

adenozin dozu 100 µgr'den 150 µgr'ye artırıldığında FFR değerlerinde anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Eğer 150 µgr sonrası FFR'de halen düşme meydana geliyor ve hemodinamik anlamlılık sınırına yaklaşıyorsa bir üst doz denenebilir. Ancak, bu gibi tereddütlü durumlarda intravenöz infüzyon ile ölçümü tekrarlamak daha güvenilirdir. Hasta için ideal olduğu düşünülen intrakoronar adenozin dozu belirlenmede bazal distal/proksimal basınç oranı, ölçüm yapılan damarın büyüklüğü ve beslediği alan, hastanın bazal kalp hızı gibi birçok faktör göz önünde bulundurulmakla birlikte, çoğu durum için adenozin dozunda 150 µgr'ye kadar çıkılması yeterli kabul edilmektedir.^[3] Intrakoronar adenozin ile FFR ölçümü yapmak kişisel deneyim gerektiren bir işlemdir, bu tecrübe sonrası hekim hangi durumda sonuçlarının güvenilir olduğunun kararını daha rahat verebilir.

Dr. Aylin Yıldırım

An unusual microorganism, *Aerococcus viridans*, causing endocarditis and aortic valvular obstruction due to a huge vegetation

***Aerococcus viridans* is not a matter of opinion**

Dear Editor,

In reply to my letter^[1] concerning the potential misclassification of an aerococcus that caused endocarditis,^[2] Dr. Nazmi Çalık explains that the initial API-based species determination has now been verified with Vitek2. The problem is that Vitek2, as the API STREP system, will never find an *Aerococcus sanguinicola* since this species is not part of the typing systems. *A. sanguinicola* will instead be identified, by Vitek2, as *Aerococcus viridans* which is evident from the reference cited by Nazmi Çalık.^[3] Nazmi Çalık and co-workers have thus not shown which aerococcal species caused the infection they described, and their claim, made already in the title, that the bacterium is an *A. viridans* lacks valid support. In my view, the authors either need to do a proper species determination through 16S rRNA gene sequencing, or modify their report so that it would be clear to the reader

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
e-posta: ayliny@baskent-ank.edu.tr

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

1. De Luca G, Venegoni L, Iorio S, Giuliani L, Marino P. Effects of increasing doses of intracoronary adenosine on the assessment of fractional flow reserve. JACC Cardiovasc Interv 2011;4:1079-84.
2. Rioufol G, Caignault JR, Finet G, Staat P, Bonnefoy E, de Gévigney G, et al. 150 microgram intracoronary adenosine bolus for accurate fractional flow reserve assessment of angiographically intermediate coronary stenosis. EuroIntervention 2005;1:204-7.
3. Sarno G, Trana C, de Bruyne B. Tips and tricks of pressure wire technique. In: Sabaté M, editor. Percutaneous cardiac interventions: tips and tricks of new techniques beyond stenting. PCR publishing; 2010.

that the infection was caused by an *Aerococcus* spp. Species determination of bacteria in scientific reports should be made using adequate methods and should not be a matter of opinion.

Sincerely yours.

Magnus Rasmussen, M.D.

Department of Infection Medicine,
Lund University, Lund, Sweden
e-mail: magnus.rasmussen@med.lu.se

*Conflict-of-interest issues regarding the authorship or article:
None declared*

1. Rasmussen M. Which *Aerococcus*? Comment on: An unusual microorganism, *Aerococcus viridans*, causing endocarditis and aortic valvular obstruction due to a huge vegetation (Türk Kardiyol Dern Arş 2011;39:317-9). Türk Kardiyol Dern Arş 2011;39:630.
2. Çalık AN, Velibey Y, Çağdaş M, Nurkalem Z. An unusual microorganism, *Aerococcus viridans*, causing endocarditis and aortic valvular obstruction due to a huge vegetation. Türk Kardiyol Dern Arş 2011;39:317-9.
3. Cattoir V, Kobal A, Legrand P. *Aerococcus urinae* and *Aerococcus sanguinicola*, two frequently misidentified uropathogens. Scand J Infect Dis 2010;42:775-80.