



## **IPERTENSIONE E TUMORE**

### **Summary**

#### **Gruppo di Studio sulla Cardioncologia**

**Coordinatori:** Monica Anselmino, Antonella Fava, Mauro Giorgi

#### **A cura del sottogruppo:**

**"Aggiornamento delle raccomandazioni circa la gestione della diverse forme di cardiotossicità relative a ipertensione"**

Alberto Milan - Referente, Elena Coletti Moia, Erica Delsignore, Gloria Demicheli, Paola Destefanis, Davide Forno, Giovanna Giglio Tos, Alessia Luciano, Giuliano Pinna, Laura Ravera

**Documento approvato dai Coordinatori del Gruppo di Studio**

<b>FARMACI ANTINEOPLASTICI</b>
<b>INIBITORI VEGF:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevacizumab, Ramucirumab; Sunitinib, Sorafenib, Axitinib, Regorafenib, Vandetinib, Ponatinib, Lenvatinib, Pazopanib, Dasatinib, Cabozantinib; Aflibercept</li> </ul>
<b>INIBITORI DEL PROTEASOMA:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carfilzomib e Bortezomib</li> </ul>
<b>ANTIANDROGENI:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abiraterone e Enzalutamide</li> </ul>
<b>AGENTI ALCHILANTI:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cisplatino</li> <li>• Ciclofosfamide</li> </ul>
<b>ALCALOIDI DELLA VINCA:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinblastina e vincristina</li> </ul>
<b>TAXANI:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paclitaxel e Docetaxel</li> </ul>
<b>ANTIMETABOLITI:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemcitabina</li> </ul>
<b>HER-2 TERAPIA BERSAGLIO MOLECOLARE:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastuzumab</li> </ul>
<b>INIBITORI PI3K:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copansilib</li> </ul>
<b>STEROIDI</b>
<b>FARMACI NON ANTINEOPLASTICI USATI IN ONCOLOGIA</b>
<b>IMMUNOMODULATORI:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclosporina e Tacrolimus; Interferon alfa</li> </ul>
<b>ERITROPOIETINA</b>
<b>FANS</b>

## Schema riassuntivo per paziente eleggibile a trattamento antitumorale con potenziale vasculo-tossico.

### Accertamenti di I livello e (periodici) di follow up

<b>Esami ematochimici I livello recenti</b>
Creatinina, Na e K
Colesterolo totale
HDL
Trigliceridi
Glicemia
Hb Glicata (se sospetto Diabete)
Albuminuria/creatininuria (non nel mieloma)
Uricemia, considerare profilo marziale e TSH
<b>ECCG</b>
<b>Ecocardiogramma (fortemente suggerito con GLS)<sup>1</sup></b>
<b>SCORE calcolato</b> ( <a href="https://heartscore.escardio.org/2016/quickcalculator.aspx?model=EuropeLow">https://heartscore.escardio.org/2016/quickcalculator.aspx?model=EuropeLow</a> )
<b>Diario pressorio (Home blood pressure) – Considerare Monitoraggio pressorio 24h</b>

<sup>1</sup> senza ritardare la terapia

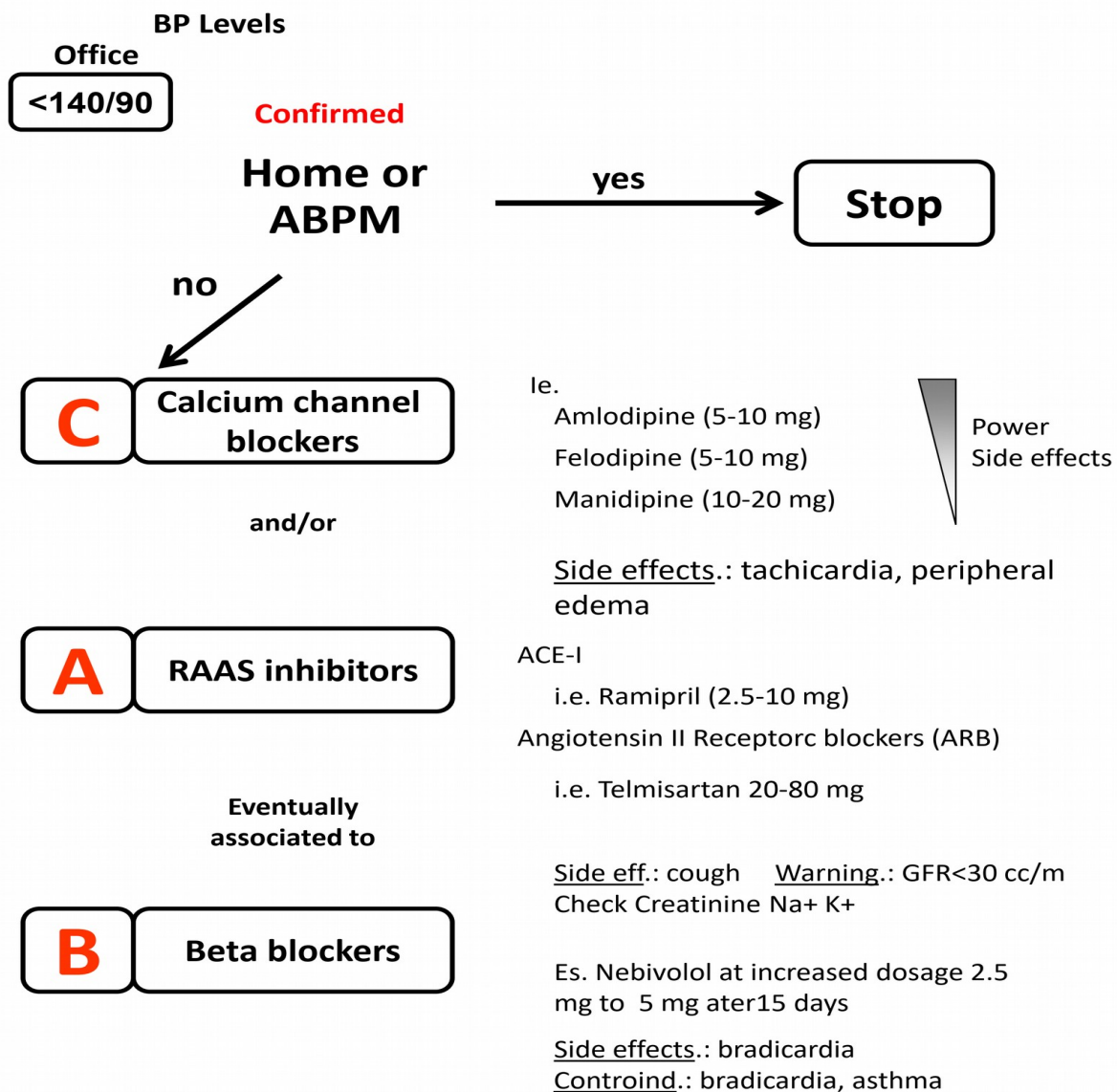
### Il paziente presenta una delle seguenti condizioni?

Anamnesi	SI?		
pregresso infarto miocardico	<input type="checkbox"/>	<b>Rischio molto elevato</b>	<b>Invio al cardiologo/specialista ipertensione</b>
procedure di rivascularizzazione coronarica o altro distretto	<input type="checkbox"/>		
sindrome coronarica acuta o in altri distretti arteriosi	<input type="checkbox"/>		
Pregresso ictus o attacchi ischemici transitori	<input type="checkbox"/>		
aneurisma dell'aorta	<input type="checkbox"/>		
arteriopatia periferica	<input type="checkbox"/>		
Diabete mellito	<input type="checkbox"/>		
con <b>danno d'organo (proteinuria)</b>	<input type="checkbox"/>		
con altro <b>fattore di rischio maggiore</b> pressione non controllata (grado 3) dislipidemia marcata fumo	<input type="checkbox"/>		
Disfunzione renale severa GFR<30 cc/min	<input type="checkbox"/>		
SCORE ≥ 10%	<input type="checkbox"/>		
<b>Singolo fattore di rischio elevato</b> pressione non controllata (PAS ≥180 e/o PAD≥110 mmHg) o dislipidemia marcata (col tot >310 mg/dL) o Dislipidemia familiare o fumo	<input type="checkbox"/>	<b>Rischio elevato</b>	<b>Invio al cardiologo/specialista ipertensione</b>
<b>Diabete Mellito</b>	<input type="checkbox"/>		
senza danno d'organo <sup>a</sup> , con durata ≥10 anni o con un altro fattore di rischio	<input type="checkbox"/>		
Moderata CKD (GFR 30–59 mL/min/1.73 mq)	<input type="checkbox"/>		
SCORE ≥5 e < 10%	<input type="checkbox"/>		
Ecocardiogramma TT			
Ipertrofia ventricolare (massa ind > 95 g/mq o ≥115 g/mq F/M )	<input type="checkbox"/>		
GLS > -18%	<input type="checkbox"/>		
EF <52/54 % M/F o alterazione cinesi	<input type="checkbox"/>		
Ipertensione resistente (3 farmaci di cui 1 diuretico a pieno dosaggio) <b>NON</b> controllata	<input type="checkbox"/>		
Soggetti giovani (Diabete Mellito tipo 1<35 anni, Diabete Mellito tipo 2<50 anni) con durata di diabete <10 anni, senza ulteriori fattori di rischio		<b>Moderato</b>	<b>In gestione al curante</b>
SCORE tra ≥1% ma < 5% a 10 anni.			
SCORE <1%		<b>Basso</b>	<b>In gestione al curante</b>

<sup>a</sup> proteinuria, neuropatia;

PAS= pressione arteriosa sistolica PAD pressione arteriosa diastolica; GFR=Filtrato glomerulare

## Approach to Arterial Hypertension Therapy in patients treated with vasculo-toxic therapy



**Caution should be used for..**

Diuretics electrolytes disturbance

Verapamil e Diltiazem (they inhibit CYP3A4 (they may increase levels of sunitinib) and they increase PR interval. Caution should be used when associated with drugs that can prolong QT