



# ESC 2025 Kalp Kapak Hastalıkları Kılavuzunda Yeni Gelen ve Değişen Öneriler

## New and Updated Recommendations in the ESC 2025 Valvular Heart Disease Guideline

© Sinem Çakal, © Muhammed İyad Altabel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Öz

Son yıllarda kalp kapak hastalıklarına ilişkin pek çok yeni randomize klinik çalışma yapılmış olması nedeniyle klinik pratiğin güncellemesi amaçlanarak, Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kalp kapak hastalıkları kılavuzu 2025 yılında yenilendi. Minimal invaziv yöntemler alanında teknolojik gelişmeler ve bunların uzun dönem sonuçları, gelişen tanısal görüntüleme tekniklerinin daha etkin kullanımı ile çoklu kapak hastalığı veya eşlik eden koroner lezyonların yönetiminin daha net tanımlanması, hastaya özel karar verme, multidisipliner “kalp takımı” yaklaşımı ve merkez tercihi konularına daha güçlü vurgular yapıldı. Bu kılavuzda, bilimsel gelişmelerle klinik uygulama arasındaki boşluğu kapatmak, tedavinin zamanlamasını ve seçimlerini daha kesin ve uygulaması tutarlı hale getirmek amaçlanmıştır. Biz de bu derlemede ESC 2025 kalp kapak hastalıkları kılavuzunda yeni ve değişen önerilerini yorumlayarak, güncel bilgileri aktarmayı hedefledik.

**Anahtar Kelimeler:** Kalp kapak hastalıkları, aort kapak, mitral kapak, triküspit kapak, mekanik kalp kapağı, biyoprotez kalp kapağı, TAVI, TEER, oral antikoagülan

### Abstract

In recent years, a substantial number of new randomized clinical trials have been conducted in the field of valvular heart disease. In light of these developments, and with the aim of updating clinical practice, the 2025 European Society of Cardiology (ESC) guidelines for the management of valvular heart disease have been revised. The updated guideline places a stronger emphasis on technological advancements in minimally invasive interventions and their long-term outcomes; the expanded application of advanced diagnostic imaging modalities; a more precise definition of the management of multivalvular disease and concomitant coronary lesions; as well as the importance of individualized patient-centered decision-making, the multidisciplinary “heart team” approach, and center expertise. The overarching objective of this revision is to bridge the gap between scientific evidence and clinical implementation, thereby promoting greater precision and consistency in the timing and selection of therapeutic interventions. In this review, we aim to analyze and interpret the novel and updated recommendations presented in the 2025 ESC guidelines for valvular heart disease, and to provide a concise summary of the most current evidence to inform clinical practice.

**Keywords:** Valvular heart disease, aortic valve, mitral valve, tricuspid valve, mechanical heart valve, bioprosthetic heart valve, TAVI, TEER, oral anticoagulant



**Address for Correspondence/Yazar Adresi:** Doç. Dr. Sinem Çakal, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**E-mail:** sinemdnzcakal@gmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0003-2714-4584

**Received/Geliş Tarihi:** 06.12.2025 **Accepted/Kabul Tarihi:** 22.03.2026 **Published Date/Yayınlanma Tarihi:** 30.04.2026

**Cite this article as/Atıf:** Çakal S, Altabel Mİ. New and updated recommendations in the ESC 2025 valvular heart disease guideline. Bull Cardiovasc Acad. 2026;4(1):1-4



Copyright © 2026 Yazar(lar). Kardiyovasküler Akademi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makedir.

## GİRİŞ

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kalp kapak hastalıkları kılavuzu (1), yeni yapılan pek çok randomize kontrollü çalışma ve metaanaliz nedeniyle 2025 yılında yenilendi. Transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI), uç uca mitral ve triküspit kapak tamirleri, minimal invaziv mitral cerrahi yöntemleri alanındaki teknolojik gelişmeler ve bunların uzun dönem sonuçları, 3D ekokardiyografi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) daha etkin kullanımı ile kapak hastalığı ve bunlara eşlik eden koroner lezyonların yönetiminin daha net tanımlanması bu kılavuzun yenilenmesinde ana gerekçeler oldu. Hastaya özel karar verme yaklaşımı kılavuzda ön plana çıkarken, multidisipliner hasta yönetimi ve “kalp takımı” yaklaşımına bu kılavuzda daha güçlü vurgulamalar yapıldı. ESC 2025 kapak hastalıkları kılavuzunda (1), bilimsel gelişmelerle klinik uygulama arasındaki boşluğu kapatmak hedeflenmiş olup, tedavinin zamanlamasını ve seçimlerini daha kesin ve uygulaması tutarlı hale getirmek amaçlanmıştır.

**Erken Müdahale Yaklaşımı:** Daha önceki kılavuzlarda asemptomatik hastalarda ön planda izlem önerilirken, bu kılavuz (1) girişimsel tedavileri biraz daha ön plana çıkarmış. Özellikle asemptomatik ileri aort darlığında erken girişim düşünülmesi vurgulanmış (Şekil 1). Ek prognostik özelliklerin (çok yüksek  $V_{max}$ , kalsifikasyon derecesi, natriüretik peptidler, hızlı progresyon) göz önünde bulundurulması önerilmiştir. TAVI kullanım alanının genişletilmesi hedeflenerek, yaş kriterinde değişiklik yapılmış olup, aort kapak darlığı olan, triküspit anatomili hastalarda TAVI'ye yönelik yaş sınırının 75'ten 70'e çekilmesi (uygun anatomik hastalarda) önerilmiştir (1). Cerrahi (aort kapak replasmanı) yaklaşımın hala genç ve düşük riskli

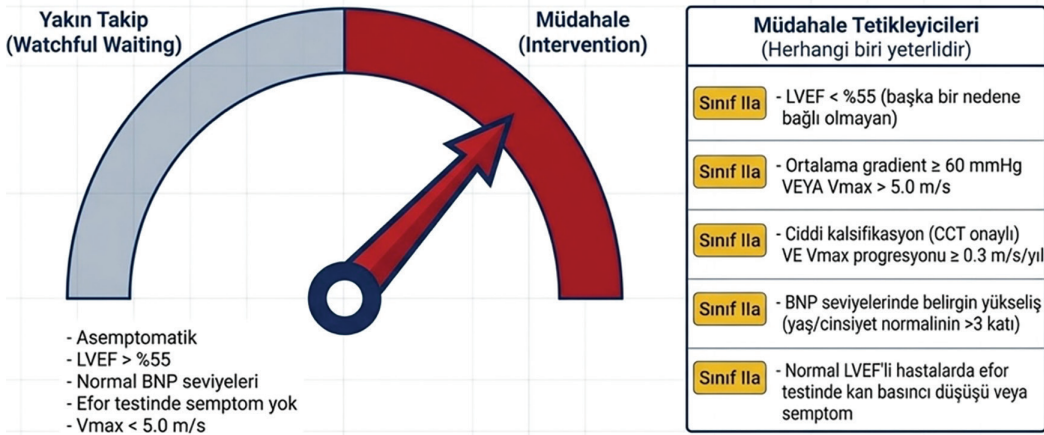
hastalar için geçerli olması, özellikle biküspid anatomide cerrahi tercihin devamı vurgulanmıştır (1).

**Mitral Kapak Hastalıklarında Değişen Öneriler:** Primer mitral yetersizlikte (MY), cerrahi onarımının erken dönemde, asemptomatik hastalarda belirli kriterlerle düşünülmesi önerilmiştir (1). Ventriküler sekonder MY için transkateter uç uca tamir (TEER) yaklaşımı, daha güçlü öneriyle vurgulanmış olup, hemodinamik olarak stabil, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu  $<50\%$  olan, ileri ventriküler sekonder MY'de optimal medikal tedavi ve kardiyak resenkronizasyon tedavisi dahil tüm tedaviler sonrası halen asemptomatik olan hastalarda, hastane yatışlarını azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için, TEER tedavisi sınıf I öneriye yükseltilmiştir (1).

**Triküspit Kapak Tedavisi Güçlendirilmesi:** Orta veya ileri triküspit yetmezliği (TY) eşlik eden, sol taraf kapak cerrahisi yapılacak hastalarda, triküspit tamir önerisi kuvvetlendirilmiştir (1). Yüksek riskli hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek için, triküspit kapağa transkateter tedavilerin (tamir ya da değişim) değerlendirilmesi önerilmiştir (1). Şiddetli sağ ventrikül (SV) disfonksiyonu veya prekapiller pulmoner hipertansiyon bulunmayan, optimal medikal tedaviye rağmen asemptomatik ileri TY hastalarında, yaşam kalitesini artırmak ve SV remodelling önlemek amacıyla transkateter triküspit kapak tedavisi öneri sınıfı II'a yükseltilmiştir (1).

**Gelişmiş Görüntüleme ve Net Tanımlamalar:** Kılavuz (1), ekokardiyografi yanında BT ve MRG'nin daha sistematik kullanımını vurgulamış (özellikle anatomik detay değerlendirme açısından). TAVI adaylarında, prosedürel planlama için yapılan BT anjiyografi, anlamlı koroner arter hastalığını dışlamak için yeterli ise, invaziv koroner anjiyografinin atlanması önerilmiştir (1).

## Aort Darlığı (AS): Asemptomatik Hastalarda Erken Müdahale



**Şekil 1.** Asemptomatik ileri aort setnozunda erken müdahale endikasyonları  
LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, BNP: B-tipi natriüretik peptid, CCT: Kardiyak bilgisayarlı tomografi (Şekil, NotebookLM kullanılarak oluşturulmuştur.)

Birden çok kapak hastalığı/kombine lezyon yönetimi için daha açık algoritmalar ve öneriler eklenmiştir. Hastaya özel karar verme, merkez tercihi, kalp takımı yaklaşımı oldukça fazla vurgulanmış olup, özellikle karmaşık olgular için yüksek hacimli, deneyimli kalp kapak merkezlerine yönlendirme önerisi güçlendirilmiştir (1).

**Mekanik Kapak Trombüsüne Yaklaşım:** Mekanik kapakta >10 mm trombüs varsa ve tromboemboli yaptıysa tedavisinin cerrahi olması gerektiği vurgulanmıştır (1). Obstrüktif trombüse bağlı New York Kalp Derneği 3-4 semptomatik kalp yetmezliği geliştirse cerrahi (pannus, rekürren tromboembolik olay, büyük trombüs, kardiyojenik şok varsa) veya fibronolitik (cerrahi yüksek riskli ise, sağ taraf protezlerde ise) tedavi uygulanması önerilmiştir (1). Uluslararası normleştirilmiş oran (INR) efektifse INR'nin 0,5 ünite artırılması veya düşük doz asetil salisilik asit (ASA) eklenmesi vurgulanırken, INR inefektifse efektif olana kadar köprüleme yapılması üzerinde durulmuştur. Hala trombüs varsa ve obstrüksiyon veya tromboemboli yapıyorsa cerrahi veya fibrinolitik tedavi verilmesi önerilmiştir (1).

**Özel Alt Gruplar ve Ek Konular:** Kadınlara özgü değerlendirme konularına özel bölüm eklenmiş, cinsiyete bağlı anatomik/fizyolojik farkların göz önünde bulundurulması önerilmiştir (1). Kapak protez rejenerasyonu/protez disfonksiyon yönetim stratejileri güncellenmiştir (1). Mitral veya triküspit pozisyonundaki biyoprotezlerde transkateter transvenöz "valve-in-valve" implantasyonu; orta veya yüksek cerrahi riski olan ve uygun

anatomiyeye sahip hastalarda önerilmiştir (1). Antiagregan ve antikoagülan yönetimi daha detaylı ve net ifadelerle anlatılmıştır.

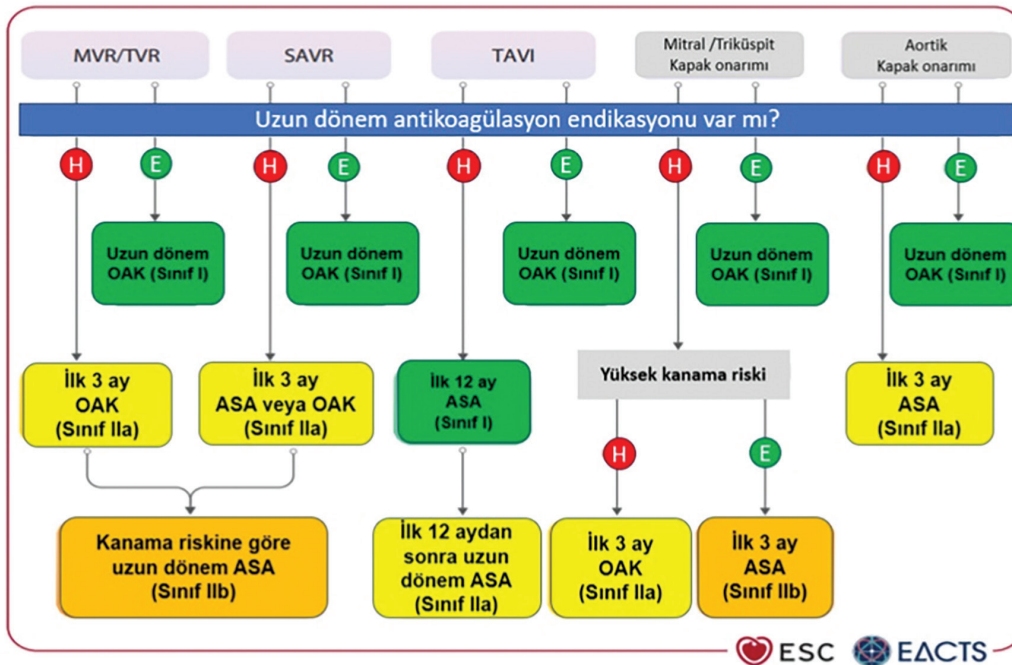
### ESC 2025 Kapak Hastalıkları Kılavuzuna Göre Hastaya Ne Zaman Oral Antikoagülan, Ne Zaman Antiagregan Verilmelidir (Şekil 2)?

Mitral ve triküspit biyoprotez ameliyatı olan hastalarda, atriyal fibrillasyon (AF) olsun olmasın ilk 3 ay vitamin k antagonisti (VKA) verilmesi, AF varsa 3 aydan sonra NOAK'nın, VKA'ya tercih edilmesi, AF yoksa 3 aydan sonra ömür boyu düşük doz (75-100 mg/gün) ASA düşünülmesi önerilmiştir (1).

Mitral veya triküspit kapak onarımı yapılan hastalarda, AF olsun olmasın, ilk 3 ay NOAK veya VKA verilmesi, AF nedenli oral antikoagülan (OAK) endikasyonu varsa 3 aydan sonra NOAK ile devam edilmemesi, AF yoksa ve kanama riski yüksekse belki düşük doz ASA düşünülmesi önerilmiştir (1).

Aort biyoprotez ameliyatı yapılan hastalarda, AF yoksa ilk 3 ay düşük doz ASA veya VKA düşünülmesi, AF varsa, ilk 3 ay VKA düşünülmesi, 3 aydan sonra NOAK'nın, VKA'ya tercih edilmesi, AF yoksa 3 aydan sonra ömür boyu düşük doz ASA düşünülmesi önerilmiştir (1).

Transkateter aort kapak implantasyonu yapılan hastalarda, AF nedenli OAK endikasyonu yoksa ilk 12 ay düşük doz ASA eklenmesi, 12 aydan sonra ASA devam edilmesi önerilirken, dual antiplatelet tedavi kesinlikle önerilmez (1).



Şekil 2. Biyolojik kalp kapağı implantasyonu veya cerrahi kapak onarımı sonrası antitrombotik tedavi (1)

ASA: Asetilsalisilik asit, MVR: Mitral kapak replasmanı, OAK: Oral antikoagülan, SAVR: Cerrahi aort kapak replasmanı, TAVI: Transkateter aort kapak implantasyonu, ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği

Aort kapak onarımı yapılan hastalarda, AF yoksa ilk 3 ay düşük doz ASA düşünülmesi, AF nedenli OAK endikasyonu varsa, ilk 3 ay NOAK veya VKA verilmesi, 3 aydan sonra NOAK'nın, VKA'ya tercih edilmesi önerilmiştir (1).

NOAK'nın mutlak kontrendike olduğu durumlar, AF olup MVA <2 cm 2 romatizmal mitral stenozu olan hastalar ve mekanik protez kapaklardır (1).

VKA yanında düşük doz ASA eklenmesi gereken durumlar bu kılavuzda AF kılavuzundan biraz daha farklı olup, TTR >%60 olan INR'ye rağmen majör tromboembolik komplikasyon gelişen mekanik kapak hastalarında, INR hedefi ve aralığı 0,5 ünite artırılması veya düşük doz ASA eklenmesi ve semptomatik ateroskleroza olan mekanik kapak hastalarında, bireysel kanama riskleri değerlendirilerek, VKA yanına düşük doz ASA eklenmesi, şeklinde güncellenmiştir (1).

## SONUÇ

Hastaya özel karar verme (patient-centred care), multidisipliner "kalp takımı" yaklaşımı ve merkez tercihi konularına daha güçlü vurgular yapılan bu kılavuzda (1), bilimsel gelişmelerle klinik uygulama arasındaki boşluğu kapatmak, tedavinin zamanlamasını ve seçimlerini daha

kesin ve uygulaması tutarlı hale getirmek hedeflenmiş olup, asemptomatik kapak hastalıklarında artık daha erken cerrahi ve perkütan girişimin önü açılmıştır.

### \*Etik

### Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: S.Ç., Konsept: S.Ç., Dizayn: S.Ç., Veri Toplama veya İşleme: M.İ.A., Analiz veya Yorumlama: S.Ç., Literatür Arama: S.Ç., Yazan: M.İ.A.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Herhangi bir kurum veya kuruluşun finansal destek alınmamıştır.

## KAYNAKLAR

1. Praz F, Borger MA, Lanz J, Marin-Cuartas M, Abreu A, Adamo M, et al.; ESC/EACTS Scientific Document Group. 2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: developed by the task force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2025;46(44):4635-4736.