

Kaynaklar

1. Garfield E. Citation indexes for science; a new dimension in documentation through association of ideas. *Science* 1955; 122: 108–11. [CrossRef]
2. ISI Web of Knowledge. Journal Citation reports, <http://admin-apps.isiknowledge.com/JCR/JCR?RQ=HOME> accessed 10/2010.
3. Asan A. ISI'nin kullandığı indeksler: SCI-Expanded, SSCI ve AHCI: Tarihsel gelişim, bugünkü durum ve etki faktörü (IF). *OrLab Online Mikrobiyol Derg* 2004;2:1-21,
4. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005; 102: 16569-72. [CrossRef]

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Murat Bitekter
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği,
İstanbul-Türkiye
Tel: +90 216 414 45 02 Faks: +90 216 336 05 65 E-posta: murbit2@yahoo.com
Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 10.01.2012

©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.2012.021

Risk factors among coronary heart disease patients in the context of the Albanian paradox

Koroner kalp hastaları üzerinde etkili olan risk faktörlerinde Arnavutluk paradoksu

Several years ago, the finding that the adult life expectancy in Albania was high, despite the fact that this is a poor country and would thus be expected to have high mortality rates, began to be referred to as the "Albanian paradox". Moreover, it has been reported that infant mortality, as indicator of poverty is also high, yet according to WHO, the age-standardized coronary heart disease (CHD) mortality in Albania is very similar to that in Italy; it is less than half of that in the United Kingdom and is much lower than that in Central and other Eastern European countries (1, 2). Few studies have been performed on CHD risk factors in Albania (3).

In order to evaluate the prevalence of CHD risk factors, we analyzed data from 809 patients (mean age: 61 years, range: 32-85 years; 76% of them were men), consecutively admitted with a first diagnosis of acute coronary heart syndrome during 2009 to the Intensive Coronary Unit of the University Hospital Centre of Tirana, (the country's largest centre for CHD diagnosis and treatment). All patients had at least two CHD risk factors. Current smoking and hypertension were the most prevalent risk factors reported respectively, for 510 (63%) and 469 (58%) patients, followed by family history of CHD (n=267, 33%) and overweight/obesity (n=242, 30%). These data are consistent with those from cross-sectional studies conducted in groups of Albanian population, in which hypertension and smoking prevalence is comparable to that in other Western industrialized countries (4). The diabetes prevalence in Albania has, in recent years, increased rapidly, and excess weight and obesity have been reported as a leading public-health problem in the adult population (5).

The median cholesterol level was 182 mg/dl (range 170-304 mg/dl). Total cholesterol levels were higher than 200 mg/dl in 168 (21%) patients, though for 46 (6%) of patients, the level was lower than 240

mg/dl. None of the patients with cholesterol levels below 200 mg/dl, used cholesterol-lowering drugs. In 639 (79%) patients, the HDL level was below 40 mg/dl of whom 479 (75%) had a total cholesterol level below 200 mg/dl. Although a high total cholesterol level is considered a leading risk factor for CHD, in our study, only 21% of the patients with a first episode of CHD had high levels. The Mediterranean diet (which typically consists of a low consumption of meat and dairy products and a high consumption of fruits, vegetables) has been prevalent in Albania, which could have contributed to maintaining the cholesterol levels low (1, 2). Another plausible explanation is the hypothesis that Mediterranean populations genetically have lower cholesterol levels.

Cholesterol levels seem to play an insignificant role in the etiology of CHD in Albania, which could in part explain the "Albanian paradox". These results could serve as a baseline for detecting signs of whether or not the low cholesterol levels will be maintained in a country which is currently developing and in which nutrition patterns are thus expected to change.

Idriz Balla, Loreta A. Kondili¹, Anesti Kondili
Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, University Hospital Center "Mother Tereza" of Tirana, Albania, Tirana-Albania
¹Istituto Superiore di Sanita', National Center for Immunobiological's Research and Evaluation, Rome-Italy

References

1. Gjonca A, Bobak M. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle? *Lancet* 1997; 350: 1815-7. [CrossRef]
2. Kondrichin SV. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle? *Lancet* 1998; 351: 836. [CrossRef]
3. Burazeri G, Goda A, Sulo G, Stefa J, Roshi E, Kark JD. Conventional risk factors and acute coronary syndrome during a period of socioeconomic transition: population-based case-control study in Tirana, Albania. *Croat Med J* 2007; 48: 225-33.
4. Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Epidemiology of hypertension and associated cardiovascular risk factors in a country in transition: a population based survey in Tirana City, Albania. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 734-9. [CrossRef]
5. Shapo L, Pomerleau J, McKee M, Coker R, Ylli A. Body weight patterns in a country in transition: a population-based survey in Tirana City, Albania. *Public Health Nutr* 2003; 6: 471-7. [CrossRef]

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Anesti Kondili, MD
Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, University Hospital Center "Mother Tereza" of Tirana, Albania, Tirana-Albania
Phone: +355 42 227318 Fax: +355 42 250348 E-mail: ankondili@yahoo.com
Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 10.01.2012

©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.2012.022

Koroner sinüs lead'inin femoral ven yoluyla transvenöz reposizyonu

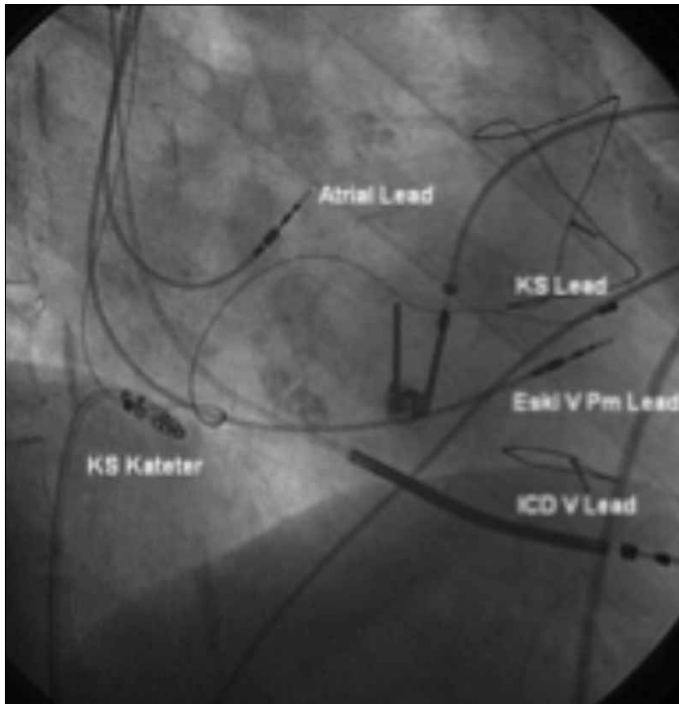
Reposition of the coronary sinus lead transvenously via femoral vein

Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (KRT), optimal ilaç tedavisine rağmen semptomatik olan kalp yetersizliği hastalarında oldukça başarılı sonuçlar vermektedir (1). Kardiyak resenkronizasyon tedavisinde sol ventrikül pacingi için koroner sinüs yoluyla yerleştirilen lead'ler kullanılır.

maktadır. Koroner sinüse (KS) lead implantasyonlarında en önemli sorunlardan bir tanesi de frenik sinir uyarılmasına bağlı diyafragma kasılmasıdır. Kardiyak resenkronizasyon tedavisi yapılan hastalarda KS lead'inin yer değiştirmesine bağlı frenik sinir uyarımı hastaların %1.5-5'inde görülmektedir (2). Bu hastalarda lead'in yeniden repozisyonu gerekebilmektedir. Bu yazıda frenik sinir stimülasyonuna neden olan KS lead'inin femoral yoldan repozisyonu yapılan bir olgumuzu sunduk.

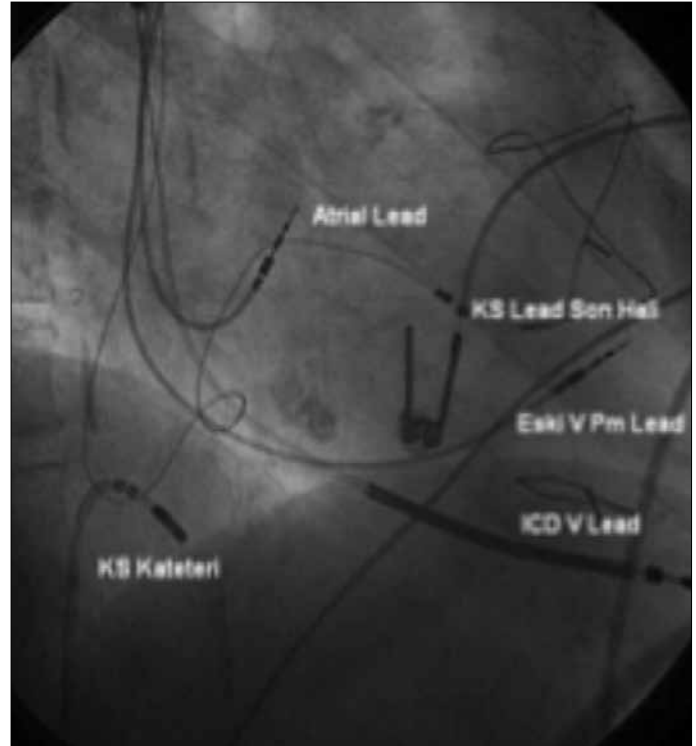
Koroner arter hastalığı ve paroksizmal atriyal fibrilasyon tanısı ile takip edilen 72 yaşındaki erkek hastaya 10 yıl önce koroner arter bypass operasyonu yapılmış. Dört yıl önce AV blok nedeni ile DDD-R kalıcı pacemaker implante edilmiş. Son 3-4 aydır artan nefes darlığı ve ayaklarda şişlik yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede apikal odakta 2/6 pansistolik üfürüm, pretibial ++ ödem ve akciğer bazalarında nadir inspiratuvar raller mevcuttu. EKG pace ritminde idi ve QRS 160 msn olarak ölçüldü. Ekokardiyografik değerlendirmede, hafif-orta derece mitral yetersizliği ve sol ventrikül dilatasyonu (sol ventrikül endiyastolik çap: 66mm) tespit edildi ve ejeksiyon fraksiyonu %25 olarak ölçüldü. Elektrofizyolojik çalışmada kalıcı ventriküler taşikardi indüklendi. Sonrasında hastaya biventriküler ICD implante edildi. Implantasyon esnasında KS lead'inden yapılan 10 V pacing ile diyafragmatik uyarı yoktu. İmplantasyonu takiben 4. günde 3.5 V ile diyafragmatik uyarı gözlemlendi. KS lead'inin pacing eşiği 0.25 V idi ve 1 V ile de diyafragmatik uyarı mevcuttu. Lead'in repozisyonuna karar verildi. Hasta PAF nedeni ile antikoagülant (warfarin) tedavisinde olduğu için ve enfeksiyon riski nedeni ile repozisyonun femoral yoldan yapılmasına karar verildi. Femoral venden girilerek bükülebilir KS kateteri yardımıyla KS lead'i inferiyor vena kavaya çekildi (Şekil 1, 2). KS lead'i bulunduğu konumdan yaklaşık 2 cm geriye alındı. Burada lead'in stabil olduğu görüldü. ICD üzerinden yapılan KS lead ölçümleri kabul edilebilir seviyelerde idi. (Pacing eşiği 0.5 V, empedans 565 ohm).

Kardiyak resenkronizasyon tedavisinde etkili biventriküler uyarım için KS lead'inin stabilitesi çok önemlidir. KS lead'inin yer değiştirmesi eşik yükselmesi, yakalama kaybı veya frenik sinir uyarılmasına bağlı



Şekil 1. Distal pozisyonundaki koroner sinüs lead'i

KS - koroner sinüs, Pm - pacemaker, V - ventriküler



Şekil 2. Bükülebilir kateter ile daha proksimale çekilen koroner sinüs lead'i
KS - koroner sinüs, Pm - pacemaker, V - ventriküler

diyafragma kasılmasına neden olabilir (2). Diyafragmatik uyarı görülen hastalarda cihazın programlanmasında yapılan değişiklikler ile problem giderilemezse reoperasyon ile lead'in repozisyonu zorunlu hale gelmektedir. Özellikle antikoagülant ilaç kullanımı zorunlu olan hastalarda reoperasyon kanama riskini beraberinde getirmektedir. Ayrıca pacemaker cebine tekrarlayan cerrahi girişim enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Bu nedenle pacemaker cebini açmaksızın KS lead'inin femoral yoldan repozisyonu önemli avantajlar sağlayabilir.

Bu olgumuzda görüldüğü gibi KS lead'i femoral ven yoluyla sağ atriyuma iletiletilen bükülebilir kateter yardımı ile başarılı şekilde reposition etmek mümkündür.

Fethi Kılıçaslan, Ömer Uz, Alptuğ Tokatlı
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Kaynaklar

1. Geng J, Wu B, Zheng L, Zhu J. Heart failure patients selection for cardiac resynchronization therapy. Eur J Intern Med 2011; 22: 32-8. [CrossRef]
2. Szilágyi S, Merkely B, Zima E, Kuttyifa V, Szucs G, Fülöp G, et al. Minimal invasive coronary sinus lead reposition technique for the treatment of phrenic nerve stimulation. Europace 2008; 10: 1157-60. [CrossRef]

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ömer Uz
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği,
İstanbul-Türkiye

Tel: +90 216 542 34 65 Faks: +90 216 348 78 80 E-posta: homeruz@yahoo.com

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 10.01.2012

©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.2012.023