

patients with predominantly non-viable/infracted LAD territories and patients with predominantly viable/ischemic LAD territories. At this point one can speculate that there is possibility that the patients who refused surgery may be more commonly angina-free patients who also had non-viable/infracted LAD territories and the patients who accepted surgery may be more commonly patients with severe angina who also had viable/ischemic LAD territories. If this assumption is true, there would be a selection bias for CABG and medical therapy groups and this bias may affect survival rates since we know that patients with more severe angina and patients with more severe ischemia benefit most from CABG (2).

Another noteworthy issue is the high rate (approximately 50%) of refusing surgery in the study population. As we know that asymptomatic patients have greater tendency to refuse surgical interventions, this situation arouses questions about the symptomatic status of the patients of the study group. It would be informative to mention the pre-operative symptomatic status of the patients; more severe symptomatic the patients enjoy improved survival benefit of bypass surgery.

As a result, we believe that survival benefit of any intervention can be discussed by the results of a randomized study, which nullifies effects of selection bias. Such studies are needed to reach a conclusion on this interesting topic.

Tuğrul Norgaz, Şevket Görgülü

Department of Cardiology, Faculty of Medicine Acıbadem University, Kocaeli-Turkey

References

1. Tatlı E, Aktoz M, Çakar MA, Doğan E, Alkan M, Özalp B. Survival of patients with well-developed collaterals undergoing CABG or medical treatment: an observational case-controlled study. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012; 12: 97-101.
2. Morrow DA and Gersh BJ. Coronary artery bypass surgery, Effects on survival. In: Libby P, Bonow RO, Zipes DP, editors. *Braunwald's Heart Disease*. 8 ed. Philadelphia: Saunders; 2008. p. 1387-8.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Dr. Tuğrul Norgaz
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli-Türkiye
Phone: +90 262 317 41 23 Fax: +90 262 226 80 34
E-mail: tnorgaz@yahoo.com

Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 23.05.2012

©Telif Hakkı 2012 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine www.anakarder.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2012 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at www.anakarder.com
doi:10.5152/akd.2012.137

Author's Reply

Dear Editor,

We appreciate the comments of the authors concerning our manuscript "Survival of patients with well-developed collaterals undergoing CABG or medical treatment: An observational case-controlled study" (1).

It is inevitable that presence of extended ischemia will affect the clinical outcomes of revascularization as it is mentioned your statement. However, the patient population in our study have had well protected left ventricular function and more than 50% of this population have had angina which is the sign of viability and ischemia. Therefore, we thought that both of these patients have had similar viability and ischemia. As a right criticism of yours, myocardial perfusion scintigraphy should be done for sign of viability and ischemia in this study.

Performing myocardial perfusion scintigraphy to these patients would made this study more valuable. The presence of angina in both patient groups is in equal ratios. Therefore, we thought that there would be no bias in this respect. We want to thank your valuable criticism.

Ersan Tatlı

Clinic of Cardiology, Ada Hospital, Sakarya-Turkey

References

1. Tatlı E, Aktoz M, Çakar MA, Doğan E, Alkan M, Özalp B. Survival of patients with well-developed collaterals undergoing CABG or medical treatment: an observational case-controlled study. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012; 12: 97-101.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Dr. Ersan Tatlı

Ada Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Sakarya-Türkiye

Phone: +90 264 236 20 20 Fax: +90 264 211 16 12

E-mail: ersantatli@yahoo.com

Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 23.05.2012

Pulmoner embolide sağ ventrikül yetmezliğinin önemi/Pulmoner embolide klinik, laboratuvar ve bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) sonuçları: 205 hastanın retrospektif değerlendirmesi

The importance of right ventricular failure in pulmonary embolism/Clinical, laboratory and computerized tomography pulmonary angiography (CTPA) results in pulmonary embolism: Retrospective evaluation of 205 patients

Sayın Editör,

Yazarları yaptıkları çalışmadan dolayı kutlunuz (1). Çalışmada bilgisayarlı tomografi (BT) pulmoner anjiyografiye göre masif pulmoner emboli (PE) saptanan 12 hastaya trombolitik tedavi verildiği belirtilmektedir. Ancak bu ifadenin bazı karışıklıklara neden olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü PE'nin masif ya da submasif olması daha çok bir klinik tanıdır. Bu makale de genellikle vurgulandığı gibi önemli olan PE lokalizasyonu değil, PE'nin sağ ventrikül yetmezliği ve sistemik hipotansiyona yol açıp, açmadığıdır. Ayrıca eğer sağ ventrikül yetmezliğinin eşlik ettiği PE var ise bu masif ya da submasif PE anlamına gelir ki, bu iki tanı masif olmayan PE'ye göre klinik gidiş ve tedavi açısından farklılıklar gösterir. Masif ve submasif PE tedavisinde heparinizasyon ve antikoagülasyona ilave olarak trombolitik tedavi de kullanılabilir (2). Bu bağlamda Duru ve ark.larının (1) çalışmasında sağ ventrikül yetmezliği olan 145 hastanın 12'sinde görülen trombolitik tedavi kullanma oranının düşük olduğunu düşünmekteyiz. Değirmek istediğimiz diğer bir konu da özellikle sağ ventrikül yetmezliğinin eşlik ettiği PE'nin tanı ve tedavisinde BT'de sağ ventrikül/sol ventrikül (SgV/SIV) çap oranına da bakılabilir. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada PE tedavisi görmüş hastalarda preoperatif ölçülen SgV/SIV çap oranının tedaviden sonra düştüğü gösterilmiştir (3). Bu bilgiler ışığında yukarıda değindiğimiz hususların da göz önünde bulundurulmasının çalışmaya değer katacağı kanaatindeyiz.

Orhan Gökalp, Levent Yılık¹, Ali Gürbüz
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı, İzmir-Türkiye
¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi
Kliniği, İzmir-Türkiye

Kaynaklar

1. Duru S, Ergün R, Dilli A, Kaplan T, Kaplan B, Ardıç S. Clinical, laboratory and computed tomography pulmonary angiography results in pulmonary embolism: retrospective evaluation of 205 patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012; 12: 142-9.
2. Lin PH, Chen H, Bechara CF, Koungias P. Endovascular interventions for acute pulmonary embolism. *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* 2010; 22: 171-82.
3. Engelhardt TC, Taylor AJ, Simprini LA, Kucher N. Catheter-directed ultrasound-accelerated thrombolysis for the treatment of acute pulmonary embolism. *Thromb Res* 2011; 128: 149-54.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Orhan Gökalp
Altınvadi cad. No:85 D:10 35320 Narlıdere, İzmir-Türkiye
Tel: +90 505 216 88 13 Faks: +90 232 243 15 30
E-posta: gokalporhan@yahoo.com
Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 23.05.2012

©Telif Hakkı 2012 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine www.anakarder.com web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2012 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at www.anakarder.com
doi:10.5152/akd.2012.138

Yazarın Cevabı

Sayın Editör,

Çalışmamıza gönderdiğiniz yorumlar için teşekkür ederiz. Günümüzde sağ ventrikül işlev bozukluğunun kesin bir tanımı yoktur. Yalnızca bütünüyle normal bir sonuç düşük riskli pulmoner emboli (PE) için tanımlayıcı kabul edilmektedir. Pulmoner embolide tek başına sağ ventrikül işlev bozukluğu bulgularına dayanan prognostik değerlendirmenin önemi sınırlıdır (1). Ek olarak PE ile birlikte sağ ventrikül işlev bozukluğuna yol açabilecek önceden var olan kardiyopulmoner hastalıklar olabileceği düşünülerek ekokardiyografinin (EKO) değerlendirilmesi daha doğru olacaktır. Çalışmamızda yaş ortalaması 61.55±14.44 olan hastalarımızda sağ ventrikül işlev bozukluğunun nedeni olabilecek kardiyopulmoner hastalıkların risk faktörleri arasında ön planda olduğu görülmektedir. EKO sonucuna göre sağ ventrikül işlev bozukluğu olan her hastada trombolitik tedavi verilmemektedir. Özellikle şok ve hipotansiyon tablosunda gelen hastalarda trombolitik tedavi daha uygun olabilir. Hipotansiyon, şok tablosu olmayan sağ ventrikül işlev bozukluğunun görüldüğü PE'li hastalarda trombolitik tedavi konusunda fikir birliği yoktur (1, 2). Dolayısıyla çalışmamızda trombolitik tedavi için hastaların tüm verileri değerlendirilerek seçici davranılmıştır.

Ayrıca çalışmanın kısıtlılıklarında belirtildiği gibi hastane bilgisayar sisteminde kayıtlı olan dosyalar geriye dönük olarak incelendiğinden hastanemizde PE nedeniyle trombolitik tedavi verilme oranları daha fazla olmasına karşın çalışmamızda diğer kliniklerde ve yoğun bakımda takip edilerek trombolitik tedavi uygulanan ancak verileri yetersiz olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Makalemizde güncel rehberler ışığında hazırlanan çalışma protokolünde görüldüğü üzere, tanı yöntemi olarak kullanılan bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA)'de yalnızca PE yerleşim yeri değerlendirilmiş, masif, submasif, masif olmayan ayırımı yapılmamıştır.

Bu nedenle makalenin tamamına bakıldığında başka hiçbir cümlede masif kelimesi geçmediği de göz ardı edilmemelidir. Eski alışkanlıklara istinaden, yazdığımız masif kelimesinin makalenin içinde yazım karışıklığına neden olabileceğini düşündüğümüzden söz konusu cümlede "Trombolitik tedavi (streptokinaz 250.000 IU, 30 dakika yükleme dozunu

takiben 100.000 IU/saat, 24 saat infüzyon ya da rekombinant doku plazminojen aktivatörü, rt-PA, ilk 2 saatte toplam 100 mg intravenöz), mutlak kontrendikasyonu olmayan, BTPA'ya göre PE saptanan 12 hastaya veril-di" şeklinde düzenleme yapılabilir.

Son yıllarda PE'li hastalarda henüz rehberlerin algoritmalarında kesin olarak yerini almamış, tanı, prognoz ve mortalite ile ilgili pek çok yeni laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinde bazı ölçümler üzerinde durulmaktadır. Bunlar arasında serumda kardiyak troponinler (3), natriüretik peptitler (4), EKO'da ve BT'de sağ ventrikül/sol ventrikül oranı (1,5), sağ ventrikül miyokart performans indeksi (6) sayılabilir. Bizim çalışma protokolümüzde de çalışmayı yapma amacımız hastanemiz kayıtlarını retrospektif olarak tarayarak PE verilerimizi dokümente etmektir.

Önerilen çalışmanın ise prospektif olarak yapılmasının daha doğru sonuçlar vereceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle sağ ventrikül/sol ventrikül oranının çalışmaya konulması ile ilgili bir yorum kanaatimizce uygun değildir.

Serap Duru, Recai Ergün, Alper Dilli*, Tuğba Kaplan,
Bekir Kaplan¹, Sadık Ardıç
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs
Hastalıkları ve *Radyoloji Klinikleri, Ankara-Türkiye
¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Ankara-Türkiye

Kaynaklar

1. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, Galie N, Pruszczyk P, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2008; 29: 2276-315. [CrossRef]
2. Türk Toraks Derneği. Pulmoner tromboembolizm tanı ve tedavi uzlaşma raporu 2009; 1-46.
3. Pruszczyk P, Bochowicz A, Torbicki A, Sulc M, Kurzyńska M, Fijałkowska A, et al. Cardiac troponin T monitoring identifies high-risk group of normotensive patients with acute pulmonary embolism. *Chest* 2003; 123: 1947-52. [CrossRef]
4. Kucher N, Printzen G, Goldhaber SZ. Prognostic role of brain natriuretic peptide in acute pulmonary embolism. *Circulation* 2003; 107: 2545-7. [CrossRef]
5. Wells PS, Rodger M. Diagnosis of pulmonary embolism: when is imaging needed? *Clin Chest Med* 2003; 24: 13-28. [CrossRef]
6. Hsiao SH, Chang SM, Lee CY, Yang SH, Lin SK, Chiou KR. Usefulness of tissue Doppler parameters for identifying pulmonary embolism in patients with signs of pulmonary hypertension. *Am J Cardiol* 2006; 98: 685-90. [CrossRef]

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Serap Duru
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları
Kliniği, Ankara-Türkiye
Tel: +90 312 596 27 76 Faks: +90 312 318 66 90
E-posta: akcalis@hotmail.com
Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 23.05.2012

Kapak tanımı/Aort darlığında takılan kapak ölçülerinin ventrikül hipertrofisi üzerine etkileri

Description of a valve/The effects of implanted valve sizes on ventricular hypertrophy in aortic stenosis

Sayın Editör,

Yazarlara bu çalışma için teşekkür ederiz (1). Aort kapak replasmanında protez-hasta uyumsuzluğu hala önemli bir sorun oluşturmaktadır.