

Chemotherapie und kardiale Toxizität

ESC veröffentlicht Positionspapier zur Kardiotoxikologie

Moderne onkologische Therapien haben die Überlebenschancen bei den meisten Malignomen deutlich verbessert. Allerdings sind sie in der Regel auch mit erheblichen Toxizitäten verbunden. Diese Toxizitäten betreffen nicht selten das Herz. Die ESC reagiert mit einem Positionspapier zur Kardiotoxikologie.

Aufgrund der Wirksamkeit onkologischer Therapien und des verbesserten Langzeitüberlebens vieler Krebspatienten werden Kardiologen immer häufiger nicht nur mit akuter Kardiotoxizität, sondern auch mit kardialen Spätschäden infolge toxischer Krebstherapien konfrontiert. Angesichts dieser Situation hat die ESC unter der Aufsicht ihres Leitlinienkomitees zum ersten Mal ein Positionspapier zur kardialen Toxizität von Krebstherapien erstellt. Da die Evidenz zu den behandelten Fragen nach wie vor spärlich ist, kann das Dokument, so Prof. Patrizio Lancellotti aus Lüttich (B), nicht als vollwertige Leitlinie zu diesem Thema betrachtet werden.

Während onkologischer Therapien kann es – so Prof. Thomas Suter vom Inselspital Bern – einerseits zu reversiblen (Dysfunktion Typ 2), andererseits aber auch zu irreversiblen (Dysfunktion Typ 1) Schädigungen des Herzens kommen. Sind diese Toxizitäten relativ mild und reversibel, kann die Therapie fortgeführt werden. Schwere und/oder irreversible Schäden am Herzmuskel zwingen zum Abbruch der onkologischen Therapie.

Langzeitschäden durch Anthrazykline

Als besonders problematisch gelten die Anthrazykline, weil die von ihnen verursachten (Spät-) Schäden irreversibel sind und Jahre nach der Behandlung auftreten können. Potenziell kardiotoxisch sind allerdings zahlreiche in der Onkologie eingesetzte Substanzen. So können konventionelle Chemotherapeutika je nach Substanz und

Dosis bei zwischen 1 Prozent und fast der Hälfte der Patienten kardiale Nebenwirkungen entfalten. Neuere zielgerichtete Therapien und Biologika wie Her2-Inhibitoren, Anti-VEGF-Therapien und Tyrosinkinaseinhibitoren verursachen potenziell sowohl kardiale Dysfunktion als auch (sehr selten) Herzinsuffizienz, wobei die Inzidenzen zwischen 1 und beinahe 20 Prozent liegen. Lancellotti wies auch auf das Problem von Arrhythmien hin, die je nach Therapie bei bis zu einem Drittel der Patienten auftreten können und einerseits symptomatisch und für die Betroffenen belastend, andererseits aber auch lebensbedrohlich sein können.

Das Positionspapier erläutert im Detail die potenziellen Kardiotoxizitäten der verschiedenen Substanzen und gliedert sie in neun Gruppen: Myokarddysfunktion und Herzinsuffizienz; koronare Herzkrankheit, Klappenerkrankungen, Arrhythmien, Hypertonie, thromboembolische Erkrankungen, periphere Gefässerkrankung und Schlaganfall, pulmonale Hypertonie und Perikardkomplikationen. Zu jeder einzelnen Komplikation wird angeführt, welche Patienten besonders gefährdet sind und wie sich die potenziellen Schäden vermeiden und diagnostizieren lassen. Die Diagnose kardialer Schäden erfolgt mittels EKG, Imaging oder Biomarkern.

Bei vielen Kardiotoxizitäten bestehen Interventionsmöglichkeiten

Darüber hinaus ist auch eine Reihe von patientenbezogenen Faktoren bekannt, die das Risiko kardialer Toxizitäten erhöhen. Suter nannte Alter, bestehende Herzkrankheit, genetische Faktoren sowie konkomitante onkologische Therapien wie zum Beispiel Bestrahlung des Mediastinums. Daraus ergeben sich praktische Konsequenzen. Beispielsweise erhöht die Koadministration von Anthrazyklinen und Trastuzumab bei Brustkrebspatientinnen deutlich das Risiko von Herzinsuffi-

zien. Werden die beiden Therapien zeitlich versetzt gegeben, reduziert sich das Risiko erheblich. Weiter besteht in vielen Fällen die Möglichkeit einer medikamentösen Intervention mit ACE-Hemmern oder Betablockern. Darüber hinaus empfiehlt die Leitlinie einen «herzgesunden» Lebensstil mit gesunder Ernährung und ausreichend Bewegung. Aerobes Training wird als vielversprechende nicht pharmakologische Massnahme zur Reduktion des Risikos eingeschätzt. Patienten müssen bereits bei Beginn einer Chemotherapie über ihr erhöhtes Risiko aufgeklärt und ermutigt werden, etwaige kardiale Symptome umgehend den behandelnden Ärzten mitzuteilen.

Nicht zuletzt unterstreicht das Positionspapier die Bedeutung multidisziplinärer Teams, um die optimale Versorgung von Krebspatienten sicherzustellen. Diesen Teams sollten Onkologen, Kardiologen (insbesondere Spezialisten für Herzinsuffizienz), Radiologen und Pflegekräfte angehören. Letztlich würden kardiotoxikologische Zentren benötigt, die eine entsprechend strukturierte Versorgung anbieten können.

Das Positionspapier zur Kardiotoxikologie wurde simultan im «European Heart Journal» (1) und auf der ESC-Website publiziert.

X

Reno Barth

Referenz:

1. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. European Heart Journal 2016. doi: 10.1093/eurheartj/ehw211

Das Positionspapier online:



<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/early/2016/08/24/eurheartj.ehw211.full.pdf>