

**Sinan İşcen**  
**Department of Cardiology, Diyarbakır Military Hospital,**  
**Diyarbakır-Turkey**

## References

1. Barçın C, Kabul HK, Tapan S, Küçük U, Çöl M. Traditional coronary risk factors in healthy Turkish military personnel between 20 and 50 years old: focus on high-density lipoprotein cholesterol. *Anadolu Kardiyol Derg* 2013 Jul 4. doi: 10.5152/akd.2013.176. Epub ahead of print. [CrossRef]
2. Mensink RP, Zock PL, Kester AD, Katan MB. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 1146-55.
3. Mooradian AD, Haas MJ, Wong NC. The effect of select nutrients on serum high-density lipoprotein cholesterol and apolipoprotein A-I levels. *Endocr Rev* 2006; 27: 2-16. [CrossRef]
4. Kelly S, Frost G, Whittaker V, Summerbell C. Low glycemic index diets for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4:CD004467.

**Address for Correspondence/Yazışma Adresi:** Dr. Sinan İşcen  
Diyarbakır Askeri Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Yenişehir, Diyarbakır-Türkiye  
Phone:+90 412 228 82 20  
Fax:+90 412 223 62 37  
E-mail: dr.iscen@hotmail.com



**Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 23.10.2013

©Telif Hakkı 2013 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com) web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available online at [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com) doi:10.5152/akd.2013.245

## Author's Reply

To the Editor,

We thank to authors for their valuable comments on our article, "Traditional coronary risk factors in healthy Turkish military personnel between 20 and 50 years old: Focus on high-density lipoprotein cholesterol"(1). The author mainly mentions that dietary factors effects are important in the high-density lipoprotein-cholesterol (HDL-C) level and would have been better if they were included in the analysis.

Firstly, we agree with the author about the effects of dietary factors on HDL-C. However, our study had a retrospective design examining the results of blood tests, anthropometric measurements as well as the questionnaires, which were given the military personnel during their routine health examination. Therefore, we had a very limited amount of information on dietary habits of the participants.

Secondly, although controlled studies show that HDL-C changes with the life style factors the magnitude of this change is small compared to other lipid parameters. In addition, it is difficult to control dietary habits for long years in real world. Furthermore, despite very different dietary habits in different regions of Turkey, cross sectional epidemiologic studies found similar HDL-C levels among these regions (2).

Thirdly, the main focus of our study was that, although Turkish population was regarded as a population with characteristically low HDL-C in relatively old studies (2, 3), we don't think so according to the recent epidemiologic studies including ours (4-6). In addition, what we observe in our daily clinical practice is HDL-C changes little and stays within a narrow band during follow-up of the patients. The interesting finding of our study came out as a result of comparison the lipid levels of military school students whose age was 21.4±4.5 years, and military

professionals with the age of 35.3±6.9 years. Although this comparison is not a longitudinal analysis of the same population, considering the professionals had been recruited to the military school with the same criteria, we speculated that they might have been similar to the current military school students. Despite older age, higher weight and waist circumference, less exercise levels, the HDL-C was the only lipid parameter that was similar between two groups. As can be seen in the article, all of other cardiovascular risk factors were different and were in negative direction in professionals in terms of CV risk.

So, we believe that a.) genetics is the major determinant of HDL-C; b.) Turkish population has not low levels of HDL-C, at least not as low as once thought. Of course, it is not fair to ignore the effects of life style and dietary component on this macromolecule. Clearly, we need well-controlled prospective studies with sufficient sample size.

**Cem Barçın, Kutsi Kabul**  
**Department of Cardiology, Gülhane Military Medical Academy,**  
**Ankara-Turkey**

## References

1. Barçın C, Kabul HK, Tapan S, Küçük U, Cöl M. Traditional coronary risk factors in healthy Turkish military personnel between 20 and 50 years old: focus on high-density lipoprotein cholesterol. *Anadolu Kardiyol Derg* 2013 Jul 4. doi: 10.5152/akd.2013.176. Epub ahead of print. [CrossRef]
2. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis* 2001; 156: 1-10. [CrossRef]
3. Mahley RW, Palaoğlu KE, Atak Z, Dawson-Pepin J, Langlois AM, Cheung V, et al. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. *J Lipid Res* 1995; 36: 839-59.
4. Kozan O, Oğuz A, Abacı A, Erol C, Öngen Z, Temizhan A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61: 548-53.
5. Kabakçı G, Koylan N, Kozan O, Büyükköztürk K, İlerigelen B, ICEBERG Investigators. Evaluation of the metabolic syndrome in hypertensive patients: results from the ICEBERG Study. *J Cardiometa Syndr* 2007; 2: 168-73. [CrossRef]
6. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23: 1817-23. [CrossRef]

**Address for Correspondence/Yazışma Adresi:** Dr. Cem Barçın  
3158 Cad. 3151 Sok. Tarapark A3 Yaşamkent Ankara-Türkiye  
Phone: +90 312 304 42 66  
Fax: +90 312 304 42 50  
E-mail: cembarcin@yahoo.com

**Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 23.10.2013

## Hipertansiyonda cerrahi tedavi

### *Surgical treatment of hypertension*

Sayın Editör,

İnal ve ark. (1) tarafından derginizde yayınlanan "Dirençli hipertansiyonda yeni bir tedavi yaklaşımı: Renal sempatik denervasyon" isimli yazıyı ilgiyle okuduk. Yazarları bu yazılarından dolayı tebrik ediyoruz. Hipertansiyon (HT) tüm dünyada ve toplumumuzda en sık görülen önlemlenir ölüm ve sakatlık sebebidir. Ülkemizde HT prevalansı için yapılan ilk çalışma olan TEKHARF'in sonuçlarına göre HT sıklığı %33,7, başka bir çalışma olan PATENT'de ise %31,8 olarak tesbit edilmiştir (2). Maalesef çalışmalar aynı zamanda tedavi hedefleri ve hasta bilinci hususunda

çok başarılı olmadığımızı da belgelemiştir (3). Tüm bu sebepler dolayısı ile geliştirilebilecek küratif bir tedaviye ihtiyaç vardır.

Hipertansiyon tarihini M.Ö. 3000 yıllarında yaşamış Mısırlı hekim İmhotep ile veya 1773 yılında bir atın femoral arterine bir kanül ilerleterek kan basıncını ilk defa ölçen İngiliz Stephen Hales ile başlatan değişik görüşler vardır. Günümüzdekine benzer bir yöntem ile kan basıncı ölçümü ilk defa 1896 yılında İtalyan doktor Riva Rocci tarafından yapılmıştır. Nabız palpasyonuna dayanan bu yöntem 1905 yılında Rus cerrah Korotkoff steteskop ve kendi adıyla anılan sesleri eklemiştir. 1913 yılına gelindiğinde Janeway klinik bir terim olarak HT'yi kullanmış ve günümüzdekine benzer bir şekilde hipertansif kardiyovasküler hastalığı tanımlamıştır (4). Literatürde HT tedavisinde daha öncesinde de cerrahi tedaviler önerilmişse de ilk sempatektomi 1925'de Rowntree ve Adson tarafından yapılmıştır. Sonrasında daha geniş operasyonlar, daha çok hasta sayıları Adson, Peet, Smithwick ve diğer bazı cerrahlar tarafından bildirilmiştir.

HT'un artan perfüzyon ihtiyacına bağlı gelişen fizyolojik bir kompanzasyon mekanizması olarak değerlendirildiği uzun yıllar boyunca hastalar tedavisiz kalmıştır. İlk medikal tedaviler; yatak istirahati, fenobarbitatlar, diğer bazı sedatifler ve gangliyon blokerleri olmuş bunlar da çok başarılı olamamıştır. HT'un cerrahi tedavisinde kendi adıyla anılan bir yöntemi olan Smithwick'in 1948'de 256 hasta sayısına sahip bir uzun dönem mortalite (5 yıllık) çalışması yayınlamıştır. Çalışmadaki hastaların %64'ünün preoperatif diyastolik kan basıncı 140 üzerinde olarak belirtilmiştir. Bu tedavisiz kaldığında yüksek mortalite riskine sahip popülasyonda cerrahi tedavinin kan basıncını düşürdüğünü ve mortaliteyi azalttığını göstermiştir (5). Fakat cerrahiler ağır, komplikasyonlar da sık görülmektedir. Sonrasında yaşanan gelişmeler ve başta tiyazidler olmak üzere diğer antihipertansif tedavilerin devreye girmesiyle medikal tedaviler artmış ve artık cerrahi yapılmamaya başlamıştır. Günümüzde daha az invaziv olan radyofrekans yöntemi ile yapılan denervasyonlar özellikle dirençli vakalarda kullanılmaya başlamış ve ilk sonuçlar ümit vaat edicidir.

**Ömer Kurt, Erol Arslan, Şevket Balta\*, Mustafa Çakar,  
Kerem Güler, Sait Demirkol\***  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları ve \*Kardiyoloji  
Anabilim Dalları, Ankara-Türkiye

## Kaynaklar

1. Inal S, Ilgit ET, Erten Y. A novel therapeutic approach to resistant hypertension: renal sympathetic denervation. Anadolu Kardiyol Derg 2013; 13: 190-1.
2. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003.," Journal of Hypertension, 2005; 23: 1817-23. [CrossRef]
3. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Capık C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. Anadolu Kardiyol Derg 2012; 12: 241-8.
4. Kotchen TA. Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research. Hypertension 2011; 58: 522-38. [CrossRef]
5. Smithwick RH. Continued hypertension; prognosis for surgically treated patients. Br Med J 1948; 2: 237-43. [CrossRef]

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Ömer Kurt  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Kliniği, General Tevfik  
Sağlam Cad. Etilik, Ankara-Türkiye  
Tel:+90 312 304 40 07-4015  
Faks:+90 312 304 40 00  
E-posta: kurtomer@gmail.com

**Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 23.10.2013

©Telif Hakkı 2013 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com) web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available online at [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com)  
doi:10.5152/akd.2013.246



## Biz kardiyologlar klinik pratiğimizde atriyal fibrilasyon hastalarına oral antikoagülan tedavi başlarken kılavuz önerilerini ne kadar dikkate alıyoruz? Çarpıcı bir sonuç!

*As cardiologists how much do we take into account the guideline recommendations while prescribing oral anticoagulants to patients with atrial fibrillation our clinical practice? A striking result!*

Sayın Editör,

Atriyal fibrilasyon (AF) klinik pratiğimizde en sık rastlanan ritim bozukluğu olup genel popülasyonda görülme sıklığı %1-2'dir (1). Gittikçe artan ve yaşlanan dünya nüfusu göz önüne alındığında AF'nin sıklığı ve buna bağlı olarak gelişen kötü olaylar artmaktadır. Bu kötü olayların başında tromboembolik olaylar gelmektedir. Yapılan çalışmalarda kapak hastalığı ile beraber seyreden AF'nin yıllık inme riskini 17 kat, kapak hastalığının eşlik etmediği AF'nin ise 5 kat arttırdığı gösterilmiştir (1). Atriyal fibrilasyonun neden olduğu bu denli önemli bir komplikasyonu önlemenin en etkin tedavisiyle ilgili olarak şimdiye kadar yapılmış çalışmaların sonuçlarına ve yayımlanmış olan kılavuzların önerilerine bakıldığında, warfarin ile sağlanan etkin antikoagülasyon olduğu görülmektedir (2). Pek çok randomize kontrollü çalışma, herhangi bir seçime tabi tutulmamış, AF'li hastalarda hedef düzeye ulaşmış oral antikoagülan tedavinin iskemik inme riskini %68 oranında azalttığını göstermiştir (3). Atriyal fibrilasyon hastalarında oral antikoagülan tedavinin etkinliği bu kadar aşikar olmasına rağmen hekimler olarak klinik uygulamamızda buna yeterince uymamaktayız. Ülkemizde bu konu da ilk olarak Ertaş ve ark. (4) 426 hasta da gerçekleştirdiği çalışmada endikasyon olduğu halde AF hastalarına oral antikoagülan tedavi başlanmama nedenleri arasında hekimlerin reçetelememesi ilk sırada olup, yaklaşık %74,3'tü. Ancak bu çalışmanın tek merkezli olması nedeniyle ülkemizin gerçekliğini yansıtmayacağı ve çalışmaya alınan hastaların kardiyolog dışında nöroloji, dahiliye vb. hekimlerce değerlendirilmiş olması bu reçeteleme oranını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Yine de mevcut çalışmanın Ülkemiz şartlarında büyük bir eğitim ve araştırma hastanesinde ve gelişmiş bir ilde yürütülmüş olmasına rağmen sonucun böyle dramatik çıkması düşündürücüdür. İlginç olan, aynı yazar (4) tarafından koordine edilen ve henüz sonuçları yayın aşamasında olan 17 merkez ve 2242 AF hastasında gerçekleştirilen AFTER (Atrial Fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry) çalışmasında (5) da sonuç değişmedi ve oral antikoagülan başlanmama nedenlerin başında %69'la biz hekimlerin ihmali gelmekteydi. Bu sonuçlar, biz hekimlerin AF konusunda klinik pratiğimizde özellikle tedavi alanında daha dikkatli olunması gerektiğimizi göstermektedir.

**Faruk Ertaş**  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı,  
Diyarbakır-Türkiye