

ESC/EACTS 2025 Kalp Kapak Hastalıkları Yönetimi Kılavuzunda Yeni Öneriler

Dr. Kübra Okumuş

ESC/EACTS 2025 Kalp Kapak Hastalıkları Yönetimi Kılavuzunda Yeni Öneriler

Hazırlayan: Dr. Kübra Okumuş

Kaynak: Praz F, et al. 2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2025. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf194.

2025 ESC/EACTS Valvüler Kalp Hastalıkları Kılavuzu, tanısal algoritmalarından girişimsel yaklaşımlara kadar birçok alanda yenilik getirmiştir. TAVI yaş eşiğinde değişiklik, multimodalite görüntülemenin önemi, koroner değerlendirilmede BT'nin yükselen rolü, mitral kapak hastalıklarında yeni sınıflandırmalar ve Kalp Ekibi yaklaşımının güçlendirilmesi öne çıkan başlıklar arasında yer almaktadır. Bu öneriler, yalnızca tedavi algoritmalarını değil, hasta merkezli karar mekanizmalarını ve uzun dönem bakım stratejilerini de ön plana çıkarıyor.

1. Koroner Arter Hastalığında Tanısal Yaklaşım ve Yönetim

Yeni kılavuz, valvüler kalp hastalıklarında koroner arter hastalığı değerlendirmesini yeniden tanımlıyor. Artık invaziv koroner anjiyografi, yüksek ve çok yüksek ön test olasılığı olan hastalarda önerilirken; düşük ve orta olasılıktaki olgularda koroner BT anjiyografi öncelikli hale geldi. Bu öneri, özellikle cerrahi ya da transkateter kapak girişimi planlanan hastalarda daha az invaziv, daha erişilebilir bir değerlendirme yaklaşımını teşvik ediyor.

Koroner Arter Hastalığı:

- TAVI adaylarında, işlem planlaması için yapılan BT anjiyografi, anlamlı koroner arter hastalığını ekarte etmeye yetecek kalitede ise, invaziv koroner anjiyografinin yapılmaması düşünülebilir. (IIa)
- TAVI için primer endikasyonu olan ve $\geq 90\%$ koroner arter darlığı olan segmentlerde referans damar çapı $\geq 2,5$ mm ise, PCI düşünülebilir. (IIa)

** Görüntülemeye dayalı seçim, invaziv girişim yükünü azaltır ve TAVI planlamasını hızlandırır. Ancak karmaşık veya yüksek riskli lezyonlarda invaziv doğrulama hâlâ gereklidir.

2. Aort Kapak Hastalıklarında Güncel Öneriler

Ciddi Aort Yetmezliği (AY):

- Kalp ekibine göre cerrahiye uygun olmayan semptomatik ciddi AY hastalarında anatomi uygunsa TAVI düşünülebilir. (IIb)

** Önceki kılavuzlarda ciddi AY'de cerrahi tedavi birincil seçenektir; 2025 kılavuzunda ise cerrahiye uygun olmayan, semptomatik ciddi AY hastalarında TAVI, önemli ve yeni bir öneri olarak öne çıkmaktadır.

Ciddi Aort Darlığı (AD):

- TAVI yaş sınırı 70'e indi; Kılavuzun en dikkat çekici yeniliklerinden biri, triküspit AD'de TAVI endikasyon yaşının 75'ten 70'e düşürülmesi. Bu değişiklik, TAVI'nin artık yalnızca yüksek riskli yaşlı hastalarla sınırlı kalmayacağını, uygun anatomide daha genç hastalarda da tercih edilebileceğini gösteriyor.
- Asemptomatik, normal egzersiz testi ile doğrulanan, yüksek gradiyentli ciddi AD ve LVEF $\geq 50\%$ olan hastalarda, düşük cerrahi risk varsa, yakın aktif gözetime alternatif olarak müdahale düşünülebilir. (IIa)
- Anatomi uygunsa, cerrahi riski yüksek ciddi biküspit AD hastalarında TAVI düşünülebilir. (IIb)

** Özellikle genç ve düşük riskli asemptomatik hastalarda müdahale zamanlaması, Kalp Ekibi tarafından bireyselleştirilmelidir. TAVI artık yalnızca yüksek riskli yaşlı hastalar için değil, uygun anatomi ve risk değerlendirmesi olan daha geniş hasta grubunda düşünülebilir.

3. Mitral Kapak Hastalıklarında Yeni Yaklaşımlar

Kılavuz, mitral kapak yetersizliğinde primer (organik) ve sekonder (fonksiyonel) formların ayrımını güçlendirirken, sekonder mitral yetersizliğini atriyal ve ventriküler olarak net bir şekilde sınıflandırıyor.

Primer Mitral Yetersizlik (PMY):

Primer MY için cerrahi onarım halen altın standart olarak önerilmekte.

- Düşük riskli, asemptomatik ve ciddi PMY olan hastalarda LV disfonksiyonu yoksa (LVESD < 40 mm, LVESDi < 20 mm/m², LVEF $> 60\%$), kalıcı bir cerrahi sonuç bekleniyorsa ve aşağıdaki kriterlerden en az üçü karşılanıyorsa, cerrahi mitral kapak onarımı önerilir. (I)
 - AF

- İstirahatte SPAP >50 mmHg
- LA dilatasyonu (LAVI ≥ 60 mL/m² veya LA çapı ≥ 55 mm)
- Eşlik eden orta-ileri derecede sekonder TY
- Deneyimli merkezlerde minimal invaziv mitral kapak onarımı düşünülebilir. (IIb)

Sekonder Mitral Yetersizlik (SMY):

Atrial SMY için ise cerrahiye **IIa**, transkateter yaklaşımlara **IIb** düzeyinde öneri getiriliyor.

- Cerrahi, AF ablasyonu (endike ise) ve LAAO, optimal tıbbi tedaviye rağmen semptomatik ciddi atriyal SMY hastalarında düşünülebilir. (IIa)
- TEER, cerrahiye uygun olmayan, ritim kontrolü ve optimal medikal tedaviye rağmen semptomatik ciddi SMY hastalarında düşünülebilir. (IIb)
- CABG planlanan orta derecede SMY hastalarında cerrahi mitral kapak onarımı düşünülebilir. (IIb)

Romatizmal ve Dejeneratif Mitral Darlığı (MD):

- Semptomatik, geniş MAK ve ciddi mitral kapak disfonksiyonu olan hastalarda, deneyimli Kalp Kapak Merkezleri'nde transkateter mitral kapak implantasyonu düşünülebilir. (IIb)

**** 2025 Kapak Kılavuzu, asemptomatik PMY ve düşük cerrahi riski olan hastalarda erken cerrahi onarımı, sınıf IIa'dan sınıf I öneriye yükseltmiştir. Bu hastalarda, asemptomatik olsalar bile, sekonder TY, pulmoner hipertansiyon, AF, LA dilatasyonu gibi eşlik eden durumlar, cerrahi onarımın gündeme gelmesini ve hastalığa önleyici yaklaşım uygulanmasını desteklemektedir. Yine bu kılavuzla birlikte, senil dejeneratif mitral darlığında tedavi seçeneği olarak transkateter mitral kapak replasmanı ilk kez resmi olarak yer almış ve bu hasta grubunda transkateter tedavi seçeneğini gündeme getirmiştir.**

4. Triküspit Kapak ve Kombine Kapak Hastalıkları

Triküspit Yetmezliği (TY):

- Şiddetli TY olgularında girişim öncesi, Kalp Ekibi tarafından etiyoloji, hastalık evresi (TY şiddeti, RV/LV fonksiyonu, PHT), ameliyat riski ve iyileşme olasılığı dikkatle değerlendirilmelidir. (I)

Kombine Kapak Hastalıkları:

- Başka bir kapak cerrahisi yapılacak hastalarda eşlik eden ciddi MY varlığında mitral kapak cerrahisi önerilir. (I)
- Orta derecede AD ve orta derecede AY birlikteliği olan semptomatik hastalarda, ortalama gradient ≥ 40 mmHg veya $V_{max} \geq 4$ m/s ise müdahale önerilir. (I)
- Orta derecede AD ve orta derecede AY birlikteliği olan asemptomatik hastalarda, $V_{max} \geq 4$ m/s ve LVEF < 50 ise müdahale önerilir. (I)

**** TY'de doğru zamanda müdahale, sağ ventrikül fonksiyonlarını korumak ve uzun dönem prognozu iyileştirmek açısından kritik öneme sahiptir. Bu kılavuz, izole TY hastalarında multidisipliner değerlendirmeyi sınıf I öneri düzeyine çıkararak erken ve hasta merkezli yaklaşımı teşvik etmektedir.**

5. Protez Kapak Seçimi ve Antitrombotik Tedavi Yönetimi

Protez Seçimi:

- Uzun süreli oral antikoagülan (OAK) için kontrendikasyonu olmayan ve tahmini yaşam beklentisi uzun olan hastalarda mekanik protez kapaklar düşünülmelidir. (IIa)

Antitrombotik Tedavi Yönetimi:

- INR hedefleri, kapak tipi, pozisyon, risk faktörleri ve komorbiditelere göre belirlenmelidir. (I)
- Hasta eğitimi ile OAK kalitesinin artırılması önerilmektedir. (I)
- Mekanik protez kapak hastalarında, kanama riski olmayan veya minimal olan küçük veya minimal invaziv girişimler için VKA tedavisine devam edilmesi önerilir. (I)
- Yeni nesil aortik mekanik protez kapağı olan ve başka tromboembolik risk faktörü olmayan hastalarda, majör kardiyak dışı cerrahi veya invaziv girişimlerde kanamayı azaltmak için VKA tedavisinin ameliyattan 3-4 gün önce kesilmesi ve köprüleme yapılmadan yeniden başlatılması düşünülebilir. (IIb)
- Aortik veya mitral cerrahi biyoprotez kapak implantasyonundan 3 ay sonra, açık bir OAK endikasyonu yoksa ömür boyu düşük doz ASA (75-100 mg/gün) kullanımı düşünülebilir. (IIb)
- Açık bir OAK endikasyonu olmayan ve yüksek kanama riski olan hastalarda, cerrahi mitral veya triküspit onarımından sonra OAK'a tercih olarak düşük doz ASA (75-100 mg/gün) düşünülebilir. (IIb)
- TAVI sonrası trombozu önlemek için dual antiplatelet tedavi, başka kesin bir endikasyon olmadıkça önerilmez. (III)
- OAK için kesin endikasyonu olan hastalarda, cerrahi biyoprotez kapak implantasyonu sonrasında OAK tedavisine devam edilmesi önerilir. (I)
- DOAK endikasyonu olan hastalarda, cerrahi biyoprotez implantasyonu sonrası DOAK tedavisine devam edilmesi düşünülebilir. (IIb)
- OAK veya antitrombotik tedavi için açık endikasyonu olan hastalarda, cerrahi kapak onarımından sonra antitrombotik tedaviye devam edilmesi düşünülmelidir. (IIa)

Kapak Disfonksiyonu ve Tromboz:

- Kapak trombozuna bağlı olmayan belirgin kapak disfonksiyonu olan semptomatik hastalarda yeniden operasyon önerilir. (I)
- Kapak trombozu şüphesi varsa, tanıyı doğrulamak için TÖE ve/veya 4D-BT önerilmektedir. (I)

** Mekanik protez kapağa sahip hastalarda INR hedefleri, artık kapak tipi, konumu ve hastaya özęü risk profiline göre daha dinamik biçimde önerilmektedir. Oral antikoagölasyonun etkinliğini arttırmak amacıyla hasta eğitimi, 2025 kılavuzunda sınıf 1 öneri düzeyinde vurgulanmıştır. Bu yaklaşım, yalnızca teknik tedavi başarısına değil, tedavinin sürdürülebilirliğine ve hastanın sürece aktif katılımına da dikkat çekmektedir. Antitrombotik tedavi açısından, küçük veya minimal invaziv ve düşük kanama riski taşıyan girişimlerde VKA tedavisinin kesilmeden sürdürölmesi; ayrıca, yeni nesil aortik MHV'si bulunan ve ek tromboembolik risk faktörü olmayan hastalarda majör cerrahi veya invaziv işlemler öncesinde VKA'nın 3–4 gün önce kesilip köprüleme yapılmadan yeniden başlanabilmesi yönündeki öneriler, gereksiz ilaç kesintilerini ve köprüleme ilişkili kanama risklerini azaltmayı hedeflemektedir. Cerrahi BHV implantasyonu sonrası, açık bir OAK endikasyonu bulunmayan hastalarda üçüncü aydan itibaren yalnızca düşük doz ASA tedavisi düşünölebilirken; OAK endikasyonu olan hastalarda OAK tedavisine devam edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, DOAK kullanımı da bu grupta sınıf II-b düzeyinde kabul edilebilir bir seçenek olarak yer almıştır. Kapak onarımı sonrası, açık OAK endikasyonu bulunmayan ve yüksek kanama riski taşıyan hastalarda OAK yerine düşük doz ASA kullanımının uygun olabileceği belirtilerek tedavinin bireyselleştirilmesi vurgulanmıştır. TAVI sonrası dönemde ise, tekli antitrombotik tedavinin tercih edilmesi önerilerek gereksiz dual tedavilerden kaçınılması amaçlanmıştır.

Sonuç: Daha Erken, Daha Hasta Odaklı Bir Yaklaşım

Kılavuz, yalnızca klinik algoritmaları değil, organizasyonel modelini de yeniden tanımlıyor.

Tüm kompleks olgular için multidisipliner Kalp Ekibi kararı önerisi güçlendirilmiş.

Ayrıca, yüksek hacimli ve deneyimli merkezlerde toplanmış “Kalp Kapak Merkezi”, komplikasyon oranlarını azaltmak ve deneyimi artırmak açısından destekleniyor. ESC/EACTS 2025 kılavuzu, valvüler hastalık yönetiminde erken tanı, hasta merkezli düşünme biçimi ve ekip temelli karar, gelişmiş görüntölleme ve girişim zamanlaması konularında paradigmayı değiştirmektedir. 2025 önerileri, yalnızca girişim başarısını değil, hasta merkezli karar alma, uzun dönem prognoz ve bakım kalitesini artırmayı hedeflemektedir.