesi %1.3'dür. Transkateter yöntemle PDA kapama deneyimli merkezlerde defektin boyutu ve anatomik yapısına uygun cihaz kullanımı ile birlikte başarılı bir şekilde uygulanmaktadır.

HIGH VENOZUM ASD ONARIMI SONRASI GELİŞEN CİDDİ SVC DARLIĞININ GREFT KAPLI STENT İLE GİDERİLMESİ

METİN SUNGUR, HASAN CANDAŞ KAFALI, PELİN AYYILDIZ, MEHMET KEMAL BAYSAL

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN

Göz kapakları ve yüzünde devamlı şişlik ve kollarda efor sonrası şişme nedeniyle başvuran 11 yaşında, erkek ve 34 kg olan hastanın iki yıl önce yüksek venöz tipte atriyal septal defekt tanısı ile ameliyat edildiği öğrenildi. Sağ atriyotomi yapılarak ameliyat edilen hastanın operasyon sırasında sağ atriyum ile ilişkili bir adet pulmoner venin saptandığı ve bu venin sol atriyum tarafında kalacak şekilde defektin yama ile kapatıldığı öğrenildi. Ameliyat sonrası düzenli kontrollerinde göz kapakları, boynu ve her iki kolunda şişlik yakınmaları olan hastaya lasiks ve coraspin başlanarak izlemiş.

Hastanın başvurusundaki telekardiyografi ve elektrokardiyografisi normaldi. Ekokardiyografik incelemesinde; Sağ atriyumun hafif geniş olduğu, süperior vena kava (SVC) ile sağ atriyum birleşkesinde SVC akımının türbülans yaptığı izlendi. Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş olabileceği düşünülerek kateterizasyon anjiyografi yapıldı. Hemodinamik çalışmada SVC sistolik basıncı 34 mm Hg idi. İnnominate vene yapılan ön arka pozisyonundaki enjeksiyonda subklaviyan ve innominate venlerin genişlemiş ve akımın yavaşladığı, SVC'dan sağ atriyauma akımın azaldığı ve büyük oranda geniş ve tortuoze azigos venine yöneldiği izlendi. Yüksek venöz tipte ASD tamiri sonrası nadir görülen bir komplikasyon olması nedeniyle cerrahi ya da girişimsel tedavi seçenekleri ve olası komplikasyonlar tartışıldıktan sonra malzeme temini ile iki gün sonra SVC-sağ atriyum birleşkesine 28 mm'lik greft kaplı stent 12 mm'lik balon in balon kateter ile yerleştirildi.

İşlem sonrası ilaçları kesilen hastanın 2 aylık izleminde şişlik yakımları tamamen kaybolmuştu. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritminde ve ekokardiyografik incelemelerde pulmoner ven akımları normaldi.

Oldukçe seyrek görülen bu komplikasyonun girişimsel tedavisinin görüntülerini paylaşmak istedik.

İLGİNÇ GÖRÜNTÜLER OTURUMU

RPA-LA BAĞLANTISI VE DEV LA ANEVİRİZMASININ TRANSKATETER AMPLATZER MÜSKÜLER VSD OKLÜDER İLE KAPATILMASI

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM, YILMAZ TOPRAK

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Sağ pulmoner arter – sol atriyum (RPA-LA) bağlantısı çok nadir bir siyanotik doğumsal kalp hastalığıdır. Klinik tanısı sıklıkla zordur ve asıl tedavisini cerrahi oluşturur. Vaka sunumunda mevcut anomalisini Amplatzer Müsküler VSD oklüler ile başarı ile kapattığımız 5 yaşında kız hastayı tarif etmekteyiz.

Sunum:

Beş yaşında ağır siyanotik, belirgin çomak parmağı olan, kliniği NYHA klas III, efor toleransı azalmış olan hasta kliniğimize başvurdu. Satürasyonu %76 ölçüldü. Tomografisinde sol atriyumdan sağ paravertebral bölgeye uzanan 6 cm uzunluğunda anevrizmal genişleme görüldü. Kateterizasyonunda LV ve aortada belirgin desatürasyon izlendi. RPA alt lob arterinin 8 mm çapında bir bağlantı ile LA üst arkasına açıldığı, LA'da anevrizmal genişleme olduğu görüldü. Tanı RPA-LA anormal bağlantısı ve LA anevrizmal genişlemesi olarak belirlendi. Girişimsel işlem karar vermek için orta ve alt lob pulmoner arterlere ayrı ayrı kateter ilerletilerek pulmoner venöz dönüş kontrol edildi. Sonra fistül 5F MPA kateter ile geçilerek önce hidrofilik, sonra extrastiff guide yerleştirildi, üzerinden 7F Amplatzer torqvue taşıyıcı sistem ilerletildi, 12 Amplatzer MVSD oklüler LA anevrizmaya ilerletildi. İlk disk sol atriyumda açıldıktan sonra sistem geri çekilerek ikinci disk pulmoner arterde açıldı, ikinci bir 6F NIH kateter diğer femoral venden RPA'ya ilerletildi. RPA anjiogram ön-arka, ve cihazın posteriyorundan oblik pozisyonda yapıldı, RPA akımının normal olduğu, herhangi bir obstrüksiyon oluşmadığı görüldü. MPA katater yardımı ile RPA distal ve proksimal dallarında basınç gradiyenti ile darlık kontrol edildi, darlık olmadığı görülünce cihaz serbestleştirildi. Cihaz bırakıldıktan sonra RPA anjiogramı tekrarlandı, RPA akımının normal olduğu, RPA-LA bağlantısının tamamen tıkanıp olduğu görüldü. Komplikasyon olmadı, hemen işlem sonrası hastanın SaO₂ %96 olarak ölçüldü. Gece boyunca heparinize edilen hasta 2. gün oral kumadin tb ile taburcu edildi. 5. ay kontrolünde cihazın yerinde stabil olduğu, anevrizma boyutlarının küçüldüğü, RPA akımının normal olduğu görüldü. Anevrizma boyutlarında küçülmenin devamı halinde kumadin kesilmesi planlandı.

Sonuç:

RPA-LA bağlantısı klinik tanısı zor, ağır siyanoza yol açan nadir bir durumdur. Literatürde Aralık 2011 tarihine kadar 9 adet transkateter kapatma vakası bildirilmiştir. Bizim vakamız Müsküler VSD oklüler ile kapatılan 2. vaka olmuştur. Transkateter kapatma mümkün olmasına rağmen vakamızda olduğu pulmoner arteriyel ve venöz dolaşımın itinalı bir şekilde kontrolü işlemin her aşamasında önerilir. Sonuç olarak transkateter tekniğin cerrahiye iyi bir alternatif olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: RPA-LA fistülü, Amplatzer müsküler VSD oklüler, transkateter tedavi

ALAGILLE SENDROMLU OLGUDA SOL PULMONER ARTER DARLIĞINA CUTTING BALON ANJİOPLASTİ VE STENT YERLEŞTİRİLMESİ

ALİ BAYKAN, MUSTAFA ARGUN, ABDULLAH ÖZYURT, ÖZGE PAMUKCU, SADETTİN SEZER, KAZIM ÜZÜM, NAZMİ NARİN

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Giriş:

Alagille sendromu (arteriohepatik displazi) intrahepatik safra kanallı azlığının en sık nedenidir ve kardiovasküler anomaliler içerisinde genellikle periferik pulmoner stenoza ve bazen de Fallot Tetralojisi eşlik etmektedir. Periferik pulmoner stenoza cutting balon anjioplastisini takiben stent uygulanan Alagille sendromlu hastayı bildirmek istedik.

Olgu:

Yenidoğan döneminde direkt bilirübinemi nedeniyle tetkik edilmekte iken, belirgin alın, göz kürelerinin derinde yerleşmesi, küçük ve sivri çene, semer burunu içeren sendromik görünümü nedeniyle Alagille sendromu tanısı aldı.

Sol periferik pulmoner stenoza tanısı ile takip edilmekte iken 4,5 yaşında, darlık gradiyentinde artış olması (50 mmHg) nedeniyle yapılan anjiyografide sol pulmoner arterde 22 mm uzunluğunda diffüz, belirgin darlık görüntüldü. 8 mm x 24 mm cutting balon ile darlık alanına iki defa anjioplasti işlemi uygulandı. Daha sonra 7 mm x 24 mm stent darlık alanına yerleştirildi. İşlem sonrası anjiyografide darlık bölgesinin düzeldiği ve kontrast geçişinin rahatladığı gözlemlendi. İşlem sonrası kontrollerinde stent düzeyinde sadece 14 mmHg gradient saptandı.

Sonuç ve Yorum:

Yenidoğan döneminde Alagille sendromu tanısı alan sol periferik pulmoner stenoza cutting balon anjioplasti uygulamasını takiben başarılı stent yerleştirme işlemi gerçekleştirdiğimiz hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Alagille sendromu, pulmoner stenoza, cutting balon, anjioplasti, stent

BELİRGİN SAĞ PULMONER ARTER BİFURKASYON DARLIĞI VE PDA'NIN AYNI SEANSTA KAPLI STENT VE DUKT OKLUDEKİ KULLANILARAK TRANSKATETER TEDAVİSİ

AHMET ÇELEBİ, ABDULLAH ERDEM, REYHAN DEDEOĞLU, İLKER KEMAL YÜCEL

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS-KALP, DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Giriş:

Periferik pulmoner arter stenozu (PAS) ile Patent duktus arteriozus (PDA) birlikteliği nadir görülür. Birlikte olduklarında da iki patolojinin de aynı tarafta olması beklenilir. Aynı ayrı karşılaşıldığında her iki patoloji transkateter olarak tedavi edilebilmektedir. Bu olgu sunumunda birlikte olmasına rağmen patolojilerin farklı tarafta olduğu ve her iki patolojinin aynı seansta transkateter yöntemle tedavisinin sağlandığı bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:

Noonan sendromu tanısı ile izlenen 5.5 yaşındaki olgunun yapılan muayenesinde devamlı üfürüm saptandı. Telekardiyografisi normal olup EKG'sinde sağ ventrikül hipertrofisi bulguları mevcuttu. Ekokardiyografik incelemesinde ise sağ pulmoner arterin (PA) diffüz hipoplazisi ile birlikte bifurkasyon düzeyinde ağır sağ PA stenozu izlendi. Stenoz nedeniyle triküspid yetersizliği yoluya alınan sağ ventrikül sistolik basıncı (RVSP) 80 mmHg ölçüldü. Ayrıca 2-D çapı 3.5 mm, renkli akım çapı 4 mm olan PDA saptandı. Hemodinamik değerlendirme sonucunda RVSP (72 mmHg) orta düzeyde yüksek ve ana PA ile sol PA basıncı (ikisinde de aynı: 72/27/47 mmHg) aynı yükseklikte idi. Sağ PA basıncı 28 /7/ 22 mmHg, eş zamanlı aort basıncı 118/62/86 mmHg (RV/LV; 0,61) olarak ölçüldü. Anjiyografik değerlendirme sonucunda Sağ PA'nın diffüz hipoplazik olduğu ve en dar yerinin bifurkasyon düzeyinde 1.7 mm olan ağır sağ PAS'u görüldü. Bu nedenle ilk etapda balonla predilatasyon yapıp daha sonra kaplı stent implante edilmesine karar verildi. Sırasıyla 6x2 mm'lik ve 8x2 mm'lik Tyshak balonlarla predilatasyon gerçekleştirilerek uzun kılıfın geçebileceği bir genişlik elde edildi. Ancak elastik yapı nedeniyle lezyonun rekoil olduğu görüldü. Uygun ölçüdeki uzunkılıfın yerleştirilmesinden sonra 8 mm'lik balona yüklenen 28 mm uzunluğundaki Cheatham Platinum kaplı stent (numed, Inc.; Hopkinton, NY) implante edildi. Stent implantasyonu sonrasında PDA 6/8 mm Cardiofix Duct occluder (Starway Medical, Beijing China) ile kapatıldı.

Sonuç:

Periferik PAS'u ile PDA birlikteliği nadir görülür ve her iki patolojinin eş zamanlı olarak transkateter tedavisi mümkün olabilir. Önce periferik PAS'nun tedavi edilmesi ardından PDA'nın tekrar değerlendirilip kapatılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periferik pulmoner stenoz, PDA, kaplı stent, dukt okluder

MULTISLICE BT İLE GÖRÜNTÜLEN DESSENDAN AORTA VE SOL ALT PULMONER VEN ARASINDAKİ ARTERIOVENÖZ FİSTÜL

MUSTAFA KÖSECİK, NURULLAH DOĞAN

ÖZEL BAHAR HASTANESİ, BURSA

Doğumsal torasik arteriovenöz fistüller nadiren görülür. Dessendan aorta ve sol alt pulmoner ven arasındaki doğumsal arteriovenöz fistüller ise oldukça nadirdir, literatürde benzer olgu sunumu yoktur. Kilo alamama ve kalbinde üfürüm duyulması nedeniyle hastanemiz Çocuk Kardiyolojisi ünitesine gönderilen 20 aylık kız hasta. Fizik muayenesinde apeks ve sırtta duyulan 2/6 sistolik kardiyak üfürüm vardı. Ekokardiyografik incelemesinde sağa göre daha geniş sol kalp boşlukları, orta derecede mitral kapak yetersizliği ve sol atriyuma alt pulmoner venden beklenenden daha fazla kan akımı olduğu ve sol atriyum lateralinde alt pulmoner venle bağlantılı orijini saptanamayan ilave damar varlığı izlendi. Bu bulgumuzu doğrulamak amacıyla yaptığımız Multislice BT Anjio’ da diyafragma üstü seviyede dessendan aortadan köken alarak sol alt pulmoner vene uzanan anormal ilişki (aorta-venöz fistül) tespit ettik (Video). Kalp yetersizliği bulguları olan hastada fistül oklüzyonu Amplatzer Vasküler Plug II cihazı kullanılarak başarıyla gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenöz fistül, multislice BT

MODİFİYE NIKAI DOH PROSEDÜRÜ CERRAHİ TEKNİK

MEHMET DEDEMOĞLU, AKIN ARSLAN, TANIL ÖZER, MURAT BAŞARAN, NİHAT ÇİNE, EYLEM TUNÇER, FÜSUN GÜZELMERİÇ, HAKAN CEYRAN

KARTAL KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Modifiye Nikaidoh Prosedürü

18 aylık erkek hasta, nefes darlığı, morarma ve sık ÜSYE şikayeti mevcut. Dış merkezde TGA+VSD tanısı konulup, tarafımıza yönlendirildi. EKO'da; Miyokard fonksiyonu normal, ventriküler septumda subpulmonik 9 mm çapında defekt izlendi. PA LV'den arkada ve solda, aorta önde ve sağda RV den çıkıyor. Ventriküloarteriyel diskordans var. Aort ve pulmoner arter ilişkisi transpoze. Pulmoner kapakta subvalvuler ve valvuler ciddi darlık akımı alındı (60 mmHg gardiyent).

Hastaya Modifiye Nikaidoh tekniği uygulandı.

Cerrahi Teknik:

Genel anestezi altında median sternotomi yapıldı. Timus total rezeke edildi. Perikard açıldı. Perikard yama alınarak gluteraldehitli solusyonda hazırlandı. Askı dikişleri kondu. Persistan sol SVC mevcuttu. Aortik arteriyel selektif trika val venöz kanülasyon yapıldı. Aortik kök iğnesi kondu. CPB'ye girildi. Kross klemp konarak kalp antegrad arrest edildi, antegrad ve selektif osteal kanüllerle aralıklı miyokardial koruma ile devam edildi. Sağ atriotomi yapıldı. PFO dan vent kanülü yerleştirildi. Pulmoner arter LV den, aorta RV den çıkmaktaydı. Pulmoner arter ve aorta serbestleştirilerek transekte edildi. Ardından önce sol koroner ostium buton şeklinde çıkarıldı. Daha sonra aort, kökü ile birlikte, koroner arter çıkış bölgesine kadar sağ ventrikül çıkım yolundan eksize edilip, ayrıldı. Sonra Pulmoner arter ve kapak, pulmoner anülustan rezeke edildi. Aort, kökü ile birlikte, çıkarılan pulmoner arter anülüsüne kaydırıldı ve sol ventriküle implante edildi. Neo aort kökünün septal bölgesinde mevcut VSD ise dacron patch ile kapatıldı. Ardından, sol koroner butonun çıkarıldığı bölge, perikard patch ile kapatıldı. Daha sonra aort NCC kısmına J insizyon yapıldı. Sol koroner buton buraya implante edildi. Ardından Le Compte manevrası sonrası ile, neoascendan aort, arcus aortaya anastomoze edildi. Daha sonra kross klemp alındı. Kalp spontan çalıştı. Ardından pulmoner arter rekonstrüksiyonu kapaklı konduit (contegra) ile RVOT-Ana pulmoner arter arasına atan kalpte yapıldı. Takiben sağ atriotomi primer kapatıldı. CPB'den düşük doz inotrop destek ile çıkıldı. Sağ toraks ve mediastene birer adet drenaj tüpü kondu. Sternum tellendi, katlar usulüne uygun kapatılıp hasta stabil hemodinamik parametrelerle YBÜ'ne alındı.

Anahtar Kelimeler: TGA, Nikaidoh

AORT KAPAĞI KORUNARAK AORT KÖKÜ, ASSENDAN AORTA VE ARKUS AORTA REPLASMANI YAPILAN LOEYS–DIETZ SENDROMLU 2 YAŞINDA OLGU

RIZA TÜRKÖZ, EMRE ÖZKER, CAN VURAN, BÜLENT SARITAŞ, UYGAR YÖRÜKER, ŞULE BALCI, ÖZLEM SARISOY, CANAN AYABAKAN, KÜRSAD TOKEL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, İSTANBUL

Loeys–Dietz sendromu aort patolojileri ile Marfan sendromundan daha ağır seyir gösteren otozomal dominant genetik bir sendromdur.

İki yaşında bir erkek çocuğu Loeys–Dietz sendromu tanısı yanında aort kökü, assendan aorta ve arkus aorta anevrizmasına ilave olarak aort yetmezliği ile kliniğimizde ameliyat edildi.

Ameliyatta aort kapağı korunarak aort kökü (David I operasyonu), assendan aorta ve arkus aorta replasmanı yapıldı. Postoperatif 6. gün taburcu edilen olgu 1 yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir (1).

Loeys–Dietz Sendromu olgularda aort anevrizması hızlı büyüme göstermesi sebebiyle erken tanı ile uygun zamanlama ile cerrahi tedavi gerektirmektedir. Cerrahi sonrası diğer aort bölgelerinde anevrizma oluşumu periyodik olarak takip edilmelidir.

1. Ozker E, Vuran C, Saritas B, Türköz R Valve-sparing replacement of the ascending aorta and aortic arch in a child with Loeys-Dietz syndrome. Eur J Cardiothorac Surg. 2012.

Anahtar Kelimeler: Aort anevrizması, Loeys–Dietz sendromu

TRUNKUS ARTERIOZUS VE INTERRUPTED AORTİK ARK BİRLİKTELİĞİNİN CERRAHİ DÜZELTİLMESİ

ALİ KUTSAL, MURAT KOÇ, HAKAN AYDIN, ONUR IŞIK, TOLGA BAŞ

DR. SAMİ ULUS ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Kalpten tek bir ortak arteriyel kapak aracılığı ile çıkan ve aorta,pulmoner ve koroner arterleri besleyen ana damar trunkus arteriozus (common arteriyel trunk) olarak isimlendirilir.

İlk kez 1798 yılında Wilson tarafından tanımlanmıştır ve otopsi serilerinde % 1-4 oranında rastlanır.

VSD infundibuler septumun eksik gelişimi nedeni ile genişir.Trunkal kapak % 60 olguda 3,% 13 olguda 4 ve % 9 olguda 2 kusplıdır.Darlık veya yetmezlik gösterebilir.

% 20 olguda interrupted aortik ark vardır.

Olgumuzda aorta innominate ve sol common karotid arteri verdikten sonra kesintiye uğramakta ve distal aorta PDA aracılığı ile kanlanmaktaydı.

Trunkus arteriozus da koroner anomaliler de sık görülür ve genellikle bir veya her iki ana koroner arter normalden daha yukardan çıkar.Hastamızda ise sağ koroner arterden büyük bir dal LAD alanına giderek LAD ile birleşiyordu.

Soğuk kristaloid kardiyopleji ile kalp durdurulduktan sonra sağ ve sol pulmoner arter tek bir kök halinde aortadan ayrıldı.Yapılan kontrolda trunkal kapak 3 kusplıydı ve hafif yetmezlik gösteriyordu.Bu nedenle kapağa herhangi bir girişim yapılmadı.PDA dokusu tamamen rezeke edildikten sonra distal aorta ve innominate ve sol karotisi içeren aorta yan yana olarak proksimal aortaya anastomoz edildi.

Koronerlere zarar vermeyecek şekilde sağ ventrikülotomi yapıldı ve geniş VSD dakron yama ile devamlı dikiş tekniği kullanılarak kapatıldı.Sağ ventrikül-pulmoner arter devamlılığı Contegra pulmoner kapaklı konduit ile sağlandı.

Klemp kaldırıldıktan sonra kalp spontan sinüs ritminde çalıştı.

Anahtar Kelimeler: Trunkus arteriozus,Interrupted aortik ark,Common arteriyel trunk,Cerrahi düzeltme

OLGU ODAKLI OTURUM (OOO)
KATATER ODASINDA SİZ OLSAYDINIZ NE YAPARDINIZ?

EISENMENGER SENDROMU GELİŞMİŞ RPA ÜST LOB ARTERİ - DESANDAN AORTA RL ŞANTI VE STENOTİK HEMİTRUNKUSUN CP STENT VE AMPLATZER SEPTAL OKLÜDER İLE TRANSKATETER TEDAVİSİ

OSMAN BAŞPINAR

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Olgu:

Sağ akciğerde basınç ve volüm yükü nedeniyle Eisenmenger sendromu, solda ise hipoksemik akciğeri olan bir hastanın transkateter tedavisi sunulmaktadır. Literatürde benzer bir vaka ve transkateter tedavisine rastlanılmamıştır. Sunum 16 yaşında siyanotik, çomak parmağı olan, kliniği NYHA klas III, efor toleransı azalmış, senkop şikayetleri olan hasta kliniğimize başvurdu. Satürasyonu %85 ölçüldü. Ekoda hipertrofik RV'den sadece RPA çıktığı, PAP 80 mm/Hg olduğu görüldü. RV enjeksiyonunda kalpten sadece genişlemiş sağ pulmoner arterin çıktığı görüldü. Sağ akciğer basıncının suprasistemik olduğu görüldü, RPAP 142/71/99, AoP 124/78/100 mmHg olarak ölçüldü. RPA üst lob arterinin desandan aortaya drene olduğu, RL şanti olduğu görüldü. Hemitrunkus olduğu, sol subklavyen arterden 4 mm çapında ince bir kollateral ile LPA çıktığı, LPAP 27/21/24 mmHg ölçüldüğü, sol akciğer vaskülitinin azalmış olduğu görüldü. Sol akciğerin kanlanmasını minimal arttırmak, sağın ise azaltmayı planladık. LSCA yolu ile çıkan LPA'ya 11F Mullins katater ilerletildi, kaplı CP stent 10x3x7x6x100x0.035 balon ile stenotik kollateral üzerinde dilate edildi, lümen çapı sonrası 6.6 mm olarak ölçüldü. RPA üst lob arteri-desandan aorta bağlantısı çapı 11 mm olarak ölçüldü, RPA-üst lob arteri-desandan aorta yolu ile 16 mm Amplatzer septal oklüder ile sol atriyal disk aortada, sağ disk ise tüp şeklinde olacak şekilde RPA üst lob arterinde açıldı, işlem sonrası halen belirgin rezidüel akım olduğu ama cihazın stabil olduğu görüldü. Ertesi gün ASO'nun aortaya embolize olduğu görüldü, RPA-Aortaya stiff guide yerleştirilerek ASO'nun fazla hareket etmesi engellendi. Aortadan 14F Mullins kateter ve içerisinden 110 cm, JR ilerletildi, snare ile ASO sağ atriyal vidasından yakalanarak geri çekildi. Tekrar RPA-des Ao'dan uzun kılıf 28 mm ASO ilerletildi, pulmoner arterden MPA'ya doğru cihaz çekilerek, köpek kemiği şeklini alması sağlandı. Hastanın siyanozu geriledi, SaO₂ %95 olarak ölçüldü. Cihaz stabil pozisyonda kaldı, ertesi gün hiç şant kalmadığı, görüldü ve hasta oral aspirin tb ile taburcu edildi. 15 gün sonraki kontrolünde pulmoner yetmezlikten hesaplanan sağ akciğer PAP 40 mmHg olarak ölçüldü. Sonuç olarak literatürde benzer vaka örneği bulunmayan hastada yapılmış olan bu girişimler ile satüre olan kan miktarı artırılmış, RL şant önlenmiştir ve sağ akciğer volüm yükü azaltılmıştır. Klinik durumunda belirgin düzelme sağlanmıştır. Transkateter rutin dışı tedavilerin hasta konforu ve klinik tablonun düzelmesi açısından çok farklı alternatiflerde kullanımı mümkündür.

EKSTRAKORPOREAL YAŞAM DESTEĞİ ALAN HASTADA TRANSKATETER GİRİŞİM: TIKANMIŞ ŞANTA VE SOL PULMONER ARTERE STENT YERLEŞTİRİLMESİ

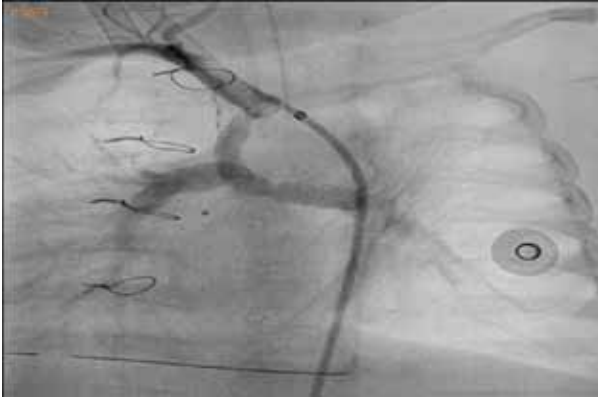
ALPER GÜZELTAŞ, SERTAÇ HAYDİN, İBRAHİM CANSARAN TANIDIR, ENDER ÖDEMİŞ

MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Sistemik kan akımı ve gaz değişiminin ihtiyacı karşılayamayacak şekilde aksadığı ciddi kalp ve akciğer problemi olan hastalarda mekanik olarak sağlanan dolaşım ve solunum desteği uygulamaları ekstrakorporeal yaşam desteği (ECLS) olarak adlandırılır. Ektrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) bu uygulamalardan biridir. Burada, modifiye BT şant yapılan ve şantın tıkanması nedeniyle acilen ECMO'ya bağlanarak şanta ve daralmış olan sol pulmoner artere stent yerleştirilen bir olgu sunulmaktadır. Ülkemizde ECMO desteği altında yapılan kateter anjiyografi bildirilmediğinden bu olgudaki deneyimimizi paylaşmak istedik.

Olgu Sunumu:

Dekstroardi, AV diskordans, aortik outlet sağ ventrikül ve pulmoner atrezi tanıları ile 9 günlükken sağ modifiye BT şant yapılan hasta, satürasyon düşüklüğü nedeni ile postoperatif 2. ayda yatırıldı. Takip sırasında ani gelişen kardiyak arrest nedeni ile CPR altında, sağ internal karotis arter ve internal jugüler ven kanülasyonları ile ECMO'ya bağlandı. Ekokardiyografide şantın tıkanmış olduğu saptanarak acil olarak şantın rekanalize edilmesi planı ile kateterizasyon laboratuvarına alındı. İlk anjiyogramlarda net görüntü alınamaması ve az miktarda antegrad akımı da olması nedeniyle, ECLS desteğinin kısa süreli durdurulmaları ile enjeksiyonlar yapıldı. Şant akımının azaldığı ve sol pulmoner arterde önemli darlık olduğu görüldü (Resim-1). Önce sol pulmoner artere daha sonra da şanta stent yerleştirildi. Hasta, işleminden 4 saat sonra ECMO'dan sorunsuz bir şekilde ayrıldı.



Stent sonrası enjeksiyon

Sonuç ve Yorum:

ECLS tedavisi ani kardiyak arrest gelişen ve etkin CPR yapılan hastalarda mutlaka düşünülmelidir. ECMO altındaki hastalara gerektiği durumlarda transkateter tedavi başarılı bir şekilde uygulanabilir. ECMO kanüllerinin sineanjiyogram alınması gereken yerlerde olması durumunda, antegrad akımı olan hastalarda, devrenin kısa sürelerle kapatılıp açılması daha iyi görüntü alınmasını sağlayabilir.

KAWASHİMA SONRASI HEPATİK VENLERİN PULMONER SİRKULASYONA KATILMASI SONRASI “FAİL” EDEN BİR FONTAN SİRKULASYONUNDA PULMONER ARTER DARLIĞINA STENT İMPLANTASYONU; KLİNİK VE HEMODİNAMİK DÜZELME

ABDULLAH ERDEM, AHMET ÇELEBİ, REYHAN DEDEOĞLU, İLKER KEMAL YÜCEL

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS, KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Kawashima operasyonu sonrası, hepatik venlerin kardiyak açılması sebebiyle pulmoner arteriyovenöz fistül gelişimi ilerleyici siyanoza yol açabilmektedir. Siyanozun gerilemesi veya engellenmesi amacıyla hepatik venlerin de pulmoner artere (PA) yönlendirilmesi önerilmektedir. Burada Kawashima operasyonu sonrası gelişen progresif siyanozun gerilemesini sağlamak amacıyla hepatik venlerin PA'ye yönlendirilmesi sonrası dirençli perikard efüzyonu ve karında asciti ortaya çıkan 14 yaşındaki kızın anatomik darlığının stent implantasyonu ile giderilerek tedavisi anlatılacaktır.

Tam düzeltme imkânı olmayan karmaşık intrakardiyak patolojiye sahip sağ superior vena kava (SVK) ve sol hemiazygos devamlılığı ve sol SVK'sı olan 2002 yılında sağa bidireksiyonel Glenn ve sola Kawashima operasyonu gerçekleştirilmiş hastaya oksijen saturasyonunun azaldığı görüldü (%90à%78) Şubat 2011'de kalp kateterizasyonu yapıldı. Ortalama PA basıncının (14 mmHg) ve indexinin (1.7) uygun olması üzerine sağ PA hilusa ve orta segmente kadar açıldıktan sonra sağ tarafa dökülen hepatik venler goretex yama ile PA'e yönlendirildi.

Hasta operasyon sonrası dördüncü ayda karın şişliği, nefes darlığı ve ödem ile başvurdu. Klinik durumu stabil hale getirildikten sonra kalp kateterizasyonu yapılan olguda anastomoz ile ilgili sorun olmadığı görüldü. Ancak sağ PA'de belirgin darlık saptandı. Ortalama PA basıncı 16 mmHg idi. Darlık bölgesinde gradiyent olmamasına rağmen belirgin anatomik darlık görünümünün olması, efüzyonun sağda olması ve asit olması nedeniyle stent implantasyonu ile darlığın giderilmesinin faydalı olabileceği düşünüldü. Stent implantasyonu sonrasında (34 mm CP stent; 14 mmlik BIB balon) hastanın plöral efüzyonu ve asiti günler içinde geriledi

Fontan dolaşımına sahip hastalarda optimal hemodinamik durumun sağlanması -sistemik venlerin PA distallerine kadar rahat şekilde ulaşması- için en önemli koşul basınçlarının normal sınırlarda olması ve anatomik obstruksiyonun olmamasıdır. Bu nedenle basınç farkı olmayan olgularda dahi anatomik darlığın giderilmesi sistemin daha kolay çalışmasını sağlayabilir.

BAŞ BOYUN DAMAR ANOMALİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ AORT KOARKTASYONLU 3 YAŞ, 11 KG HASTAYA BAŞARILI TRANSKATETER STENT YERLEŞTİRİLMESİ

NAZMİ NARİN ¹, ALİ BAYKAN ¹, MUSTAFA ARGUN ¹, ABDULLAH ÖZYURT ¹, ÖZGE PAMUKCU ¹, ERTUĞRUL MAVİLİ ², KAZIM ÜZÜM ¹

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KAYSERİ

Amaç:

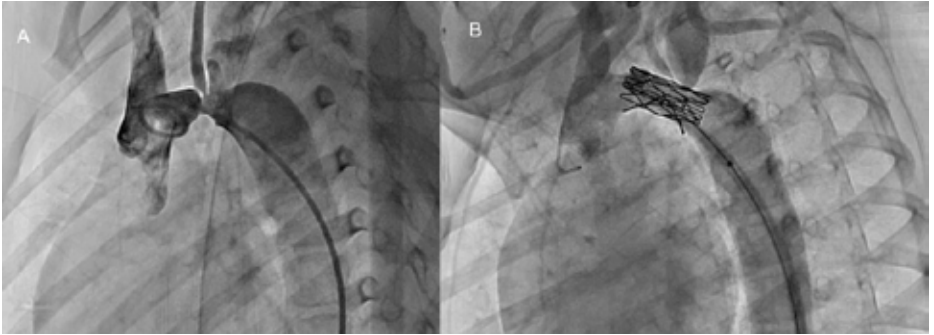
Aort Koarktasyonu (AK) tipik olarak proksimal torasik aortanın diskret stenozu olmasına rağmen transvers arkten iliak bifurkasyona kadar herhangi bir noktada değişen derecelerde görülebilir. Baş boyun damar anomalisinin eşlik ettiği ciddi arkus aorta koarktasyonu olgusuna 3 yaşında ve 11 kg olmasına rağmen operasyonun getireceği riskler göz önüne alınarak yapılan başarılı stent uygulamasını sunmak istedik.

Olgu:

Üfürüm duyulması şikâyetiyle değerlendirildiğinde 2°/6 sistolik üfürümü, sağ kol tansiyon arteriyelin sağ bacadan 50 mmHg yüksekliği ve femoral nabazanların palpe edilemediği belirlendi. Ekokardiyografik incelemede arkus aortada diskret koarktasyon izlendi. Anjiyografi ile koarkte segmentin çapı 3,5 mm ölçüldü ve burada 50 mmHg gradient saptandı. Sağ ve sol karotis arterin sağ brakiosefalik arterden köken aldığı, sol vertebral arterin koarkte arkus aortadan dar bir çıkım ile ayrıldığı ve sol subklavian arterin çıkımında hafif darlığı sonrasında ise dilatasyonu izlendi. Cerrahinin zorlukları, riskleri ve ailenin operasyona isteksizliği göz önüne alınarak transkateter stent tedavisi kararı alındı.

Anjiyografide stent yerleştirme işleminden önce sol vertebral arter çıkımındaki darlığa koroner 2mmx 2 cm balon ile anjioplasti yapıldı. 9F uzun kılıftan Z-Med 10mm x 3 cm balon üzerine 22 mm uzunluğunda Bare-stent yerleştirildikten sonra ilerletilmek istendi. Ancak kılıf lümeni bu işlemin yapılmasına izin vermedi. Bunun üzerine 10 F uzun kılıf ile değiştirildi. Bare-stent koarkte segmente başarıyla yerleştirildi. İşlem sonrası diskret darlığın düzeldiği ve burada basınç farkının sıfıra indiği belirlendi. İşlem sonrası 10F kılıfın femoral yoldan çıkarılması mümkün olmadı. Kılıf kalp damar cerrahisi tarafından çıkarıldı.

Bulgular:



Tartışma ve Sonuç:

Ciddi diskret koarktasyonun arkus aortada lokalizasyonu, baş-boyun damar anomalisinin eşlik etmesi, olgunun 3 yaşında ve 11 kg ağırlığında olması işlemi zorlaştıran faktörlerdi. Bu sunumla AK'ya stent uyguladığımız en küçük yaş ve kilodaki hastamızı sunmak istedik.

POSTOPERATİF FALLOT TETRALOJİSİNDE PARŞİYAL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİNİN AMPLATZER VASCULAR PLUG İLE TRANSKATETER YÖNTEMLE KAPATILMASI

OSMAN BAŞPINAR, AHMET İRDEM, METİN KILINÇ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GAZİANTEP

Amaç:

Fallot tetralojisi ve parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalişi birlikteliği çok nadirdir. Klinik tanısı zordur ve asıl tedavisi cerrahidir. Sekiz yaşında TOF nedeniyle tam düzeltme ameliyatı olmuş bir hastada, Amplatzer Vasküler Plug (AVP) kullanılarak kapatılan parsiyal pulmoner venöz dönüş anomalişi tarif edilmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Hastada başarılı bir ameliyat sonrası RV yetmezliği gelişti. Ekoda RA ve RV'ün genişlemiş olduğu, rezidüel VSD ve belirgin PS ve PY olmadığı görüldü. Antikonjestif tedavi başlandı. Bir ay sonra fizik muayenede halen kardiyak kaşeksi, tıbbi tedaviye cevapsız plevral efüzyon mevcuttu. Fonksiyonel sınıf NYHA IV olarak değerlendirildi. Kalp kateterinde selektif sol pulmoner arter anjiogramı, sol üst ve orta lob pulmoner venin geniş bir vertikal ven ile innominate vene döküldüğünü gösterdi. Vertikal venin çapı 10 mm olarak ölçüldü. Pulmoner venöz akımı değerlendirmek için diğer femoral venden VCS yolu ile vertikal vene girildi. NuMED PTS ölçüm balonu ile vertikal ven oklüde edildi, 15 dk beklendi, sonrası sol pulmoner arter kontrast madde enjeksiyonu tekrarlandı. Anjiyografi sol akciğerin birisi vertikal ven ile diğeri ise küçük alternatif pulmoner venlerle olan dual drenajı olduğu gösterdi.

Bulgular:

Vertikal ven 16 mm AVP ile embolize edildi. Bırakma işlemi öncesi, eş zamanlı kontrol anjiyografi pulmoner venöz akımın alternatif kanaldan devam ettiğini gösterdi. Hasta işlem sonrası problemsizdi. Oklüzyon sonrası hastanın konjestif kalp yetmezliği ilaçları kesildi, 3 gün sonrası hasta taburcu edildi. Altı ay sonra kontrol ekoda normal sağ atriyal ve sağ ventrikül büyüklüğü ve normal Doppler pulmoner ven akımları görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Literatürde postop Fallot tetralojisinde konjestif kalp yetmezliğine neden olan parsiyal pulmoner venöz dönüşün transkateter kapatılması bildirilmemiştir. İşlem öncesi, pulmoner ödem riski nedeni ile pulmoner venöz dönüşün detaylı bilinmesi gerekmektedir. Alternatif venlerin bulunması ise cerrahi yerine daha az invazif olan transkateter tedavinin gerçekleşmesini sağlamıştır

YENİDOĞANDA AORT STENOZUNUN UMBİLİKAL VEN YOLU İLE TEDAVİSİ

KEMAL NİŞLİ, AYGÜN DİNDAR, ÜMRAH AYDOĞAN, RUKİYE EKER

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL

Giriş:

Balon valvüloplasti doğuştan aort kapak darlığı olan çocuklarda etkili bir tedavi şeklidir. Yenidoğanlarda perkütan valvüloplasti işlemleri transarterial yapıldığı zaman femoral arter ile ilgili sorunlar oluşabilmektedir. Uygun vakalarda transumbilical yaklaşım femoral arter kateterizasyonuna alternatif olarak kullanılabilir. Bu çalışmada fetal tanılı aort stenozunun umbilikal ven yolu ile tedavisi anlatılmaktadır.

Olgu:

Antenatal takiplerinde yapılan USG’de kritik aort stenozu saptanan hasta 39 6/7 GH’da elektif sekiyo ile doğurtuldu. Doğum tartısı 2.7 kg idi. Hastaya PGE1 başlanıp umbilikal vene kateter yerleştirildi. Postnatal 8.saatinde yapılan EKO’sunda: Valvüler aort stenozu pik gradiyent 60-65mm/Hg, Aort annulusu 8mm saptandı. Serviste monitörize izleminde KTA:140-150/dk SO₂: %97-99 tansiyonları stabil seyredip solunum problemi yaşanmadı. Postnatal 32. saatte kontrol EKO’da pik gradientin 85mm/Hg,sol ventrikül kavitesi hipertrofik görülüp balon valvüloplasti kararı alındı.

Başlangıçta göbek kateterinden 0.018 koroner tel gönderilerek 4F pedyatrik kılıf yerleştirildi. Arkası sert koroner tel üzerinden kısa kılıf sağ atriyum yakınına kadar ilerletildi. Sol atriyumla ilerletilen kateter içinden hidrofilik tel ile LV’e geçildi. Ardından tel aortaya ilerletildi. Üzerinden 4F kateteri asendan aortaya ilerletildi. 80 mm/Hg gradiyent tespit edildi. 0.025 exchange kılavuz tel yerleştirildi. Üzerinden 7 mmx2 cm balon kapak düzeyine gönderildi ve valvüloplasti uygulandı.

İşlem sonrası gradiyentin 20mm/Hg düştüğü ve 1 pozitif aort yetersizliği izlendi. Aort basıncı 80- 50 mm/Hg saptandı.

Sonuç:

Balon valvüloplasti kritik aort darlığı olan yenidoğanlarda cerrahinin yanında etkili bir tedavi alternatifi gibi görünmektedir. Potansiyel femoral arter yaralanmasından kaçınılmaktadır. Ayrıca gelecekte tekrarlayan aort darlığı vakalarında transkatater müdahale için femoral arterler korunmuş olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aort stenozu, umbilikal kord, balon valvüloplasti

AMPLATZER DUCT OCLUDER 2 İLE PDA KAPATILMASI YAPILAN OLGUDA İZLENEN İLERİ DERECEDE REZİDÜEL ŞANTIN AMPLATZER DUCT OCLUDER 1 CİHAZI İLE TAM KAPATILMASI

MUSTAFA ORHAN BULUT ¹, YÜKSEL KAYA ²

¹ VAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ, VAN

² VAN YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ, VAN

Amaç:

Transkateter yöntemle PDA'nın kapatılması küçük-orta defektlerde; defekt bölgesinde anevrizma ve kalsifikasyonun olmadığı ve eşlik eden konjenital kalp hastalığı yokluğunda tercih edilmelidir. Cerrahi tedavinin mortalitesi %1.3'dür.

Bu yazıda daha önce perkutan transkateter yöntemle ADO2 cihazı kullanılarak PDA kapama işlemi yapılan bir olguda rezidüel defektin ADO1 cihazı ile başarılı bir şekilde kapatılması sunuldu.

Gereç ve Yöntem:

12 yaşında kız çocuğu; son bir aydır olan çabuk yorulma, çarpıntı ve göğüs ağrısı yakınması başvurdu. Özgeçmişinde 10 yaşında erişkin kardiyoloji tarafından delik kapatıldığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde sol klavikula altında 3/6 dereceden devamlı üfürüm tespit edildi.

Ekokardiyografik incelemede; inen aorta ile pulmoner arter arasında duktusa ait sol-sağ şant izlendi. Duktus çapı 6 mm olarak ölçüldü. Olguya sağ ve sol kalp kateterizasyonu yapıldı. Sol lateral pozisyonda arcus aortadan yapılan sineanjiyografide daha önce yerleştirilen ADO2 cihazı izlenirken verilen kontrastın inen aortadan duktus yolu ile pulmoner artere geçtiği görüldü. Sağ femoral ven- RA-RV-MPA-duktus yolu ile desendan aortaya girilerek exchange katater yerleştirildi.Exchange katater üzerinden defekte ADO1cihazı yerleştirildi. Cihaz serbest bırakıldıktan sonra 10. dakikada yapılan sineanjiyografide duktusun tamamen oklude olduğu görüldü. İşlem sırasında ve sonrasında komplikasyon izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Transkateter yöntemle PDA'nın kapatılması küçük-orta defektlerde; defekt bölgesinde anevrizma ve kalsifikasyonun olmadığı ve eşlik eden konjenital kalp hastalığı yokluğunda tercih edilmelidir. Cerrahi tedavinin mortalitesi %1.3'dür. Transkateter yöntemle PDA kapama deneyimli merkezlerde defektin boyutu ve anatomik yapısına uygun cihaz kullanımı ile birlikte başarılı bir şekilde uygulanmaktadır.

HIGH VENOZUM ASD ONARIMI SONRASI GELİŞEN CİDDİ SVC DARLIĞININ GREFT KAPLI STENT İLE GİDERİLMESİ

METİN SUNGUR, HASAN CANDAŞ KAFALI, PELİN AYYILDIZ, MEHMET KEMAL BAYSAL

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAMSUN

Göz kapakları ve yüzünde devamlı şişlik ve kollarda efor sonrası şişme nedeniyle başvuran 11 yaşında, erkek ve 34 kg olan hastanın iki yıl önce yüksek venöz tipte atriyal septal defekt tanısı ile ameliyat edildiği öğrenildi. Sağ atriyotomi yapılarak ameliyat edilen hastanın operasyon sırasında sağ atriyum ile ilişkili bir adet pulmoner venin saptandığı ve bu venin sol atriyum tarafında kalacak şekilde defektin yama ile kapatıldığı öğrenildi. Ameliyat sonrası düzenli kontrollerinde göz kapakları, boynu ve her iki kolunda şişlik yakınmaları olan hastaya lasiks ve coraspin başlanarak izlenmiş.

Hastanın başvurusundaki telekardiyografi ve elektrokardiyografisi normaldi. Ekokardiyografik incelemesinde; Sağ atriyumun hafif geniş olduğu, süperiyor vena kava (SVC) ile sağ atriyum birleşkesinde SVC akımının türbülans yaptığı izlendi. Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş olabileceği düşünülerek kateterizasyon anjiyografi yapıldı. Hemodinamik çalışmada SVC sistolik basıncı 34 mm Hg idi. İnnominate vene yapılan ön arka pozisyonundaki enjeksiyonda subklaviyan ve innominate venlerin genişlemiş ve akımın yavaşladığı, SVC'dan sağ atriyuma akımın azaldığı ve büyük oranda geniş ve tortuoze azigos venine yöneldiği izlendi. Yüksek venöz tipte ASD tamiri sonrası nadir görülen bir komplikasyon olması nedeniyle cerrahi ya da girişimsel tedavi seçenekleri ve olası komplikasyonlar tartışıldıktan sonra malzeme temini ile iki gün sonra SVC-sağ atriyum birleşkesine 28 mm'lik greft kaplı stent 12 mm'lik balon in balon kateter ile yerleştirildi.

İşlem sonrası ilaçları kesilen hastanın 2 aylık izleminde şişlik yakımları tamamen kaybolmuştu. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritminde ve ekokardiyografik incelemelerde pulmoner ven akımları normaldi.

Oldukçe seyrek görülen bu komplikasyonun girişimsel tedavisinin görüntülerini paylaşmak istedik.

OLGU ODAKLI OTURUM (OOO)
AKUT ROMATİZMAL ATEŞ

MYOKARDİT VE SOL VENTRİKÜL SİSTOLİK DİSFONKSİYONUYLA GİDEN KÜÇÜK YAŞTA ORTAYA ÇIKAN ATİPİK ARA OLGUSU

İLKER KEMAL YÜCEL, REYHAN DEDEOĞLU, ABDULLAH ERDEM, AHMET ÇELEBİ

DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

Olgu:

Akut romatizmal ateş (ARA) olgularının %5-7'si 5 yaş altında ortaya çıkar ve bunlarda daha çok izole artrit şeklindedir. Yine ARA olgularında pankarditi iyi bilinmesine rağmen önemli kapak yetersizlikleri olmaksızın sol ventrikül sistolik disfonksiyonu tartışmalı bir konudur. Bu bildiride sol ventrikül sistolik disfonksiyonu bulguları olan ve tedavi ile bu bulguları normale dönen 3.5 yaşındaki ARA tanısı alan hasta sunulmaktadır. Daha önce yakınması olmayan 3.5 yaşındaki erkek hasta üç hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş. Bize başvurduğunda sol ayak bileğinde şişlik kızarıklık ve basamama yakınması mevcuttu. Yapılan muayenesinde koltuk altına yayılan ve en iyi sol yan üzerine yatmakla duyulan 2/6 şiddetinde sistolik üfürümü mevcuttu. Sol ayak bileğinde şişlik kızarıklık ve fonksiyon kaybı saptandı. Tam kan sayımında; WBC:5500 mm³, PLT:469.000/mm³, Hb:10,3 gr/dl, Periferik yaymada özellik saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı:86 mm/saat, ASO: 3500 Ünite, ANA ve AntiDs DNA negatif, troponin değerleri normal sınırlarda saptandı. Hastanın yapılan ekokardiyografik incelemesinde hafif (2+) mitral yetersizliği, eser aort yetersizliği, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (EF%51, KF %25), sol kalp boşluklarında hafif dilatasyon ve minimal perikardiyal efüzyon saptandı. Geçirilmiş ÜSYE sonrasında artrit, pankardit, akut faz reaktanlarında yükseklik olan hasta ARA tanısı ile 2mg/kg/gün prednisolon başlandı. Artriti çok çabuk geriledi. İkinci hafta sonunda sistolik fonksiyonları normale döndü. Perikardiyal efüzyon tamamen kayboldu. Mitral kapak yetersizliği eser düzeye geriledi ve aortik kapak yetersizliği kayboldu. ARA dört yaş altında nadir olsa da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. ARA'da myokardiyal inflamasyon (Aschoff) olmakla beraber myokard nekrozu görülmemekte ve troponin seviyeleri normal sınırlarda saptanmaktadır. Bu olgularda sistolik disfonksiyon ciddi kapak yetersizliği olmadan da pankardit seyrinde görülebilmektedir.

ATRIOVENTRİKÜLER TAM BLOK İLE BAŞVURAN AKUT ROMATİZMAL ATEŞ OLGUSU

GÖKMEN ÖZDEMİR, ALİ YILDIRIM, PELİN KÖŞGER, BİRSEN UÇAR, TEVFİK DEMİR, ZÜBEYİR KILIÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ESKİŞEHİR

Olgu:

Birinci derece atriyoventriküler (AV) blok, akut romatizmal ateşin (ARA) sık gözlenen bir bulgusu ve minör Jones kriterlerinden biri olmasına karşın ileri AV blok, bu hastalarda oldukça nadir gözlenir. Onbir yaşındaki kız hasta 2 hafta önce geçirilen boğaz enfeksiyonu ve 4 gündür olan gezici tarzda eklem ağrısı ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde kalp atımları disritmik, apekte en iyi duyulan ve koltuk altına yayılan 2/6 dereceden üfürüm ve sol diz eklemi hareketleri ağrılı saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP ve ASO titresi yüksek saptanan hastanın EKG'sinde AV tam blok izlendi. Ekokardiyografik incelemede hafif mitral ve aort yetmezliği gözlemlendi. Steroid tedavisi başlanan hastanın 5 gün içerisinde AV tam bloğu Mobitz tip 1 AV bloğa geriledi ve pacemaker implantasyonuna gerek duyulmadı. Takiplerinde EKG bulguları normal seyretti. ARA seyri sırasında gözlenen ileri AV bloğun romatizmal karditin bir bulgusu olduğu ancak klinik kardit ile korelasyon göstermemesi ve genellikle kendiliğinden, kısa sürede düzelmesi nedeniyle nonspesifik bir bulgu olabileceği düşünülmektedir. Tam AV blok, oldukça nadir bir bulgusu olsada, ülkemiz gibi ARA'nın halen toplumsal bir sağlık problemi olduğu bölgelerde akılda tutulması gerekliliği ve EKG takibinin önemi vurgulandı.

AKUT ROMATİZMAL ATEŞLİ BİR OLGUDA İKİNCİ DERECE MOBİTZ TİP2 AV BLOK VE SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ BİRLİKTELİĞİ

KESKİN MAHMUT, ÖRÜN UTKU ARMAN, ÖZGÜR SENEM, CEYLAN ÖZBEN, DOĞAN VEHBİ, KARADEMİR SELMİN, ŞENOCAK FİLİZ

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA

Olgu:

Akut romatizmal ateş (ARA) çocuklarda en sık görülen edinilmiş kalp hastalığıdır. ARA'lı hastalarda atriyoventriküler ileti gecikmesi yani PR uzaması en sık görülen spesifik olmayan bir EKG bulgusudur. Burada ARA'lı bir hastada literatürde daha önce tanımlanmamış ikinci derece Mobitz tip2 AV blok ve supraventriküler taşikardi (SVT) birlikteliği gösteren bir vakayı sunmak istedik.

Kliniğimize, önce sağ kalça, daha sonra sağ diz ve sonra da sağ dirsek ağrısı ve şişliği ile başvuran 11 yaşında kız hastanın 2 hafta önce bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın gezici artrit olması ve fizik muayenesinde sternum solunda 2/6 sistolik üfürüm duyulması üzerine yapılan ekokardiyografik incelemesinde akım hızı 4.3 m/s olan 2. derece aort yetmezliği ve akım hızı 2.7 m/s olan 1. derece mitral yetmezlik saptandı. Serum C reaktif protein (CRP): 125mg/L, sedimentasyon: 120 mm/h, antistreptolizin O (ASO): 1070 IU saptandı. Elektrokardiyografisinde ikinci derece Mobitz tip 2 AV blok saptandı. Hastaya ARA tanısı konuldu. Aspirin 75 mg/kg/g başlandı. Tedavinin üçüncü gününde artrit tamamen geriledi, onuncu günde akut fazları gerilerken hastada (SVT) gelişti. Hastaya intravenöz infüzyon şeklinde amiodarone 5 mikrogram/kg/dk başlandı. SVT 2. saatte sonlandı. Hasta oral aspirin ve amiodarone tedavileriyle taburcu edildi.

AĞIR ARA KARDİTLİ OLGUDA SPHINGOMONAS PAUCİMOBİLİS BAKTERİYEMİSİ

YILMAZ YOZGAT, TİMUR MEŞE, TALİHA ÖNER, ÖNDER DOKSÖZ, AYHAN KILIÇ,
VEDİDE TAVLI

*DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ,
İZMİR*

Olgu:

Akut romatizmal ateş (ARA) gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. ARA'lı olgularda hücrel immun yanıtta değişiklikler özellikle CD3 (+) T hücrelerinde azalma bildirilmektedir. Sphingomonas paucimobilis gram negatif çomak olup toplum ve hastane kaynaklı enfeksiyonlara yol açar. Olgular malign, immünsüpresif veya diyabetik hastalarda bakteriyemi/sepsis, pnömoni veya peritonit enfeksiyonları şeklinde bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda lenfosit panelinde CD3 (+) T hücre düşüklüğü bulunan perikardiyal effüzyonlu ağır ARA karditli olguda Sphingomonas Paucimobilis bakteriyemisini sunmak istedik. Bu olgu literatüründe bildirilen ilk ARA kardit Sphingomonas Paucimobilis bakteriyemi birlikteliği olgusudur.

HENOCH-SCHÖNLEİN PURPURASI VE AKUT ROMATİZMAL ATEŞ BİRLİKTELİĞİ

KESKİN MAHMUT, ÖRÜN UTKU ARMAN, ÖZGÜR SENEM, CEYLAN ÖZBEN,
KARADEMİR SELMİN, ŞENOC AK FİLİZ

*DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANKARA*

Olgu:

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) 5-15 yaş arası çocuklarda en sık görülen sistemik vaskülitir. Akut romatizmal ateş (ARA) ile birlikteliği nadirdir. Burada HSP ve ARA birlikteliği olan bir olguyu sunma istedik.

Kliniğimize bacaklarda döküntü, eklemelerde kızarıklık ve şişlik şikayetiyle başvuran 8 yaş 8 aylık erkek hastanın 2-3 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastaya nefroloji bölümünce HSP tanısı konulup hastaneye yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde 2/6 sistolik üfürüm saptanması üzerine bölümümüze konsülte edildi. Hastanın yapılan ekokardiyografide akım hızı 4.6 m/s olan 2. derece mitral yetmezliği tespit edildi. Hastanın gezici artritinin olması, karditinin olması ve laboratuvar testlerinde ASO: 2110 IU/mL, CRP: 71 mg/L bulunması üzerine ARA tanısı konuldu. Hastaya 2 mg/kg/g steroid (prednizolon) tedavisine başlandı. Hastanın 1 hafta sonra alınan akut fazlarının normale döndüğü gözlemlendi. Hasta kontrole çağrılmak üzere taburcu edildi. Hastanın sonraki kontrolünde steroid dozu azaltılıp aspirin (50 mg/kg/g) tedavisine başlandı. Steroid dozu azaltılıp kesildi.



11. Ulusal Pediatrik Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Kongresi



YAZAR DİZİNİ

A

- ABDİ BOZKURT 114
ABDULAH ÖZYURT 541
ABDULLAH ERDEM 104, 108, 110, 111, 148, 179, 313, 540, 547, 552, 558, 567, 578, 586, 594
ABDULLAH KOCABAŞ 86, 152, 286, 291, 320, 327, 366, 370, 371, 373, 479
ABDULLAH ÖZYURT 112, 142, 168, 216, 293, 311, 417, 471, 473, 476, 477, 480, 482, 505, 506, 520, 534, 551, 568, 577, 587
ABDURRAHİM ÇOLAK 207, 492
ABDURRAHMAN KARA 366
ABDURRAHMAN ÜNER 389, 390
ACAR KOÇ 217
ADNAN UYSALEL 215, 217
A. GÜLDEN DİNİZ 404
AHMET CELEBİ 111
AHMET ÇELEBİ 44, 104, 108, 110, 148, 179, 313, 540, 547, 552, 558, 567, 578, 586, 594
AHMET DOLAPOĞLU 223, 225
AHMET EMİN MUTLU 449
AHMET İRDEM 109, 178, 267, 268, 355, 356, 363, 460, 475, 486, 508, 550, 570, 576, 589
AHMET KARADAĞ 281
AHMET KÖSE 452, 458, 464, 466, 467
AHMET ÖZEL 274
AHMET SAMİ GÜVEN 258, 346, 353
AHMET SERT 175, 235, 269, 271, 272, 273, 274, 276, 278, 279, 288, 364, 376, 412
AHMET VEDAT KAVURT 300
AHMİ ÖZDEMİR 338
AHU KARA 534
AJDA MUTLU MIHÇIOĞLU 240, 241
AKAN CEYRAN 212
AKGÜN ORAL 430
AKIN ARSLAN 220, 231, 554, 580
ALEV GÜVEN 86, 371
ALEV KIZILTAŞ 114, 368, 369
ALİ ALKAN 380
ALİ BAYKAN 112, 142, 168, 216, 293, 311, 417, 471, 473, 476, 477, 480, 482, 505, 506, 520, 534, 541, 551, 568, 577
ALİ BAYKAN 1 587
ALİ BULUT 137
ALİ DOĞAN 460
ALİ GÜNEŞ 289, 478

ALİ GÜRBÜZ 186, 187, 188, 189, 190, 191, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 236,
284, 322, 323, 329, 330, 331, 332, 333, 335, 336, 489
ALİ GÜRBÜZ 3 334
ALİ KAYA 258, 346
ALİ KOÇYİĞİT 411
ALİ KUTSAL 556, 582
ALİ RAHİMİ BAKİLER 460
ALİ RIZA KARACI 148, 540
ALİ SAMİ GÜRBÜZ 248
ALİ SARIGÜL 194, 195, 446
ALİ YANIK 449
ALİ YILDIRIM 259, 306, 350, 454, 463, 508, 542, 559, 595
ALPAY ÇELİKER 56, 97, 132, 210, 224, 239, 253, 254
ALPAY ÇELİKKER 128
ALP DOLGUN 181
ALPER AKIN 115, 121, 122, 252, 253, 254, 262, 342, 498, 499, 503
ALPER AYDIN 337
ALPER GÜRSU 99, 145, 312, 474
ALPER GÜZELTAŞ 159
ALPER GÜZELTAŞ 102, 131, 136, 164, 165, 169, 192, 347, 434, 435, 456, 469, 490,
496, 497, 500, 501, 502, 504, 533, 543, 545, 565, 585
ALPER ÖZGÜR 137
AMZE GÖKALP 340
ANAR ALİEV 215, 217
ARDA ÖZYÜKSEL 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
ARİF RUHİ ÖZYÜREK 493, 494
ARİF RUHİ ÖZYÜREK 2 442
A. RUHİ ÖZYÜREK 35
ARZU AVCI 329
ARZU DURSUN 440
ASIM GÜLTEKİN 346
ASLIHAN ÖZSOY 258
ASLI MEMİŞOĞLU 401
ATIF AKÇEVİN 48
ATILLA ÇAYIR 384
ATILLA SEZGİN 474
A. VEDAT KAVURT 240, 241
AYGÜN DİNDAR 571, 590
AYHAN ÇEVİK 516
AYHAN KILIÇ 58, 399, 562, 596
AYHAN PEKTAŞ 343, 516
AYHAN TAŞTEKİN 207
AYKUT ŞAHİN 236

AYLA OKTAY 99, 145, 312, 474
AYLİN ÇALLI 200
AYŞE ANIL KARABULUT 461
AYŞE ENGİN ARISOY 308
AYŞE ESİN KİBAR 300, 528
AYŞE GÜLER EROĞLU 39, 82, 414
AYŞEGÜL GÜVEN 447, 448, 535
AYŞEGÜL ZENCİROĞLU 440
AYŞENUR PAÇ 34
AYŞE SANDIKKAYA 414
AYŞE SARIOĞLU 32
AYŞE ŞİMŞEK 150, 379, 381, 408, 470, 513, 514, 531
AYŞE YILDIRIM İNCE 161, 209, 212, 218, 220, 226, 231
AYSUN TOKER 83, 524, 526

B

BAHAR ÇINAR 279
BAHATTİN TUNÇ 366
BAHATTİN TUNÇ 1 479
BANU BİNBAŞ 94, 159, 204
BANU LAFÇI 186, 189, 191, 196, 199
BARIŞ GÜVEN 302, 303, 460
BARIŞ GÜVEN 2 149
BARLAS AYTAÇOĞLU 193, 219
BARNA SAYGIN 471
BEDRETTİN YILDIZELİ 516
BEDRİ ALDUDAK 237, 268
BEKİR KAYHAN 350
BEKTAŞ BATTALOĞLU 410
BERAY SELVER EKİOĞLU 80
BERHAN GENÇ 296
BERKAN ÖZPAK 200, 322, 331
BERNA ŞAYLAN ÇEVİK 291
BİLGE TANYERİ 407
BİRGÜL VARAN 50, 99, 145, 312, 474
BİRSEN UÇAR 72, 259, 306, 350, 454, 463, 508, 542, 559, 595
BORA BAYSAL 203
BRAHİM CANSARAN TANIDIR 500
BÜLENT KOCA 82, 414
BÜLENT ORAN 395, 436, 438, 441, 491, 495
BÜLENT ORAN 1 446
BÜLENT SARITAŞ 90, 93, 147, 158, 416, 418, 425, 426, 427, 428, 555, 581
BURAK ERSOY 96, 136, 159, 222

BURAK ONAN 131, 135, 136
BURÇAK GÜNEŞ TATLI 444
BURÇİN SEYHAN 77

C-Ç

ÇAĞATAY ENGİN 180
ÇAĞATAY ENGİN 91
ÇAĞATAY TAŞKAPAN 414
ÇAĞLAR ACAR 389, 390
ÇAĞLA SERPİL DOĞAN 150
CANAN AYABAKAN 68, 90, 93, 147, 158, 416, 418, 425, 426, 427, 428, 555, 581
CANAN AYGÜN 407
CANAN YOLCU 144, 207, 341, 384, 430, 483, 492
CAN BALKAN 214
CANER BOZALİ 193
CANSARAN TANİDİR 135
CAN VURAN 90, 93, 147, 158, 416, 418, 425, 426, 427, 428, 555, 581
CAN YEREBAKAN 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
CELAL AKDENİZ 110, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 174, 234, 242, 243, 244, 245, 246,
247, 257, 261, 263
CEM HASAN RAZİ 287
CEM KARADENİZ 215, 217, 437, 450, 457
CEMŞİT KARAKURT 281, 410, 414
CENAP ZEYBEK 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
CENGİZ DİLBER 467
CENGİZ ÖZBEK 334
CEYLAN ÖZBEN 560, 561, 595, 597
CİHAT ŞANLI 447, 448, 461, 535
CÜNEYT EFTAL TANER 339

D

DANIAR AMATOV 343
DEMET ALAYGUT 346
DEMET SOYSAL 469
DEMET TEREK 515
DENİZ BOZDOĞAN 215, 217
DENİZ OĞUZ 30, 343, 516
DERYA ARSLAN 395, 436, 441, 446, 491, 495
DERYA ARSLAN OSMAN GÜVENÇ 438
DERYA AYDIN ŞAHİN 363
DERYA BEYZA SAYIN KOCAKAP 461
DERYA ÇİMEN 248, 436, 438, 441, 446, 491, 495
DERYA ÇITIRIK 193, 309, 375, 380

DİDEM ALİFENDİOĞLU 447, 448, 535
DİLEK ÇAVUŞOĞLU 460
DİLEK ERER 92, 232
DİLEK SARICI 417
DİNÇER ÇELİK 383
DOĞAN VEHBİ 560, 595
DOLUNAY GÜRSES 77, 295, 411
DURSUN ALEHAN 40, 115, 121, 122, 252, 253, 254, 342, 498, 503
DURSUN ARAS 240, 241
DURSUN ODABA 175
DURSUN ODABAŞ 235, 269, 271, 272, 273, 274, 276, 278, 279, 288, 364, 376, 412
DUYGU DÜŞMEZ APA 375

E

EBRU AYPAR 175, 235, 269, 271, 272, 273, 274, 276, 278, 279, 288, 364, 376, 412
ECE SALİHOĞLU 128
ECE SALİHOĞLU 97, 132, 210, 221, 224
EDA PARLAK 380
EHBİ DOĞAN 362
EKREM GÜLER 452, 458
ELDAR BAĞIROV 306
ELİF GÜNAY 401
EMEK DOĞER 304
EMEL ÇAKAR 502, 504
EMİN ALP ALAYUNT 303
EMİNE AZAK 78, 140
EMİNE YURDAKUL ERTÜRK 407
EMİNE YÜZBAŞIOĞLU 508
EMRAH OĞUZ 91, 205, 206, 223, 319
EMRE ÖZKER 90, 93, 147, 158, 416, 418, 425, 427, 428, 555, 581
EMRE SARITAŞ 426
EMRE TAŞÇILAR 399
ENDER ÖDEMİŞ 60, 94, 96, 102, 131, 135, 136, 159, 164, 165, 169, 192, 204, 208,
211, 222, 347, 434, 435, 456, 469, 483, 490, 496, 497, 500, 501, 502, 504, 533,
543, 545, 565, 585
ENEM ÖZGÜR 386
ENGİN KARAKUŞ 203, 214
ERCAN TUTAR 215, 217, 437, 450, 457
ERDAL TAŞKIN 1 368
ERDAL YILMAZ 87, 316
ERGÜN ÇİL 239, 400, 529
ERKAN İRİZ 92
ERKUT ÖZTÜRK 96, 118, 123, 124, 208, 347, 501, 533, 543, 545

ERMAN ÇİLSAL 343
ERSİN ÇELİK 333
ERSİN EREK 94, 96, 135, 136, 159, 169, 204, 208, 222, 244, 496, 497
ERSİN GÖZKESER 411
ERTAN SAL 389, 390
ERTUĞRUL MAVİLİ 168, 216, 293, 311, 477, 506, 541, 568, 587
ERTÜRK LEVENT 55, 180, 223, 319, 429, 442, 493, 494, 515
E. SEMA ÖZER 121
E.SEMA ÖZER 498, 503
EVREN ÖZBOYACI 400
EVREN SEMİZEL 400, 529
EVRİM ŞİMŞEK 225
EYLEM TUNÇER 161, 209, 212, 218, 220, 226, 231, 554, 580
EYÜP ARSLAN 278
EYÜP ASLAN 235, 269, 273, 274, 364, 376, 412

F

FADLİ DEMİR 104, 108, 110, 111, 148, 179
FAHRETTİN UYSAL 400, 529
FARUK ÖKTEM 354
FARUK SERHATLIOĞLU 216, 293
FATİH AYIK 180, 493
FATİH AYIK 2 442
FATİH BOLAT 346
FATİH ÇELMELİ 255
FATİH MEHMET CELAYIR 454
FATİH ŞAP 195, 278, 364, 376, 390, 396, 403, 406, 412, 419, 521, 522, 524, 530
FATMA BANU BİNBAŞ 96
FATMA ÇAKMAK ÇELİK 407
FATMA DEMİREL 320
FATMA SEVİNÇ 504
FATMA SEVİNÇ ŞENGÜL 347
F. AYŞENUR PAÇ 240, 241
F. DEMİR APAYDIN 309
FERHAN KARADEMİR 383
FEYZA AYŞENUR PAÇ 300
FEYZA HÜSREVOĞLU 520
FİGEN AKALIN 31, 76, 401
FİGEN ÖZÇAY 474
FİKRİ DEMİR 215, 217, 437, 450
FİLİZ EKİCİ 86, 134, 137, 152, 181, 286, 291, 320, 327, 366, 370, 371, 373
FİLİZ EKİCİ 1 479
FİLİZ ŞENOCAK 357, 358, 360, 362, 372, 377, 439, 440, 536, 548

FIRAT KARDELEN 150, 379, 381, 408, 470, 513, 514, 531
FUAT ÖZKAN 467
FUHEDA DALGIÇ 452
FUNDA ÖZTUNÇ 82, 299, 414, 433
FÜSUN DİLARA İÇAĞASIOĞLU 258, 346, 353
FÜSUN GÜZELMERİÇ 161, 209, 212, 218, 220, 226, 231, 554, 580

G

GAMZE GÖKALP 191, 330, 332, 333, 334, 336
GAYAZ AKÇURİN 150, 379, 381, 408, 470, 513, 514, 531
GİZEM ERSOY 532
GÖKHAN BAYSOY 478
GÖKMEN ÖZDEMİR 259, 306, 350, 454, 463, 508, 542, 559, 595
GÖKMEN ZARARSIZ 471
GÜLENDAM KOÇAK 281, 337, 414
GÜLİN HIZAL 342
GÜLŞEN KÖSE 291, 371
GÜLTEKİN KUTLUK 291
GÜLTEN COŞKUN 367
GÜRKAN ALTUN 249, 266, 304, 305, 308, 349, 352, 445

H

H.AHMET DEMİR 286
HAKAN AKINTÜRK 57
HAKAN ALTIN 80, 195, 390, 396, 403, 406, 419, 521, 524, 530
HAKAN AYDIN 556, 582
HAKAN AYKAN 122, 262, 499
HAKAN CANGÜL 239
HAKAN CEYRAN 61, 161, 209, 218, 220, 226, 231, 554, 580
HAKAN DÖNERAY 384
HAKAN ZOR 92, 232
HALE BOLGİ DEMİR 228, 230
HALE ÜNAL AKSU 545
HALİL DEMİR 104, 108, 110, 111, 148, 179
HALİL ERTUĞ 150, 379, 381, 408, 470, 513, 514, 531
HALİL TÜRKOĞLU 51, 313
HALİL TÜRKOĞLU 3 350
HALİM ULUGÖL 158
HAMZA DUYGU 190
HARULLAH ALP 406, 530
HASAN CANDAS KAFALI 573, 592
HASAN DEMETGÜL 309, 375, 380
HASAN EKER 380

HASAN ÖNAL 347
HASAN TAHSİN 123
HASAN TAHSİN TOLA 119, 123, 469, 501, 533
HASİBE GÖKÇE ÇINAR 387
HAŞİM OLGUN 144, 207, 341, 384, 430, 483, 492
HATİCE GÜNEŞ 258
HATİCE ÖZER 449
HAVVA EVRENGÜL 296
HAYRULLAH ALP 80, 83, 194, 195, 390, 396, 403, 419, 522, 526
H. CANDAŞ KAFALI 140
H.CANDAŞ KAFALI 78
HEKİM KARAPINAR 258
H. HAKAN AYKAN 121, 252
H.HAKAN AYKAN 253, 254, 342, 498, 503
HİKMET TEKİN NACAROĞLU 431
HÜMEYRA ÇİÇEKLER 521, 524

I-i

İBRAHİM CANER 144, 207, 430
İBRAHİM CANSARAN TANIDIR 165, 192, 208, 234, 469, 502, 504, 543, 545, 565, 585
İBRAHİM C. TANIDIR 119, 123, 124
İBRAHİM ECE 240, 241, 300
İBRAHİM GÜL 258
İBRAHİM İLKER ÇETİN 86, 366
İBRAHİM ÖNSEL 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
İ. CANSARAN TANIDIR 169
İDRİS MEHMETOĞLU 522
İ. HALİL DEMİR 399
İ.HALİL DEMİR 310
İHSAN BAKIR 96, 102, 135, 136, 164, 169, 434, 456, 496, 497
İHSAN BAKIR 1 131
İHSAN ESEN 320
İ. İLKER ÇETİN 152, 320, 370, 371, 373, 479
İ.İLKER ÇETİN 286, 291, 327
İKBAL BOZKAYA 479
İLHAN ASYA TANJU 383
İLHAN TAN 289, 478
İLKAY ERDOĞAN 99, 145, 312, 474
İLKER ÇETİN 134, 137, 181
İLKER ERTUGRUL 122, 262, 499
İLKER ERTUĞRUL 115, 121, 253, 254, 342, 498
İLKER KEMAL YÜCE 104
İLKER KEMAL YÜCEL 108, 110, 111, 148, 179, 313, 540, 547, 552, 558, 567, 578, 586,
594

İLKNUR CİHAN 203, 206, 225
İLYAS YOLBAŞ 289
İNCİ NUR SALTIK TEMİZEL 342
İRFAN OĞUZ ŞAHİN 144, 207, 341, 384, 483, 492
İSA ÖZYILMAZ 118, 124, 125, 174, 243, 245, 347, 543
IŞIL YILDIRIM 262, 499
İSMAİL YÜREKLİ 186, 187, 188, 189, 196, 197, 199, 201, 284, 323, 329, 331, 332, 334,
335, 336, 489
İSMİHAN SELEN ONAN 96, 136
İSTEMİHAN ÇELİK 141

K

KADİR BABAOĞLU 249, 266, 304, 305, 308, 349, 352, 445
KADİR ŞERAFETTİN TEKGÜNDÜZ 144, 207
KANAT ÖZİŞİK 134, 181, 373, 479
KARADEMİR SELMİN 560, 561, 595, 597
KAYI ELİAÇIK 460
KAZIM ERGÜNEŞ 190, 236, 329, 330, 331, 336, 340
KAZIM ÜZÜM 112, 142, 168, 216, 293, 311, 471, 473, 476, 477, 480, 482, 505, 506,
520, 534, 541, 551, 568, 577, 587
KEMAL BAYSAL 407
KEMAL CÜMŞÜDOV 223
KEMAL NİŞLİ 571, 590
KENAN BEK 266
KEREM KARACA 193, 219
KESKİN MAHMUT 560, 561, 595, 597
KÖKSAL BİNNETOĞLU 249, 266, 304, 305, 308, 349, 352, 445
KORAY HARMANCI 463
KORHAN ERKANLI 456
KÜBRA ÇELEĞEN 402
KÜBRA ÖZTÜRK 370, 373
KÜRŞAD ÖZ 94, 96, 136, 159, 204, 222
KÜRŞAD TOKEL 555, 581
KÜRŞAD TOKEL 47, 90, 93, 147, 158, 416, 418, 425, 426, 427, 428
KÜRŞAT TOKEL 99, 145
KUTLUHAN YILMAZ 267

L

LEVENT OKTAR 92, 232
LEVENT YILIK 188, 197, 201, 236, 284
LEYLA BİLGİN 152, 327

M

MAHMUT GÖKDEMİR 247, 248
MAHMUT KESKİN 357, 358, 360, 362, 372, 377, 385, 386, 387, 388, 439, 440, 536, 548
MAKBULE VARER 367
M. ALPER İKİZ 371
M.BEHÇET SEVİN 306
MECNUN ÇETİN 296, 324
MEHMET ALAKAYA 375
MEHMET BADEMCİ 191, 198, 332, 334, 489
MEHMET BURHAN OFLAZ 258, 300, 346, 353, 449
MEHMET DAVUTOĞLU 452, 458, 467
MEHMET DEDEMOĞLU 161, 209, 212, 554, 580
MEHMET EMİN ÖZDOĞAN 92
MEHMET EMRE AR 366
MEHMET EMRE ARI 86, 291, 327
MEHMET EMRE ATABEK 80
MEHMET GÜMÜŞTAŞ 343
MEHMET KARACAN 300, 430, 492
MEHMET KEMAL BAYSAL 573, 592
MEHMET KERVANCIOĞLU 178, 267, 268, 355, 356, 363, 486
MEHMET KÖSE 168
MEHMET ÖÇ 272
MEHMET SALİH BİLAL 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
MEHMET YALAZ 515
MEHMET YENİTERZİ 96, 136, 211, 483
MEKİ BİLİCİ 102, 164, 165, 169, 211, 434, 435, 456, 490, 496, 497, 502, 543
MELDA APAYDIN 335, 367
MELİH TİMUÇİN DOĞAN 346
MELİKE EMİROĞLU 273, 274
MEMDUH DURSUN 82
M. EMRE ARI 152, 320, 370, 371, 373, 479
M.EMRE ARI 286
MERT KESTELLİ 236, 332
MESUT GARİPARDIÇ 452, 458
METE GÜRSOY 210, 224
METEHAN KIZILKAYA 324
METİN KILINÇ 109, 178, 267, 355, 363, 486, 508, 570, 589
METİN METİN AY 389
METİN SUNGUR 42, 78, 140, 407, 573, 592
M. FATİH AYIK 203, 206, 214, 223, 225, 319
M.FATİH AYIK 91, 205
MİRAY KIŞLA 402

M. KEMAL BAYSAL 140
M.KEMAL BAYSAL 78
M. KÜRŞAT FİDANCI 310
M.KÜRŞAT FİDANCI 399
M. NURİ ÖZBEK 268
M.SEDAT ÖZDEMİR 436
MUAMMER BÜYÜKİNAN 175
MÜFERET ERGÜVEN 532
MUHAMMED KARABULT 426
MUHAMMED KARABULUT 147, 158, 418
MUHAMMED UDURGÜCÜ 466, 467
MUHAMMET AKYÜZ 202
MUHAMMET BOZGÜNEY 134
MÜNEVVER YILDIRIMER 296, 324
MURAT BAŞARAN 161, 209, 212, 218, 220, 226, 231, 554, 580
MURAT BİLGİN 225
MURAT ÇİFTEL 150, 379, 381, 408, 470, 513, 514, 531
MURAT DEVECİ 180, 429, 442, 493, 494, 515
MURAT DOĞAN 389, 390
MURAT KOÇ 556, 582
MURAT MUHTAR YILMAZER 149, 289, 302, 303, 478
MURAT ÖZEREN 193, 219
MURAT ÖZKAN 99, 145, 312, 474
MURAT ŞAHİN 255, 379
MURAT SAYGI 118, 125, 164, 174, 204, 208, 243, 456, 496, 497
MURAT YEŞİL 188, 197, 201, 284, 334
MUSA KARAKÜKÇÜ 168
MUSTAFA ALİ AKIN 417
MUSTAFA ARGUN 112, 142, 216, 293, 311, 417, 473, 476, 477, 480, 482, 505, 506,
520, 534, 541, 551, 568, 577, 587
MUSTAFA BÜYÜKAVCI 144
MUSTAFA DİKER 435, 456, 501
MUSTAFA DİNLER 258
MUSTAFA DOĞAN 411
MUSTAFA GÜLGÜN 310, 399
MUSTAFA KÖSECİK 510, 553, 579
MUSTAFA ORHAN BULUT 512, 572, 591
MUSTAFA ÖZBARAN 91, 180
MUSTAFA ÖZGÜR PİRGON 175, 383
MUSTAFA SEDAT ÖZDEMİR 438, 441
MUSTAFA YILMAZ 66
MÜZEYYEN İYİGÜN 96, 136, 211

N

NACİ CEVİZ 59, 144, 207, 341, 384, 430, 483, 492, 540
NACİ ÖNER 161, 209, 212, 218, 220, 226, 231
NAFİYE EMEL ÇAKAR 244
NAHİDE ALTUĞ 95
NAZAN ÇETİNGÜL 429
NAZAN ÖZBARLAS 114, 368, 369
NAZAN SARPER 266
NAZİF AYGÜL 395
NAZMİ NARİN 45, 112, 142, 216, 293, 311, 471, 473, 476, 477, 480, 482, 505, 506,
520, 534, 541, 551, 568, 577, 587
NECİP BECİT 207
NEHİR SUCU 193, 219
NEJAT SARIOSMANOĞLU 404, 443
NEŞE YARALI 1 479
NESİBE ANDIRAN 287
NESLİHAN KIPLAPINAR 119, 120, 125, 174, 208, 234, 244, 257, 261, 263, 490, 533,
543
NEVZAT ERDİL 410
NEVZAT USLU 545
NİHAL KARATAŞ 214
NİHAN KARAKAŞ 323
NİHAT ÇİNE 161, 209, 212, 218, 220, 226, 227, 231, 554, 580
NİLGÜN ÇAKAR 366
NİLGÜN KÜLTÜRSAY 515
NİLÜFER GÖKNAR 354
NİYAZİ GÖRMÜŞ 446
NUMAN ALİ AYDEMİR 148, 179
NURDAN EROL 108, 179, 532
NURİ DANIŞMAN 488
NURULLAH DOĞAN 510, 553, 579

o-ö

OBEN GÖZDE ŞENKON 86
OKTAY ERGENE 186, 189, 196, 199
OLCAY IŞIK 308
OLCAY MURAT DİŞLİ 410
OLGU HALLIOĞLU 193, 219, 309, 375, 380
ÖMER CEVİT 346
ÖMER ÇİFTÇİ 457
ÖMER ERDEVE 95, 141
ÖMER TETİK 186, 189, 196, 199, 323, 331, 336
ÖMER ULULAR 95, 181

ÖNDER DOKSÖZ 146, 250, 285, 302, 303, 326, 338, 339, 402, 404, 431, 443, 444, 487,
562, 596
ÖNDER DOKSÖZ 1 290
ONUR BALCI 356
ONUR IŞIK 556, 582
ONUR ŞEN 94, 96, 136, 211
ORHAN BULUT 493, 494
ORHAN GÖKALP 186, 188, 189, 196, 197, 199, 201, 284, 331, 336, 340
ORHAN GÜRSEL 310
ÖRÜN UTKU ARMAN 560, 561, 595, 597
OSMAN AKDENİZ 87, 316
OSMAN BAŞPINAR 109, 178, 267, 268, 300, 355, 356, 363, 460, 475, 486, 508, 550,
564, 570, 576, 584, 589
OSMAN GÜVENÇ 395, 436, 441, 446, 491, 495
OSMAN KÜÇÜKOSMANOĞLU 114, 368
OSMAN NEJAT SARIOSMANOĞLU 290
OSMAN ÖZDEMİR 287
OSMAN YILMAZ 439
ÖVÜNÇ ASLAN 330, 333, 340
ÖZBEN CEYLAN 287, 357, 358, 360, 362, 372, 377, 385, 386, 387, 388, 439, 440, 536,
548
ÖZGE ALTUN KÖROĞLU 515
ÖZGEN ILGAZ KOÇYİĞİT 96, 136
ÖZGEN KOÇYİĞİT 135, 222
ÖZGE PAMUKCU 112, 473, 477, 480, 482, 551, 568, 577, 587
ÖZGE PAMUKÇU 142, 293, 311, 417, 506, 520, 534, 541
ÖZGÜL TUNÇ AKBAŞ 447, 448, 535
ÖZGÜR ALDEMİR 368
ÖZGÜR CEYLAN 142
ÖZGÜR ERSOY 95, 137
ÖZGÜR KASAPÇOPUR 69
ÖZGÜR SENEM 560, 561, 595, 597
ÖZGÜR YILDIRIM 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
ÖZLAM BALCIOĞLU 319
ÖZLEM BALCIOĞLU 205, 206
ÖZLEM ELKIRAN 281, 410, 414
ÖZLEM KAYABEY 249, 349, 445
ÖZLEM MEHTAP BOSTAN 239, 400, 529
ÖZLEM SARISOY 90, 93, 147, 416, 418, 425, 426, 427, 428, 555, 581
ÖZLEM TURAN 150, 379, 381, 408, 470, 513, 514, 531

P

PELİN AYYILDIZ 407, 573, 592

PELİN KÖŞGER 259, 350, 454, 463, 508, 542, 559, 595
PELİN ÖZTÜRK 91, 205, 214
PERİHAN YİVLİ 135
PINAR ATASOY 461
PINAR KOÇAK 369
PINAR YAZICI 135

R

RAHMİ ÇUBUK 337
RAHMİ ÖZDEMİR 146, 250, 285, 290, 326, 339, 402, 404, 431, 443, 444, 487
RAMAZAN DULKADİR 461
RAMAZAN ÖZDEMİR 95
RANA OLGUNTÜRK 92, 232, 343, 516
RAVZA YILMAZ 2 82
REMZİYE NUR EKE 255
RESMİYE BEŞİKÇİ 414
REYHAN DEDEOĞLU 104, 108, 110, 111, 148, 313, 540, 547, 552, 558, 567, 578, 586,
594
RICHARD A. JONAS 53, 62
RIFAT CAN ÖZTÜRK 529
RIZA MADAZLI 3 299
RIZA TURKOZ 147
RIZA TÜRKÖZ 90, 93, 158, 416, 418, 425, 426, 427, 428, 555, 581
ROJAN İPEK 478
RUHİ ÖZYÜREK 180, 214, 223, 429, 515
RUKİYE EKER 571, 590

S-Ş

SAADETTİN SEZER 505
SADETTİN SEZER 112, 471, 473, 477, 506, 551, 577
ŞAHİN ŞAHİNALP 181
SAİM YOLOĞLU 414
SAİT AŞLAMACI 99, 145, 312, 474
SALİH ÖZÇOBANOĞLU 97, 128, 132, 210, 221, 224
ŞAMİL HIZLI 356
SA ÖZYILMAZ 208
SAVAS DEMİRPENÇE 487
SAVAŞ DEMİRPENÇE 146, 153, 250, 285, 290, 302, 326, 339, 444
SAVAŞ DEMİRPENÇE 402, 404, 431
SAVAŞ DEMİRPENÇE 1 338
ŞEBNEM ÇALKAVUR 443
SEÇİL KURTULMUŞ 146, 250, 285, 326, 338, 339, 444
SEDAT IŞIKAY 267

SEDEF TUNAOĞLU 92, 343, 516
ŞEHİME G. TEMEL 239
SELAMİ SÜLEYMANOĞLU 383
SELCEN YAKAR TÜLÜCE 323
SELÇUK UZUNER 354
SELÇUK VAROL 354
SELEN ONAN 94, 131, 135, 159, 204, 222
SELİM KERVANCIOĞLU 460
SELİM KURTOĞLU 417
SELMAN GÖKALP 82, 299, 433
SELMİN KARADEMİR 357, 358, 360, 362, 372, 377, 385, 386, 387, 388, 439, 440, 536,
548
SEMA AKMAN 150
SEMA ÖZER 115, 122, 252, 253, 254, 262
SEMA TANRIVERDİ 515
SEMİHA TERLEMEZ 343
SEMRA ATALAY 215, 217, 437, 450, 457
SEMRA SAYGI 237
SENEM ÖZGÜR 357, 358, 360, 362, 372, 377, 385, 387, 388, 439, 440, 536, 548
ŞENOL FİLİZ 560, 561, 595, 597
ŞENOL COŞKUN 296, 324
SERAP TEBER 371
SERDAR EPCACAN 390
SERDAR EPÇAÇAN 389
SERDAR KULA 71, 92, 232, 343, 516
ŞEREF OLGAR 452, 458, 464, 466, 467
SERHAT KOCA 240, 241
SERKAN KIRIK 87
SERKAN ÖZEN 2 296, 324
SERKAN TOPALOĞLU 240, 241
SERKAN YAZMAN 190, 202, 329
SERPİL TEKEMEN 436, 438, 441
SERTAÇ ÇİÇEK 414
SERTAÇ HANEDAN ONAN 112, 237, 506
SERTAÇ HAYDIN 135, 347, 435
SERTAÇ HAYDİN 96, 118, 131, 136, 169, 192, 211, 469, 496, 497, 500, 565, 585
SEVCAN ERDEM 114, 368, 369, 528
SEVDA ÇAM 153
SEVİL KALENDER ŞAN 255
SEVİM KARAARSLAN 80, 194, 195, 403, 406, 524, 526, 530
SEVİM KARAASLAN 390, 396, 419
SEVİM ÜNAL 152, 327
ŞEVKET BALLI 300

ŞEYMA KAYALI 362, 385, 386, 387
SİBEL BOZABALI 180, 319, 429
SİBEL BOZOBALI 223, 493, 494
SİBEL DALLI 289
SİBEL REYHANOĞLU 319
SİNAN ERKUL 91, 203
SİNEM ALTUNYUVA USTA 76, 401
SUAT FİTÖZ 41
SÜHEYLA ÖZKUTLU 115, 121, 252, 253, 254, 498, 499, 503
ŞÜKRÜ ARSLAN 274, 278, 364, 376
ŞÜKRÜ KÜÇÜKÖDÜK 407
ŞULE BALCI 90, 555, 581
SÜLEYMAN ÖZKAN 97, 128, 132, 210, 221, 224
SUNA EMİR 286

T

TAHİR YAĞDI 91, 180
TALİHA ÖNER 146, 149, 153, 250, 285, 290, 302, 303, 326, 338, 339, 404, 431, 443,
562, 596
TALİHA ÖNER 1 444
TAMER BAYSAL 80, 83, 194, 195, 390, 396, 403, 406, 419, 521, 522, 526, 530
TANIL ÖZER 218, 226, 554, 580
TAYFUN GÖKTOĞAN 188, 191, 197, 201, 284
TAYFUN UÇAR 437, 457
TAYYAR SARIOĞLU 38
TEVFİK DEMİR 242, 244, 246, 247, 259, 306, 350, 454, 463, 508, 542, 559, 595
TEVFİK GÜNEŞ 187, 332, 335
TEVFİK GÜRMEN 433
TEVFİK KARAGÖZ 115, 121, 122, 252, 253, 254, 262, 342, 498, 499, 503
TİMUR MEŞE 146, 149, 153, 250, 285, 302, 303, 326, 338, 339, 402, 404, 431, 443,
444, 487, 562, 596
TİMUR MEŞE 1 290
TOLGA BAŞ 556, 582
TOLGA TATAR 92, 232
TOLGA ÜNÜVAR 192
T. REVİDE ŞAYLI 370, 373
TUĞÇE ÇİFTÇİ DOKSÖZ 431
TUĞÇİN BORA POLAT 141, 488
TÜLİN VEDİDE ŞAYLI 86
TUNÇ TUNCER 504
TUNÇ TUNÇER 347
TURAN DERME 464
TÜRKAN PATIROĞLU 168

TURKAY SARITAS 148, 179
TÜRKAY SARITAŞ 104, 108, 110, 111, 354

U-Ü

UFUK YETKİN 186, 187, 188, 189, 190, 191, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 236,
284, 322, 323, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 340, 367, 489
UĞUR DİLMEN 141
UĞUR KOCABAŞ 202
UĞURSAY KIZILTEPE 95, 134, 137, 181
ULAŞ KARADAŞ 460
ULE BALCI 93
ÜMİT KAHRAMAN 205, 206, 214, 225
ÜMİT TÜRSEN 375
ÜMMÜGÜLSÜM BAYRAKTUTAN 341
ÜMRAH AYDOĞAN 571, 590
ÜNAL ULUCA 289, 478
ÜNSAL ÖZGEN 414
UTKU ARMAN ÖRÜN 357, 358, 360, 362, 372, 377, 385, 386, 387, 388, 439, 440, 536,
548
UYGAR YÖRÜKER 90, 93, 158, 555, 581

V

VEDİDE TAVLI 49, 146, 149, 153, 285, 302, 326, 338, 339, 402, 404, 431, 443, 444,
487, 562, 596
VEDİDE TAVLI 1 250, 290, 303
VEHİ DOĞAN 357, 358, 360, 385, 386, 387, 388, 439, 440
VELİD HALİT 232
VOLKAN TUZCU 118, 119, 120, 123, 124, 125, 174, 234, 242, 243, 244, 245, 246, 247,
257, 261, 263
VURAL KESİK 310

Y

YAKUP ERGÜL 118, 119, 120, 123, 124, 125, 174, 234, 242, 243, 244, 245, 246, 247,
257, 261, 263
YALIM YALÇIN 98, 129, 130, 133, 160, 213, 227, 228, 229, 230
YAPRAK ENGİN 91, 203
YASEMİN CEYLAN 287
YASEMİN İŞİK BALCI 295
YİĞİT ÇAKIROĞLU 304
YILMAZ KÖR 268
YILMAZ TOPRAK 550, 576
YILMAZ YOZGAT 146, 153, 250, 285, 290, 326, 338, 339, 402, 404, 431, 443, 444, 487,
562, 596

YŞE ŞİMŞEK 470
YÜKSEL ATAY 91, 203, 205, 206, 214, 223, 225, 319, 442, 493
YÜKSEL KAYA 572, 591
YÜKSEL KAYA 2 512
YUSUF AYDEMİR 342
YUSUF İZZET AYHAN 532
YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI 300

Z

ZEHRRA İLKE AKYILDIZ 186, 187, 189, 196, 199, 202
ZEHRRA KARATAŞ 80, 83, 194, 195, 390, 396, 403, 406, 419, 521, 522, 524, 526, 530
ZEHRRA KURŞUNLU 205, 319
ZEKERİYA KÜÇÜKDURMAZ 258
ZEKİ TEMİZTÜRK 95
ZERRİN EPÇAÇAN 390
ZEYNAL GÖKMEN 272
ZEYNEL GÖKMEN 269, 279, 412
ZEYNEP EYİLETEN 215, 217
ZEYNEP SEDA UYAN 352
ZÜBEYİR KILIÇ 36, 259, 350, 454, 463, 508, 542, 559, 595
ZÜBEYİR KILIÇ 306
ZUHAL KESİN YILDIRIM 144
ZULAL ÜLGER 205, 206
ZÜLAL ÜLGER 91, 180, 214, 319, 429, 442, 493, 494

[illegible]



Organizasyon Sekreteryası

441. Cadde No:1

06610 Birlik-Çankaya, ANKARA

Tel : +90 (312) 454 00 00

Faks : +90 (312) 454 00 01

E-posta : pedkar2012@flaptour.com.tr