

Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetimine İlişkin 2025 ESC Kılavuzunun Temel Mesajları ve Sınırlılıkları

Dr. Süleyman Atalay

Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetimine İlişkin 2025 ESC Kılavuzunun Temel Mesajları ve Sınırlılıkları

Hazırlayan: Dr. Süleyman Atalay

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.

Temel Mesajlar

- mWHO 2.0 sınıf $\geq$ II–III risk grubundaki kadınlarda, gebelik öncesinden geç postpartum döneme kadar risk değerlendirmesi, danışmanlık ve tedavi yönetiminde Gebelik Kalp Ekibi aktif olarak yer almalıdır. Her hastaya özel, ayrıntılı bir doğum planı hazırlanmalıdır.
- Kardiyovasküler hastalığı olan kadınlarda gebelik öncesi kapsamlı klinik değerlendirme yapılmalı, risk tahmini ve ilaç düzenlemeleri planlanmalıdır.
- Kadınlara ve varsa eşlerine, özellikle yüksek riskli hastalarda veya gebeliğin sonlandırılması düşünülüyorsa, gebelik sürecinin tamamı boyunca psikososyal destek sunulmalıdır.
- Kalıtsal kardiyovasküler hastalığı olan kadınlara, hastalığın genetik geçiş riski ve gerekirse yardımcı üreme teknikleri seçenekleri hakkında genetik danışmanlık verilmelidir.
- Gebelik planlayan veya gebelikte kardiyovasküler hastalığı bulunan kadınlarda yönetim, kadının tercihleri gözetilerek ortak karar verme modeliyle planlanmalıdır.
- mWHO 2.0 sınıf IV kadınlarda gebeliğin son derece yüksek riskli olduğu açık ve ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Anne ve fetüs açısından ciddi riskler tartışılmalı; gerekli durumlarda gebeliğin sonlandırılması seçeneğini de içeren ortak karar verme süreci sağlanmalıdır.
- Kardiyovasküler hastalığı olan olguların büyük çoğunluğunda vajinal doğum birinci tercih olmalıdır. Yaşamı tehdit eden durumlarda defibrilasyon, girişimsel işlemler, koroner revaskülarizasyon, mekanik dolaşım desteği ve ilaç tedavileri — kontrendikasyonlardan bağımsız olarak— gebe olmayan kadınlara uygulanan standartlarla aynı şekilde uygulanmalıdır.
- İyonizan radyasyon içeren non-invaziv görüntüleme yöntemleri gebelikte yalnızca maternal ve fetal risklere kıyasla belirgin klinik fayda bekleniyor ve yönetimi değiştirecekse kullanılmalıdır.
- Uzun QT sendromu ve katekolaminerjik polimorfik VT olan gebelerde, fetal büyüme takibi ile birlikte gebelik boyunca beta-bloker tedavisinin sürdürülmesi önerilir (atenolol kontrendikedir). Tercih edilmesi gereken ajanlar propranolol ve nadololdür.
- LQT2 alt tipinde postpartum dönem ayrı bir yüksek riskli faz olarak kabul edilmekte olup, postpartum dönemde beta-blokerlerin tam dozda devamı şiddetle önerilir.
- Peripartum kardiyomiyopati olgularında genetik test yapılması düşünülmelidir.
- Peripartum kardiyomiyopati veya dilate kardiyomiyopatisi olan kadınlarda, sol ventrikül fonksiyonu normal düzeye dönmemişse, sonraki gebelik önerilmez.
- Gebelik planlayan ve aort patolojisi olan kadınlarda genetik test yapılmalı ve yönetim, saptanan patojenik veya olası patojenik varyantların varlığı ve tipine göre planlanmalıdır.
- Aşağıdaki konjenital kalp hastalıklarına sahip kadınlara, gebeliğin çok yüksek riskleri nedeniyle Gebelik Kalp Ekibi tarafından uzman danışmanlık verilmeli, riskler ayrıntılı ve şeffaf şekilde tartışılmalı ve ortak karar verme süreci sağlanmalıdır:
 - Sistemik sağ ventrikül** varlığı ve NYHA sınıf III–IV semptom düzeyi, EF < %40 olan ventrikül disfonksiyonu, orta-ileri triküspit yetmezliği veya tedavi gerektiren kalp yetersizliği.
 - Fontan sirkülasyonu** olan, oksijen satürasyonu <%85, ventrikül fonksiyonunda azalma, ciddi aritmiler veya NYHA III–IV sınıf semptomları olan hastalar.
- Pulmoner arter basıncı yüksekliğinde gebelik için güvenli kabul edilen bir eşik değer bulunmamaktadır.
- Doğurganlık çağındaki pulmoner arteriyel hipertansiyon hastalarına, tanı konduğu anda gebelikle ilişkili yüksek riskler ve belirsizlikler hakkında danışmanlık verilmelidir.
- Derin ven trombozu veya pulmoner emboli şüphesi, doğrulanmış tanısız yöntemlerle, vakit kaybetmeden multidisipliner bir uzman ekip tarafından değerlendirilmelidir.
- Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH/LMWH), gebelikte venöz tromboembolizm profilaksisi ve tedavisinde birinci tercih ilaçtır.
- Gebelikte kalp yetersizliği tedavisinde, ACE inhibitörleri, ARB'ler, direkt renin inhibitörleri, sakubitril–valsartan (ARNI), mineralokortikoid reseptör antagonistleri ve SGLT2 inhibitörleri önerilmez. İnotrop veya daha ileri tedavi gereksiniminde hastaların uzman merkezlere yönlendirilmesi önerilir.
- Mümkünse, mekanik kalp kapakları doğurganlık çağındaki kız çocukları ve kadınlarda tercih edilmemelidir.
- Hipertansiyon tedavisinde gebelik boyunca metildopa, labetalol ve kalsiyum kanal blokerleri önerilir.

- Preeklampsia açısından yüksek veya orta riskli kadınlara, 12. gebelik haftasından 36/37. haftaya kadar günlük 75–100 mg asetilsalisilik asit (ASA) kullanmaları önerilmektedir.
- Kalp nakli sonrasında, bireysel risk faktörleri dikkate alınarak gebeliğin en az 1 yıl ertelenmesi tavsiye edilir.
- Advers gebelik sonuçları (APO – örn. preeklampsia, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği vb.) yaşayan kadınlar, uzun dönem kardiyovasküler riskler, korunma stratejileri hakkında bilgilendirilmeli; gerekirse psikososyal destek dâhil olmak üzere uygun takip programlarına yönlendirilmelidir.

Yorum:

Gebelik ve kardiyovasküler hastalık yönetimine dair “Key Messages” bölümü, klinik uygulamada artık standardın bireysel hekim kararını aşarak multidisipliner bir yaklaşıma dönüştüğünü vurgulamaktadır. “Pregnancy Heart Team” kavramı, mWHO II ve üzeri risk sınıfındaki her kadın için gebelik öncesinden postpartum döneme kadar risk değerlendirmesi, tedavi optimizasyonu, ilaç düzenlemesi ve doğum planlamasının sistematik şekilde yapılmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu yaklaşım sadece medikal değil, aynı zamanda etik açıdan da önemlidir; zira kılavuz, kadının özerkliğine saygı duyularak ortak karar verme modelini ön plana çıkarır. Özellikle mWHO IV gibi çok yüksek riskli durumlarda gebeliğin tıbben önerilmemesine rağmen, kararın hasta ile birlikte şeffaf biçimde değerlendirilmesini ve gerekirse gebeliğin sonlandırılması seçeneğinin dahi bilimsel ve etik çerçevede sunulmasını belirtir. Vajinal doğumun çoğu durumda ilk tercih olması, acil durumlarda defibrilasyon, girişimsel işlemler veya mekanik dolaşım desteğinin geciktirilmeden uygulanması gerektiği bilgisi de bu bölümde yer alan önemli klinik mesajlardır.

Sınırlılıklar

Gebelik Öncesi Danışmanlık ve Değerlendirme

- Kardiyovasküler hastalığı (KVH) olan kadınlarda yardımcı üreme tekniklerinin (ART) olumsuz etkilerine ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır.

Tanısal Yöntemler

- Gebelik veya laktasyon döneminde ekokardiyografi kontrast ajanlarının güvenliği ile ilgili veri eksikliği bulunmaktadır.
- Gadolinyum bazlı kontrast maddelerin gebelikte kullanımı konusunda çelişkili sonuçlar mevcuttur.
- Gebelikte NT-proBNP için belirlenmiş güvenilir sınır değerler (cut-off) bulunmamaktadır.
- Troponin I (cTnI) ve Troponin T (cTnT) için gebelik ve postpartum döneme özgü normatif referans değerler tanımlanmamıştır.
- Gebelikte akciğer ultrasonunun normal görüntüleme patternlerine ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır.

Gebelik ve Laktasyon Döneminde İlaç Kullanımı

- Gebelikte DOAC’lar (direkt oral antikoagülanlar) ve bunların antidotları (idarucizumab, andexanet alfa, cirapantag) ile ilgili güvenlik verileri yetersizdir.
- Yeni nesil antiaritmik ilaçlar ve hız kontrol ajanlarının (vernakalant, ivabradin, landiolol) gebelikte güvenliğine dair veri eksikliği bulunmaktadır.

Kardiyomiyopatiler ve Primer Aritmi Sendromları

- Farklı kardiyomiyopati ve primer aritmi sendromlarında, gebelik sırasında gene-spesifik yönetim stratejilerine ilişkin mevcut veriler oldukça sınırlıdır.

Peripartum Kardiyomiyopati (PPCM)

- PPCM’de kalp fonksiyonunun toparlanma potansiyeli tam olarak aydınlatılamamıştır ve sonraki gebeliklerde ortaya çıkabilecek riskler net şekilde tanımlanmamıştır.

Aortopatiler

- Daha önce aort diseksiyonu geçirmiş ve/veya aort kökü cerrahisi uygulanmış kadınlarda gebelik riskinin doğru şekilde belirlenebilmesi için daha fazla veriye ihtiyaç vardır.
- Postpartum dönemde aort diseksiyonu gelişimine yol açan risk faktörleri tam olarak anlaşılamamıştır; bu durum hasta danışmanlığını güçleştirmektedir.
- Biküspit aort kapaklı (BAV) kadınlarda, aort kökü fenotipi ile çıkan aort fenotipi arasında ayırım yapılmasının, profilaktik cerrahi eşik değerlerini (gebelik dışı kadınlarda olduğu gibi) değiştirip değiştirmeyeceği net değildir.

Konjenital Kalp Hastalığı

- Özellikle Fontan sirkülasyonu veya tek ventriküllü kalbi olan kadınlarda, gebeliğin riskleri ve uzun dönem etkilerinin (çoklu gebelikler dâhil) daha iyi belirlenebilmesi için daha fazla veriye ihtiyaç vardır.
- Sistemik sağ ventrikül yetersizliği olan gebelerde kalp yetmezliği ve aritmi gelişimine neden olan risk faktörleri yeterince tanımlanamamıştır.

Pulmoner Hipertansiyon

- Gebelikte komplike olmuş pulmoner arteriyel hipertansiyonda (PAH), tedaviye başlama veya tedaviyi yoğunlaştırma (eskalasyon) için optimal zamanlamanın belirlenmesi hâlâ önemli bir zorluktur.

Venöz Tromboemboli (VTE)

- Gebelikte venöz tromboembolinin risk sınıflandırmasına yönelik veri kısıtlıdır, özellikle ek komorbiditesi bulunan kadınlarda.
- LMWH dışındaki antikoagülanların kullanımı, ayrıca inferior vena kava (IVC) filtresi uygulanması ve pulmoner embolide kateter temelli trombektomi işlemlerinin etkinlik ve güvenliliği konusunda veri eksikliği bulunmaktadır.

Yorum:

“Gaps in Evidence” kısmı bu güçlü önerilerin ardında hâlâ bilimsel bilinmezlikler bulunduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Gebelikte NT-proBNP, troponin I/T gibi kardiyak biyobelirteçlerin normal referans aralıklarının olmaması; ekokardiyografik kontrast ajanlar, gadolinyum, DOAC’lar, SGLT2 inhibitörleri gibi ilaç ve görüntüleme tekniklerinin güvenliğine dair veri yetersizliği; PPCM hastalarında sol ventrikül fonksiyonu toparlanmamışsa ikinci gebeliğin gerçek risk düzeyinin belirsiz olması gibi konular, klinisyenlerin karar süreçlerini zorlaştırmaktadır. Ayrıca Fontan dolaşımı, sistemik sağ ventrikül, aortopatiler veya pulmoner hipertansiyon gibi kompleks kardiyak durumlarda gebeliğin uzun dönem etkilerini değerlendiren prospektif veri eksikliği sürmektedir. Bu açılar, mevcut kılavuz önerilerinin bir kısmının güçlü kanıtlara değil, uzman görüşü ve gözlemsel çalışmalara dayandığını göstermekte; gelecekte yapılacak çok merkezli, prospektif araştırmaların hem hasta takibinde hem de uluslararası rehberlerin güncellenmesinde kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır.