

Letters to Editor-in-Chief

Baş Editöre mektuplar

Sayın Editör

Dergimizin 2013 Şubat sayısında yayınlanan 'Artan yazı sayısı ve okuyucu mektupları ('Güzün abla`!!!) – Editörden' başlıklı yazınızı büyük bir ilgiyle okuduk. Ne yazık ki ülkemizde *bilim ve bilimsel olma* algısı bizce olması gerekenden çok farklı bir noktada. Ve yine ne yazık ki kişinin bilimselliği *Pubmed'deki yazı sayısı* ya da *akademik "title"* olarak görülmekte. Oysa bilimsel üretim süreci yalnızca data toplamakla, yazı yazmakla, yazılan yazıyı kabul ettirmekle kalmamalı. Bir başkası tarafından bilim dünyasına sunulan bir yazıyı da bilgisi, ilgisi, deneyimi doğrultusunda yorumlayabilmek, katkıda bulunmak, eleştirmek kısacası yayın aşamasında hakem olarak görev almak da olmalıdır. Kendi makalesinin değerlendirilmesi ya da kabul aşamasında aceleci davranan pek çok araştırmacı herhangi bir derginin herhangi bir konuda hakemliğine başvurması durumundaysa yine aynı aceleciliği bu kez *hakemlik davetini reddetme* konusunda gösteriyor ya da cevap bile vermeyerek yazının değerlendirme sürecinin daha da uzamasına neden oluyor. Bugüne kadar dergimize birçok yazı yolladık ve doğal olarak bunların bir kısmı kabul edildi, bir kısmıysa reddedildi. Önümüzdeki günlerde –eğer uygun görürseniz- dergimizin yayın sürecinde yazılarımızla olduğu kadar, ilgili olduğumuz konularda hakemlik sürecinde de daha aktif görev almaktan onur duyarız.

Sonsuz Hürmet ve Saygılarımızla

Dr. X ve Dr. X

Yazarın Cevabı

Sayın Dr. X ve Dr. X,

Şubat sayımızda yayınlanan "Artan yazı sayısı ve okuyucu mektupları ('Güzün abla`!!!) " başlıklı *editörden* yazıma ilgi gösterip, bu konuda fikirlerinizi bildirdiğiniz için çok teşekkür ederim. E-postanızda, bilimsellik ile ilgili belirttiğiniz tüm görüşlerinize (*hakemlik vs.*) katılıyorum ve size çok hak veriyorum. Aynı düşüncelere sahip olduğumuzdan dolayı çok mutlu oldum. Sizin bu güzel yorumlarınızı ve düşüncelerinizi izniniz olursa, isimli veya isimsiz "Editöre Mektup" olarak yayınlamak isterim.

Bu konuda en kısa sürede cevabınızı bekler, sonsuz selam, sevgi ve saygılarımla gözlerinizden öperim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Bilgin Timuralp, EFESC
AKD Baş Editörü

Sayın Editör

Zaman ayırıp yazdığınız cevapla bizleri onurlandırdığınız ve gönderdiğimiz elektronik postayı yayınlamayı düşündüğünüz için teşekkür

ederiz. Size gönderdiğimiz mektubu yazmamızdaki tek amaç; sizin bu konuda kardiyoloji camiasına ince bir kırgınlığınız ya da sitemizin (*hakemlik konusunda*) olduğu düşüncesini taşıyarak naçizane yanınızda olduğunuzu hissettirmektir. Hocam, Size yolladığımız yazı – biz kaleme alsak ta- aslında bizler ve Siz gibi düşünen insanlar adına yazılmış ortak bir düşüncenin, duygunun ifadesidir. Yazı hedef kitlesi olan okuyucu tarafından okunduğunda, okuyucunun algısında iki kişinin yazdığı bir düşünceden ziyade bu düşüncüyü ifade eden bir topluluk olduğu fikrinin hakim olacağını düşünüyoruz. Yazının ne şekilde yayınlanacağı konusunda tabii ki Siz daha uygununu ve doğrusunu bilirsiniz, ancak biz bu düşüncedeki isimsiz kişiler olarak kalmak isteriz.

Sonsuz hürmet ve saygılarımızla

Dr. X ve Dr. X

Ischemic stroke in the course of thrombolytic treatment of prosthetic valve thrombosis: thrombolysis is suggested

Protez kapak trombozunun trombolitik tedavisi sırasında iskemik inme: Tromboliz önerilir

Dear Editor,

We have read with great interest the excellent report Özkan et al. (1). This woman of 25 years old with diagnosis of prosthetic valve thrombosis (PVT) received thrombolytic therapy-low-dose and prolonged infusion of tissue-type plasminogen activator (tPA). After the two hours the infusion was finished and was diagnosed and checked for cerebral computed tomography (CT) scan a cerebral embolism as a complication. Thrombolytic treatment was continued. The final result was successful for both (PVT and ischemic stroke).

We should make some considerations

The PVT is a serious complication of cardiac valve replacement because it is dangerous in the sick person's life. The initial therapeutic decision must be immediate. Currently, the initial therapeutic decision is difficult and controversial. Clinical practice guidelines express no uniform opinions. The European Society of Cardiology proposed surgery as the initial treatment, regardless of clinical status and the size of the thrombus. The Society of Heart Valve Disease recommends that the first choice be thrombolysis in all cases of PVT, unless such treatment is contraindicated. The American Heart Association and American College of Cardiology reserve thrombolysis only for patients with non-obstructive PVT and hemodynamic stability. The American College of Chest Physicians recommends that the main criterion in the therapeutic decision be the size of thrombus, indicating thrombolysis as the treatment choice if the thrombus has an area of +0.8 cm² and surgery in older thrombi. On the basis of the evidence displayed in many studies and our experience over more 20 years, our working group suggests

that continuing the search for the best therapy for PVT is no longer necessary. Two therapeutic alternatives exist for managing these severe patients (thrombolytic therapy and surgery), but they are complementary. We propose thrombolysis as the initial treatment if no contraindications are present (e.g., thrombi + 10 mm). Surgery is reserved for patients with contraindications to thrombolysis, those in whom this therapy is unsuccessful, and per se, who present with stroke and left atrial thrombus (2).

The main related limitation with the thrombolytic treatment is when the cerebral embolism occurs. An interesting option to treat this complication during the thrombolytic treatment in the PVT is the thrombolysis continuity as it has reported in this case for Özkan et al. (1).

In the year 2004, Lengyel et al. (3) indicated that twenty cases of non-hemorrhagic stroke or transient ischemic attack have been treated with thrombolysis, with only one hemorrhagic transformation.

In the year 2005 were published the guidelines of the Society of Heart Valves Disease for the management of PVT and recommend as an indication Class III the thrombolysis in presence of ischemic stroke documented for cerebral CT scan before the 4 hours that initiate the symptoms (4).

We suggest that the thrombolytic therapy in the ischemic stroke can be effective in the first 3 hours of the beginning of symptoms if the cerebral scan do not show signs of hemorrhages. It is generally recommended to interrupt thrombolysis for PHVT if there is clinical evidence of a cerebrovascular accident during treatment, and to perform an urgent cranial CT scan to differentiate between a hemorrhagic and ischemic origin. If there is no evidence of brain hemorrhage on CT scan, thrombolytic therapy can be restarted (5).

Fidel Manuel Caceres-Loriga
Department of Cardiology, Institute of Cardiology and
Cardiovascular Surgery, Havana-Cuba

References

1. Özkan M, Gürsoy OM, Atasoy B, Uslu Z. Management of acute ischemic stroke occurred during thrombolytic treatment of a patient with prosthetic mitral valve thrombosis: continuing thrombolysis on top of thrombolysis. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012; 12: 689-90.
2. Cáceres-Loriga FM, Santos-Gracias J, Pérez-López H. Thrombolysis versus reoperation in the management of prosthetic valve thrombosis. *Am J Cardiol* 2011; 108: 753. [CrossRef]
3. Lengyel M. Management of prosthetic valve thrombosis. *J Heart Valve Dis* 2004; 13: 329-34.
4. Lengyel M, Horstkotte D, Völler H, Mistiaen WP; Working Group Infection, Thrombosis, Embolism and Bleeding of the Society for Heart Valve Disease. Recommendations for the management of prosthetic valve thrombosis. *J Heart Valve Dis* 2005; 14: 567-75.
5. Cáceres-Loriga FM, Pérez-López H, Santos-Gracia J, Morlans-Hernandez K. Prosthetic heart valve thrombosis: pathogenesis, diagnosis and management. *Int J Cardiol* 2006; 110: 1-6. [CrossRef]

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Fidel Manuel Caceres-Loriga, MD,
Department of Cardiology, Institute of Cardiology and
Cardiovascular Surgery, Havana-Cuba
Phone: 5378360824

E-mail: caceresm@infomed.sld.cu

Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 21.02.2013

©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.2013.085



Author Reply

Dear Author,

Thank you very much for your comprehensive and encouraging comments on our article published in "letter to editor" section of *Anatolian Journal of Cardiology* that I was entirely agree and feel nothing to add on top of it.

Mehmet Özkan
Clinic of Cardiology, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Education and
Research Hospital, İstanbul-Turkey

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Dr. Mehmet Özkan,
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji
Kliniği, İstanbul-Türkiye
Phone: +90 532 255 15 13 Fax: +90 216 459 63 21
E-mail: memoozkan1@gmail.com

Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 21.02.2013

Influence of gender, C- reactive protein and triglycerides in risk prediction of coronary heart disease

Koroner arter hastalığı riskini öngörmeye cinsiyet, C-reaktif protein ve trigliseridin etkisi

Dear Editor,

Having read the article entitled "Clinical biomarkers of high-density lipoprotein dysfunction among middle-aged Turks" by Onat et al. (1), where the mentioned author studied some clinical biomarkers of high-density lipoprotein dysfunction in a stratified adult Turkish population. We would like to join the discussion about the influence of gender, and C-reactive protein (CRP) and triglycerides (TG) levels in risk prediction of coronary heart disease (CHD). For this purpose, we show the results of our small-sample study of schizophrenic patients on long-term clozapine, a drug that consistently raises CRP levels, where we evidenced that women had lower CRP increases than men (about a half) in response to a constant stimulus as clozapine long-term treatment. Also, we found that elevated CRP levels were associated with high levels of cholesterol, low-density lipoprotein and body mass index (2).

Cholesterol and TG, rise CRP levels through the activation of toll-like receptor 4 (TLR4) and subsequently liberation of proinflammatory cytokines such as tumor necrosis factor and interleukin -6, among others. This CRP-release, in turn, can activate TLR4 and lead, under certain circumstances and/or stimuli to a self-perpetuating cholesterol/TG-CRP loop (3, 4).

Moreover, TLR4 constitutes a link between nutrition, lipids and proinflammatory cytokines, being TG and cholesterol from any source, including diet, the most common metabolic-triggers for TLR4 (5). This TLR4 activation is also gender-dependent, with an LPS-stimulated accumulation of proinflammatory cytokines, significantly decreased in women (6), where its production would be facilitated by the presence of elevated levels of TG.

Putting it all together, we can conclude that women, whose innate immune response TLR4-mediated as mentioned also by Imahara (6) is