

2025 ESC Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Kılavuzunda yeni ve güncellenen öneriler

Dr. Şevval Kılıç

2025 ESC Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Kılavuzunda yeni ve güncellenen öneriler

Hazırlayan: Dr. Şevval Kılıç

Kaynak: De Backer J, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf193.

Yeni öneriler

1. Gebelik Kalp Ekibi

- Yeni kılavuzda “Gebelik Kalp Ekibi” artık ayrı bir başlık altında yer almakta olup, gebelik öncesi değerlendirmeden doğum sonrası döneme kadar tüm süreci kapsamaktadır.
- mWHO 2.0 sınıf IV olgularda, gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin karar süreci, psikolojik destek dâhil, Gebelik Kalp Ekibi tarafından yürütülmelidir (I,C).
- mWHO 2.0 sınıf II–III ve üzeri kardiyovasküler hastalığı olan kadınların, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde ekip tarafından izlenmesi önerilir (I,C).
- Peripartum kardiyomiyopati, konjenital kalp hastalığı veya pulmoner hipertansiyon gibi nedenlerle kalp yetersizliği öyküsü olan kadınlarda, gebelik öncesi BNP/NT-proBNP düzeyleri ölçülmeli ve gebelik boyunca gerektiğinde takip edilmelidir (IIa,B).

2. Hamilelik ve Emzirme Döneminde İlaç Kullanımı

- Bu belgede ilaç kullanımının önemi göz önüne alındığında, bu bölüm öne alınmış ve revize edilmiştir. DOAK'lar gebelik sırasında önerilmez. (III,C)

3. Kardiyomiyopati ve Primer Aritmi Sendromlarında Gebelik

- Doğum şekli:** Kardiyomiyopati hastalarında obstetrik endikasyon yoksa, ciddi KY (EF <30, NYHA III/IV), kontrolsüz aritmi, ciddi LVOT obstrüksiyonu (≥ 50 mmHg) veya doğum sırasında varfarin kullanımı olmadıkça vajinal doğum tercih edilir (I,C).
- Dilate KMP veya gebelikte EF düşüşü olan kadınlara, LV fonksiyonu iyileşse bile sonraki gebelikte nüks riski konusunda danışmanlık verilmelidir (I,C).
- Semptomatik LV disfonksiyonu (EF<50%) veya ciddi LVOT obstrüksiyonu olan HCM'li kadınlar, Gebelik Kalp Ekibi tarafından risk danışmanlığı almalıdır (I,C).
- Miyozin inhibitörleri gebelikte önerilmez (III,C).
- Aritmiler:**
 - Uzun QT Sendromu (LQTS) ve katekolamin duyarlı polimorfik ventriküler taşikardi (CPVT) olan kadınlarda gebelik ve emzirme boyunca nadolol veya propranolol önerilir (I,B–C).
 - LQT2 hastalarında doğum sonrası yüksek risk nedeniyle aynı tedavi sürdürülmelidir.
 - CPVT'de, gebelikte senkop veya VT gelişirse beta bloklere ek olarak flecainid kullanılabilir (I,C).

4. Peripartum Kardiyomiyopati (PPCM)

- PPCM'li kadınlarda genetik danışmanlık ve testler düşünülmelidir.
- Kalp yetersizliğinin geri dönüşümlü olabileceği göz önünde bulundurularak, kılavuzlara uygun kalp yetersizliği tedavisi, sol ventrikül fonksiyonlarının ve ejeksiyon fraksiyonunun tamamen normale dönmesinden sonra en az 12 ay süreyle sürdürülmelidir (IIa,C).

5. Aortopatili hastada gebelik

- Kılavuzun bu yeni versiyonu, kalıtsal torasik aort hastalıklarında gen ve varyant temelli yaklaşımları destekleyen güncel kanıtları içermektedir.
- Aort diseksiyonu veya cerrahi öyküsü bulunan kadınların, genetik varyantın tipi, aort morfolojisi, büyüme hızı ve diseksiyonun nedeni dikkate alınarak, Gebelik Kalp Ekibi tarafından gebelik öncesinde yüksek risk konusunda danışmanlık almaları önerilir (I,C).

6. Bilinen Konjenital Kalp Hastalığı Olan Kadınlarda Gebelik

- Fontan dolaşımına sahip kadınların, gebelikle ilişkili ciddi komplikasyon riski nedeniyle, Gebelik Kalp Ekibi tarafından gebelik öncesi danışmanlık almaları önerilir (I,C).

7. Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonu Olan Kadınlarda Gebelik

- Pulmoner arteriyel hipertansiyonu (PAH) olan doğurganlık çağındaki kadınlara, gebelikle ilişkili ciddi komplikasyon riski nedeniyle multidisipliner ekip danışmanlığı verilmesi ve gebelik kararı için ortak karar sürecinin teşvik edilmesi önerilir (I,C).

8. Gebelik ve Doğum Sonrası Venöz Tromboembolizm

- Derin ven trombozu (DVT) veya pulmoner emboli (PE) şüphesi bulunan hamile ya da doğum sonrası dönemdeki kadınlarda, gecikmeden, geçerliliği kanıtlanmış yöntemlerle acil tanısal değerlendirme yapılması önerilir (I,B).

9. Koroner arter hastalığı ve hamilelik için öneriler

- Göğüs ağrısı olan hamile kadınlarda, hayatı tehdit eden kardiyovasküler nedenler — pulmoner emboli, akut koroner sendrom (AKS, spontan koroner arter diseksiyonu dahil) ve akut aortik sendromlar — mutlaka dışlanmalıdır (I,C).
- Koroner stent uygulanan olgularda, ikili antiplatelet tedavi (aspirin + klopidoğrel) süresi gebelik dışı hastalarla aynı olmalı, ancak iskemik ve doğumla ilişkili kanama riski göz önünde bulundurularak bireysel yaklaşım benimsenmelidir (I,C).
- Aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı tanısı olan kadınlarda, gebelik sırasında statin tedavisinin sürdürülmesi düşünülebilir (IIb,C).

10. Hipertansif Bozukluklar ve Gebelik için Öneriler

- Hamile kadınlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg'nin (<) ve diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nin (<) altında tutulması hedeflenmelidir. (I,B)
- Şiddetli hipertansiyonda, intravenöz labetalol, urapidil, nikardipin veya oral kısa etkili nifedipin ya da metildopa ile ilaç tedavisi kan basıncının akut olarak düşürülmesi için önerilir. İntravenöz hidralazin ikinci basamak bir seçenektir. (I,C)

11. Supraventriküler Taşikardi ve Gebelik için Öneriler

- Artmış tromboembolik risk durumunda, kalıcı ya da sürekli Atrial Fibrillation (AF) olan gebelerde, terapötik dozda düşük molekülü heparin (LMWH) ile antikoagülasyon önerilir. (I,C)
- Flekainid, beta blokerlere ek olarak, gebelikte uzun süreli AF ritim kontrolü için düşünülmelidir. (IIa,C)

12. Ventriküler Taşikardi, Cihaz İmplantasyonu ve Kateter Ablasyonu ve Hamilelik için Öneriler

- Hamilelik sırasında kateter ablasyonu yapılırken, floroskopik olmayan haritalama ve navigasyon sistemlerinin kullanılması düşünülmelidir. (IIa,C)

13. Kardiyak Arrest ve Hamilelik için Öneriler

- Kardiyak arrest olan hamile kadınlarda (≥ 20 hafta) CPR sırasında sürekli manuel sol uterus yer değiştirme, aortokaval kompresyonu hafifletmek için önerilir. (I,C)
- İntravenöz tedavinin gebelik nedeniyle büyümüş uterus tarafından engellenmemesi için intravenöz erişimin diyaframın üzerinde sağlanması önerilmektedir. (I,C)
- Teratojenite endişesi nedeniyle kardiyak arrest geçiren gebelerde hiçbir ilacın kesilmemesi önerilmektedir. (I,C)

14. Konjenital Atriyoventriküler Blok ve gebelik için Öneri

- Asemptomatik konjenital AV bloğu, normal kalp anatomisi ve fonksiyonu, dar QRS kompleksi ve ventriküler hızı (≥ 50 b.p.m.) olan hamile kadınlarda doğum sırasında profilaktik geçici kalp pili kullanılması önerilmez. (III,C)

15. Doğal Kapak Hastalığı ve Gebelik için Öneri

- Gebelik sırasında kapak cerrahisi, ancak anne ölüm riski varsa ve diğer tedavi seçenekleri başarısız olmuşsa düşünülmelidir. (IIa,C)

16. Protez Kapak Hastalığı ve Hamilelik için Öneri

- Doğurganlık çağındaki mekanik kalp kapağı (MHV) bulunan kadınlar için, gebelik öncesinde veya gebelik tespit edilir edilmez, antikoagülasyon stratejisinin (Vitamin K antagonistlerinin [VKA] devam ettirilmesi veya ilk trimesterde terapötik dozda düşük molekül ağırlıklı heparin [LMWH] geçilmesi dahil) belirlendiği bir bakım planının hazırlanması önerilmektedir. (I,C)

17. Kronik ve Akut Kalp Yetmezliği ve Hamilelik için Öneriler

- Gebelerde kardiyojenik şok durumunda, inotrop ve/veya vazopresör kullanımı önerilir; levosimendan, dobutamin ve

milrinon ise önerilen ajanlardır. (I,C)

- ACE-Is, ARBs, ARNIs, MRAs, ivabradine ve SGLT2 inhibitörleri, fetus üzerinde olumsuz etkileri nedeniyle hamilelik sırasında önerilmez. (III,C)

18. Kalp Nakli ve Hamilelik İçin Öneriler

- Bireysel risk faktörleri dikkate alınarak, kalp naklinden en az 1 yıl sonraya kadar hamileliğin ertelenmesi önerilir. (I,C)
- Kalp nakli olan kadınlarda, hamilelik sırasında 32. haftaya kadar her 4 haftada bir, ardından 36. haftaya kadar 2 haftada bir, daha sonra doğuma kadar haftada bir ve doğumdan sonra 6-12 ay boyunca doz ayarlanması için immünosupresyon serum ilaç düzeylerinin izlenmesi önerilir. (I,C)

19. Kardiyolojik ve Gebelik İçin Öneri

- Kardiyotoksik kanser tedavisi gerektiren kanserli hamile kadınların, Gebelik Kalp Ekibi ve kardiyolojik ekibi tarafından ortaklaşa yönetilmesi önerilir. (I,C)

20. Gebelikte Olumsuz Sonuçların Uzun Vadeli Etkileri

- Bu, kılavuzlardaki tamamen yeni bir bölümdür ve APO'ların (Olumsuz Gebelik Sonuçları) önemini daha fazla kabul görmesini yansıtmaktadır.
- APO (Olumsuz Gebelik Sonuçları) geçmişte olan kadınlarda kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılması, kadınlarda Kardiyovasküler Hastalık (KVH) riski değerlendirilirken APO'ların tanınması ve belgelenmesi, kardiyovasküler sağlığı optimize eden sağlıklı yaşam tarzı seçimlerinin önemi hakkında danışmanlık verilmesi önerilmektedir. (I,B)

Yorum:

2018 kılavuzunun yayımlanmasından sonra artan klinik deneyim ve yeni kanıtlar, kardiyovasküler hastalıkların gebelikteki yönetimine dair önemli paradigmaları değiştirmiştir. Kardiyovasküler hastalık (KVH), halen anne ölümleri ve morbiditenin önde gelen nedenlerinden biridir. Bu güncellenmiş kılavuz hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri için daha kanıta dayalı, hasta merkezli ve multidisipliner bir yaklaşım sunmayı amaçlamaktadır.

Yeni sürüm, yalnızca önerilerin güncellenmesini değil, aynı zamanda yapısal bir revizyonu da içermektedir. Gebelik Kalp Ekibi kavramı artık sistematik biçimde tanımlanmış; roller, sorumluluklar ve karar süreçleri netleştirilmiştir. mWHO 2.0 sınıflaması, özellikle II–III ve IV risk gruplarında klinik kararların temelini oluşturur hale gelmiştir. Bu çerçevede, ortak karar verme, psikososyal destek, hasta özerkliği ve uzun dönem planlama ön plana çıkmıştır. Kalp yetmezliği olan kadınlarda ölçüm, izlem ve tedavi parametreleri daha ayrıntılı ve spesifik olarak tanımlanmıştır.

Genetik veya kanalopatiye bağlı aritmi sendromları, kardiyomiyopatiler ve primer aritmiler için gebelik öncesi kapsamlı danışmanlık ve multidisipliner ekip yönetimi zorunluluğu vurgulanmıştır. Önceki kılavuzlarda yer alan “gebelikten kaçınılmalı” yaklaşımının yerini artık bilgilendirme ve paylaşımlı karar alma modeli almıştır. Bu değişim, hastanın değerlerini ve yaşam planlarını daha fazla merkeze alan bir anlayışı yansıtmaktadır.

Kalıtısal torasik aort hastalıkları kapsamında, genetik testler ve varyant-spesifik risk değerlendirmeleri öne çıkarılmış; pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) ve koroner arter hastalığı bulunan kadınlarda ise daha bireyselleştirilmiş, esnek ve risk odaklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Karar süreçlerinde Gebelik Kalp Ekibi'nin koordinasyonu esastır.

Gebelikte hipertansif bozuklukların yönetimi, daha erken müdahale, belirgin tanısal eşikler ve uzun dönem izleme vurgusuyla netleştirilmiştir. Bu güncellemeler, anne-fetal riskleri azaltmayı ve kronik kardiyovasküler sonuçları önlemeyi hedefler.

Aritmi yönetiminde, özellikle SVT ve VT için öneriler “akut”, “uzun dönem” ve “önleme” başlıkları altında sistematikleştirilmiştir. Kateter ablasyonu, tekrarlayan veya ilaç tedavisine uygun olmayan hastalarda güvenli bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca fetal güvenliğin sağlanması için deneyimli merkezlerde uygun tekniklerin kullanımı önerilmiştir.

Kalp yetmezliği yönetiminde levosimendan ve milrinon önerilen ajanlar arasında yer almakta; fetusa potansiyel zararlı etkileri olan ajanlardan kaçınılması vurgulanmaktadır. Kalp nakli sonrası gebelik yüksek riskli kabul edilmekte, kişiselleştirilmiş ve multidisipliner bir yaklaşım önerilmektedir.

Kardiyolojik alanda, kanser tedavisi öyküsü olan kadınlarda gebelik öncesi ayrıntılı kardiyovasküler değerlendirme zorunluluğu getirilmiştir. Gebelik Kalp Ekiplerinin bu süreçte aktif rol alması, ilaç güvenliği ve kardiyotoksikite açısından yakın izlem yapılması önerilmektedir.

Son olarak, adverse pregnancy outcomes (APO) —örneğin preeklampsi, erken doğum, düşük doğum ağırlığı— artık yalnızca gebelik komplikasyonu olarak değil, kadının yaşam boyu kardiyovasküler riskini belirleyen önemli bir biyobelirteç olarak kabul edilmektedir. APO öyküsü olan kadınlarda erken dönemde risk değerlendirmesi, yaşam tarzı değişiklikleri ve uzun dönem kardiyovasküler takip önerilmektedir. Genel olarak 2025 ESC güncellemesi, gebelikte kalp hastalıklarının yönetiminde daha bütüncül, multidisipliner ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sunmakta; hasta özerkliğini ve uzun dönem kadın sağlığını merkeze alan yeni bir dönemi temsil etmektedir.

Revize edilmiş öneriler

Yorum:

ESC 2025 kılavuzu, doğum sırasında endokardit riski taşıyan kadınlarda daha proaktif bir yaklaşımın benimsendiğini göstermektedir. Ayrıca kılavuz, kadınların üreme hakları, risk bilgilendirmesi ve multidisipliner ekip yönetimi üzerinde

özellikle durmaktadır. “Yüksek risk” tanımı netleştirilmeli ve profilaksi uygulanacak hastalar için kurumsal protokoller oluşturulmalıdır. Gebelik öncesi ve doğum planlamasında endokardit riski olan olgular ekip içinde tartışılmalıdır. Kadınların bireyselleştirilmiş risk-fayda değerlendirmesi ve üreme tercihleri daha fazla önem kazanmıştır. Gebelik planlayan yüksek riskli kadınlarda genetik analiz, önceki olayların gözden geçirilmesi ve uzman ekip değerlendirmesi önerilir. Marfan sendromu (MFS) ve HTAD olgularında beta-blokör kullanımı artık daha güçlü şekilde vurgulanmıştır. Yeni kılavuz, kadının kararı ve bilgilendirilmiş onamını merkezine alarak risk yönetiminde multidisipliner ekip kararını esas alır. Bu yaklaşım, bireysel risk toleransını ve tercihleri dikkate alan çağdaş bir bakış açısını yansıtır. Yüksek riskli konjenital kalp hastalarında gebelik planlaması mutlaka Gebelik Kalp Ekibi tarafından yapılmalı; ayrıntılı değerlendirme ve risk-fayda bilgilendirmesi sağlanmalıdır.

Gebelikte akut koroner sendrom (ACS) olgularında, tanı ve tedavi süreci “gebelik = özel durum” anlayışıyla değil, uygun koşullar altında standart kardiyovasküler yaklaşımla yürütülmelidir.

Genel olarak ESC 2025 kılavuzu, kadının üreme kararı, bilgilendirilmiş onam, genetik danışmanlık ve uzun dönem izlem konularında daha hasta merkezli, sistematik ve disiplinler arası bir yaklaşımı benimsemektedir.