

Ödülü" ile onurlandırılmıştır. Yurtdışında bu tür çevirim içi sertifikalı KPR kursları 2010 yılında başlamıştır. Yazılımı gerçekleştirilen kursumuzu T.C. Sağlık Bakanlığının da müsaadesi ile 7 Kasım 2013 tarihinde Yeni Yüzyıl Üniversitesi'nde yapılacak olan 1. Ulusal Ani Kalp Durmalarında Ölümün Önlenmesi Sempozyumu'nda (1st National Symposium of Sudden Cardiac Arrest Survival) başlatmayı planlıyoruz.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada yılda 17,5 milyon kişi kalp damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybederken Türkiye İstatistik Enstitüsü verilerine göre ülkemizde her yıl 150 bin insanımız ani kalp durması sonucu hayatını kaybediyor. Dünyada hastane dışı ani kalp durmalarından hayatta kalma oranları ortalama %5 iken, bazı gelişmiş ülkelerde bu oran %20'ler düzeyindedir. Sokakta kalbi duran birinin yanında sağlık çalışanı olmayan ama kalp masajı bilen bir kişi ve otomatik kalp şok cihazı (OED) cihazı olduğunda hayatta kalma oranının %38 olduğu kabul edilmektedir. Bireysel OED kullanılan bir araştırmada %67 sağ kalım oranının Resuscitation Dergisi'nde yayınlanması bu sınırların daha da zorlanabileceği ve sağ kalım oranlarının ucunun açık olduğunu göstermiştir.

Ülkemizde hastane içinde gelişen ani kalp durmalarında hayatta kalma oranları %90'ın üzerinde iken hastane dışında aynı oran %1'den daha azdır. Aradaki farkı kapatmak için Kalp Projesi önemli bir görev üstlenmiştir. Ani kalp durmasında müdahale edilmediğinde üçüncü dakikadan sonra nörolojik hasar beklenirken 12. dakikadan sonra hasta klinik olarak ölü kabul edilebiliyor. Oysa ambulansın olay yerine gelmesi ortalama 10 dakikadır. Bu durumda sadece sağlık çalışanlarına bel bağlanıldığında sağ kalım oranları çok düşük düzeydedir.

Ani Kalp Durmalarında hayatta kalma oranlarının artırılması için iki yöntem geliştirilebilir: 1. Ambulans ağını yaygınlaştırarak şehrin her noktasına yaymak ve hastalara ulaşma sürelerini 3 dakikanın altına indirmek; 2. Toplum sürece dahil ederek ambulans gelene kadar hastanın yanı başında olan kişinin ilk müdahaleyi yapmasını sağlamak. Birinci seçeneğin birçok ülkede çok gerçekçi ve ücret yararlı olmadığı öngörüldüğünden ikinci seçenek üzerine yatırım yapılmaktadır.

İlk yardım bilinci yüksek birey sayısının artırılması yanında umuma açık ve sağlık hizmetlerinin geç ulaşacağı alanlarda OED bulundurma zorunluluğu getirilmelidir. Birçok tanıklı ani kalp durması vakasında sağlık ekibi olay yerine gelmeden önce hastanın kalbinin elektroşok verilerek tekrar çalıştırılması ve hayati fonksiyonlarının istikrar kazanması sonucu yeniden hayata dönme oranlarının artırılması mümkündür.

Bunun yanında ilk yardımcıyı koruyan ve teşvik eden bir kanuna da ihtiyaç vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 13 Kasım 2000 tarihinde başkan Clinton tarafından imzalanan "Kalp Durmasında Hayatta Kalma Yasası" (Cardiac Arrest Survival Act) ile hayatta kalma oranları %5 artmıştır. Biz de Ani Kalp Durmalarında Ölümün Önlenmesi Kanunu'nun taslağını hazırladık. Bu yasa ile sertifikalı ilk yardımcıya kısmi dokunulmazlık getiriliyor. İlk yardım yapanı özendirmek için kısmi dokunulmazlık koymanın ötesinde işyerlerinde ilk yardım eğitimi alan çalışanların artırılması ve OED bulundurma zorunluluğunu da kanun taslağına koyduk.

Bugüne kadar Kalp Projesi çatısı altında çalışmalarımızı sürdürdük. Hayatta Kal Derneğinin kurulması neticesinde artan desteklerle projemiz güçlü bir kurumsal kimliğe de kavuşmuştur.

Kalp Projesi maliyet yararlı bir proje midir?

Kalp Projesi bu yollarla önümüzdeki 5 yıl için yılda 7500; on yılda ise yılda 20 bin hayat kurtarmayı hedeflemektedir. İlk 10 yılın sonunda top-

lamda 60 bin hayat; ikinci on yılda 200 bin hayat kurtarıldığında sadece sürekli kalp masajı tekniği ile bir kişinin tekrar hayata döndürülmesi için 1000 TL, ikinci on yılda bir kişi için 200 TL maliyet öngörülmektedir. Acil 112 hizmetlerinin 10 dakikadan uzun sürede ulaşabileceği 100 bin noktaya AED konumlandırıldığında hayatta kalma oranları da artacağından cihaz fiyatlarının sabit kalacağı düşünülse bile maliyet yararlılık oranı ilk on yılda bile sadece iki katına çıkacaktır.

Ayaklı cankurtaranlar dönemi başlayabilir

Online KPR kursu sonrasında olay yerine yakındaki cankurtaranları sevk edecek bir yazılımın altyapısı üzerinde çalıştığımızı da müjdelemek isterim. Online KPR kursu alanların hepsinin cep telefonlarını "Ayaklı Cankurtaran" isimli bir yazılım sistemine tanımlayacağız. Bir noktadan ani kalp durması çağırısı alındığında acil tıbbi destek istenen noktaların yakınında olan sertifikalı cankurtaranlar SMS ile adres tarifi, cep telefonundaki GPS ve/veya Navigasyon yöntemi ile olay yerine ambulandan önce ulaşabilecekler.

Tüm kardiyoloji camiası çalışanlarını kendi şehirlerinde Hayatta Kal Derneği ve Kalp Projesi'ne katılarak bu büyük projede yer almaya davet ediyorum.

Mutlu Vural

**Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul-Türkiye**

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mutlu Vural
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Tevfik Sağlam Cad. No:11 Zuhuratbaba Mh., İstanbul-Türkiye
Tel: +90 538 818 74 35
E-posta: drmvural01@gmail.com
Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 10.09.2013



©Telif Hakkı 2013 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine www.anakarder.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available online at www.anakarder.com
doi:10.5152/akd.2013.210

Atypical presentation of adult celiac disease: myocarditis and liver abnormality

Yetişkin çölyak hastalığının atipik görünümü: Miyokardit ve karaciğer anormalliği

Celiac disease (CD) is a chronic autoimmune enteropathy occurring in genetically predisposed individuals following ingestion of wheat gluten and related protein fractions of other grains. Now there is growing evidence showing an increased rate of diagnosis among adults (1). For unknown reasons, presentation of intestinal symptoms is less prominent in elderly celiac patients.

We report a case of 34-year-old woman presented with severe, watery diarrhea of 3 days in duration that was associated with nausea and diffuse abdominal pain. There was no fever, chills, or recent antibiotic use. The patient had started to feel a heaviness of the limbs and chest pain. She has no known medical history. She reported that since almost 6 months she suffered of asthenia, weight loss, dry mouth and

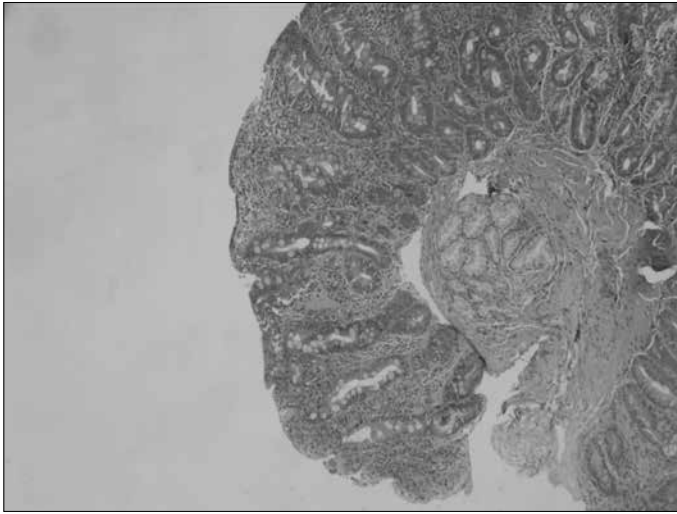


Figure 1. Villous atrophy-complete flattening of the finger-like projections in the small intestine (HEX100)

eyes. She was admitted 3 months ago in the department of cardiology with tachycardia. The electrocardiogram showed diffuse repolarization abnormalities. There was a significant rise of the troponin, serum creatine kinases, and lactate dehydrogenase levels. Cardiac ultrasound confirmed the diagnosis of myocarditis.

Physical examination revealed intense face paleness, mild paresis in lower limbs and abdominal distension. There was no abnormality in heart and lung auscultation. The electrocardiogram was normal.

Biological analysis revealed, a malabsorption syndrome (hypoalbuminaemia 20 g/L, lipid 0.7 g/L, iron deficiency anemia: Hb 6 gr/dL), a spontaneously low prothrombin-time and elevated liver enzymes (2 times normal). The folate and vitamine B12 were normal.

An esophagogastroduodenoscopy with histological examination showed "stage IV of Marsh villous atrophy" (Fig. 1). Abdominal ultrasound and salivary gland biopsy were normal.

Anti-gliadins, anti-endomysial antibodies were positive by ELISA. Antinuclear antibodies, anti-ENA, the anti-LKM1, anti-smooth muscle and anti-mitochondrial were negative.

The diagnosis of celiac crisis was accepted. The gluten-free diet has been started and the patient has gained 2 kg after 10 days of diet with normalization of the biologic parameters within one month.

Myocarditis (2-4) and involvement of the hepatobiliary tract are (5) exceptional complications of celiac disease. It is important for the physicians to be aware of this association to better management of these patients.

Hamzaoui Amira, Hajji Raouf, Belakhal Syrine, Nfoussi Haifa*, Smiti Khanfir Monia, Haouet Slim*, Houman Mohamed Habib
Department of Internal Medicine and Research Unit 02/UR/15-8,
*Department of Anatomopathology, Hospital La Rabta,1007, Tunis-Tunisia

References

1. Rashtak S, Murray JA. Celiac disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2009; 38: 433-6. [CrossRef]
2. Namendys Silva SA, Posadas Calleja JG, Domínguez Cherit G. Myocardial depression in a patient with celiac disease. A clinical case report and literature review. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70: 63-6.

3. Elfström P, Hamsten A, Montgomery SM, Ekblom A, Ludvíqsson JF. Cardiomyopathy, pericarditis and myocarditis in a population-based cohort of inpatients with coeliac disease. *J Intern Med* 2007; 262: 545-54. [CrossRef]
4. Frustaci A, Cuoco L, Chimenti C, Pieroni M, Fioravanti G, Gentiloni N, et al. Celiac disease associated with autoimmune myocarditis. *Circulation* 2002; 105: 2611-8. [CrossRef]
5. Rubio-Tapia A, Murray JA. Liver involvement in celiac disease. *Minerva Med* 2008; 99: 595-604.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Dr. Hamzaoui Amira

Department of Internal Medicine and Research Unit 02/UR/15-8,
Hospital La Rabta- 1007- Tunis- Tunisia

Phone: 0021698616195

E-mail: hamzaoui.amira@yahoo.fr

Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 10.09.2013



©Telif Hakkı 2013 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine www.anakarder.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available online at www.anakarder.com
doi:10.5152/akd.2013.211

Diffuse coronary ectasia and acute coronary syndrome in a young man. Who is guilty? Cannabis, smoking or dyslipidemia? 🎬

Genç bir erkekte yaygın koroner ektazi ve akut koroner sendrom. Suçlu kim? Esrar, sigara ya da dislipidemi?

A 30-year-old male admitted to our emergency department with chest pain. He was a heavy smoker and also a cannabis user. Electrocardiogram showed QS in leads III, aVF, and dominant R in lead V2. Peak troponin-I and creatine kinase-MB levels were 0.879 ng/mL and 17.75 ng/mL, respectively. He also had dyslipidemia (low density lipoprotein: 214 mg/dL, high density lipoprotein: 35 mg/dL, total cholesterol: 293 mg/dL, triglyceride: 230 mg/dL). Coronary angiography showed diffuse ectasia and plaques in left anterior descending (LAD) and circumflex arteries (Fig. 1a, b, Video 1a, b. See video/movie images at www.anakarder.com). He also had coronary slow flow in LAD. Right coronary artery (RCA) was diffusely ectatic and occluded from proximal segment (Fig. 2a, Video 2a). Since his chest pain resolved, RCA intervention following medical therapy was performed. He had been given acetylsalicylic acid 300 mg, clopidogrel 75 mg, tirofiban 0.15µg/kg/min, enoxaparin bid 60 mg, metoprolol 50 mg, ramipril 5 mg, and atorvastatin 80 mg for 3 days. Control coronary angiogram showed a patent proximal RCA which was diffusely ectatic with abundant plaques (Fig. 2b, Video 2b). Distal RCA was totally occluded. Follow-up with medical therapy was planned.

Cannabis is produced from flower seeds and dried leaves of the plant "cannabis sativa". Active substance responsible from pharmacologic effects of cannabis is Δ^9 - tetrahydrocannabinol. Cardiovascular effects of cannabis have been well defined. It increases heart rate (1). It causes supine hypertension, while it may cause upright hypotension (1). In addition to its hemodynamic effects, it significantly disrupts