

DER KARDIOBRIEF

NEUES AUS DER KARDIOLOGIE UND
GEFÄSSMEDIZIN | 1/2024

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

eine große interdisziplinäre Herausforderung stellen Patienten mit onkologischen Erkrankungen dar, die gleichzeitig an Herzinsuffizienz, Klappenvitien oder koronarer Herzerkrankung leiden. Wie soll die antithrombotische Therapie gesteuert werden, während und nach einer potenziell zytoreduktiven Therapie? Auch das Thema der Krebs-assoziierten Kardiotoxizität gewinnt mit den vielen neuen Therapiemöglichkeiten zunehmend an Bedeutung. Wie kann diese erkannt und vermieden werden? Welche kardiologischen Kontrollen sind notwendig und sinnvoll? Für all diese Fragen hat die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) nun eine eigene Pocket-Leitlinie Onkokardiologie vorgestellt.

Herzliche kollegiale Grüße aus Ruit
Ihr Christian Herdeg

DAS WICHTIGE THEMA

ESC-LEITLINIE ONKOKARDIOLOGIE

Die Prävention kardiovaskulärer Nebenwirkungen richtet sich nach der jeweiligen Phase der onkologischen Therapie, und lässt sich in mehrere Phasen unterteilen. Die erste Phase besteht in der onkokardiologischen Erstvorstellung nach Diagnosestellung sowie Festlegung der geplanten Krebstherapie, aber noch vor Einleitung einer Therapie. Jeder Patient bedarf einer Risikoabschätzung für die Entwicklung einer Krebstherapie-assoziierten Kardiotoxizität vor Therapiebeginn (Klasse-IB-Empfehlung). Bei ca. 500.000 Krebsneuerkrankungen pro Jahr ist klar, dass die erste Risikoabschätzung durch die behandelnde Onkologie/Hämатologie erfolgen muss. Bei Patienten mit hoher oder sehr hoher Risikokonstellation und selektierten Patienten mit mittlerem Risiko wird eine dezidierte onkokardiologische Vorstellung empfohlen. Die Leitlinie betont, dass Niedrigrisikopatienten ohne Verzögerung einer Therapie zugeführt werden sollen (Klasse-IC-Empfehlung).

Die Risikobestimmung erfolgt auf Basis des therapieassoziierten Risikos sowie des individuellen, patientenassoziierten Risikos. Bei Patienten, welche bereits in der Vergangenheit eine Krebstherapie erhalten haben, kann das Risiko zusätzlich erhöht sein. Das klassische kardiovaskuläre Risikoprofil mit Erfassung von arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie und Nikotinabusus gilt als Risikofaktor für kardiovaskuläre Nebenwirkungen vieler Substanzklassen. Obwohl die Score-basierte Erfassung mittels des SCORE2 der ESC nicht für Krebspatienten validiert ist, wird die Verwendung bei Patienten > 40 Jahren empfohlen. Patienten mit kardiovaskulärer Vorerkrankung benötigen eine dezidierte Erfassung der Art und Schwere der bestehenden Erkrankung, oft auch auf Basis weiterer diagnostischer Modalitäten wie einer Stress-Echokardiografie oder einer (CT)-Koronarangiografie.

Die Erfassung des therapieassoziierten Risikos basiert auf der Therapiemodalität, der Substanzklasse, der kumulativen Dosis sowie weiterer Modalitäten wie eine Kombinationstherapie der Applikationsart. Als Beispiel für die Beurteilung eines therapieassoziierten Risikos sei die Anthrazyklin-Chemotherapie genannt: eine Hochrisikokonstellation besteht bei einer kumulativen Dosis von 250 mg/m² Doxorubicin-Äquivalent. Weitere Risikofaktoren sind eine vorangegangene Therapie mit Trastuzumab, eine weitere Chemotherapie oder eine thorakale Bestrahlung

Die Heart Failure Association-International Cardio-Oncology Society (HFA-IC-OS) bietet eine strukturierte Risikoeinteilung anhand definierter Variablen für die gebräuchlichsten Substanzklassen. Diese Basisrisiko-Tabelle erfasst vorbestehende Erkrankungen, das kardiovaskuläre Risikoprofil, die linksventrikuläre Funktion und kardiale Biomarker und kann durch die behandelnde Onkologie/Hämатologie ohne Notwendigkeit einer spezifischen onkokardiologischen Vorstellung erhoben werden.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450
FAX 0711 / 4488-11459
E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de

Vertrauen.Können

In der Basisdiagnostik vor Einleitung einer Krebstherapie kommen Ruhe-EKG, transthorakale Echokardiografie (TTE) und die kardialen Biomarker Troponin sowie NT-proBNP zum Einsatz. Die kardiale MRT bleibt spezifischen Fragestellungen als Zusatzdiagnostik vorbehalten. Die apparative Diagnostik vor Therapiebeginn dient auch zur Festlegung von Basisparametern, um dann unter Therapie eine entsprechende Dynamik feststellen zu können.

Alle Patienten sollten vor der Krebstherapie ein 12-Kanal-EKG erhalten. Die Beurteilung der QTc-Zeit vor Therapiebeginn ist wichtig, da viele Substanzklassen eine Verlängerung der QTc-Zeit verursachen können.

Die TTE ist die primäre Modalität zur Evaluation der kardialen Funktion. Wann immer möglich sollte die dreidimensionale Analyse der linksventrikulären Ejektionsfraktion der zweidimensionalen Bestimmung vorgezogen werden. Bei jedem Patienten sollte der „Global Longitudinal Strain“ quantifiziert werden, da dies für verbreitete Therapieformen, wie der Anthrazyklin-Chemotherapie, als Basis für die Definition einer Kardiotoxizität dient. Die Bestimmung von Troponin und NT-proBNP wird bei allen Patienten empfohlen, die dem Risiko einer kardiovaskulären Nebenwirkung ausgesetzt werden. Insbesondere für die Entwicklung einer linksventrikulären Dysfunktion unter Anthrazyklin-Chemotherapie oder Trastuzumab, für die Immuncheckpoint-Inhibitor-assoziierte Myokarditis und für das schwere „cytokine release syndrome“ bei Chimeric antigen receptor (CAR)-T-Zell-Therapie ist Troponin ein wichtiger Verlaufsparemeter.

KOMMENTAR

Die Onkokardiologie ist eine junge Subspezialität. Auf nationaler Ebene wurde erst 2018 eine gemeinsame Arbeitsgruppe zwischen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) gegründet. Durch die dramatischen Verbesserungen in der aktuellen Therapie von Tumorerkrankungen überleben heute immer mehr Patienten; und sie werden immer älter. Der Nutzen immer neuer, auch aggressiverer Tumortheraipen wird aber zum Teil wesentlich durch kardiovaskuläre Nebenwirkungen eingeschränkt. Es war also nur eine Frage der Zeit, wann es hierzu eine eigene Leitlinie geben würde.

2022 war es soweit. Und die neue ESC-Leitlinie enthält bereits 88 (!) Seiten extrem kondensierter und detaillierter Empfehlungen. Von allgemeinen Empfehlungen zur langfristigen Nachsorge und chronischen kardiovaskulären Komplikationen bei Krebsüberlebenden bis hin zu ganz konkreten Handlungsanweisungen bei spezifischen Kollektiven wie schwangeren Patientinnen mit Krebs finden sich hier sehr wichtige und dezidierte Empfehlungen. Lektüre unbedingt lesenswert!

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern

