



Was ist eine Immuntherapie?

Checkpoint-Inhibitoren (z. B. PD-1/PD-L1- oder CTLA-4-Antikörper) lösen körpereigene Bremsen des Immunsystems. Dadurch können Tumorzellen wirksamer angegriffen werden - gleichzeitig kann sich die Immunreaktion aber auch gegen gesundes Gewebe richten. Diese immunvermittelten Nebenwirkungen (irAE) können grundsätzlich jedes Organ betreffen und auch Wochen bis Monate nach der letzten Gabe auftreten.

MERKE

Neue, ungeklärte Beschwerden unter oder nach Immuntherapie immer als mögliche irAE mitdenken. Frühzeitige Rücksprache mit dem Onkologieteam kann schwere Verläufe verhindern.

Typische irAE: Warnzeichen und erstes Vorgehen

Lunge | Pneumonitis



Trockener Husten, Luftnot, O₂-Abfall, SpO₂, AF, Auskultation; Infekt/LE mitbedenken. Bei Dyspnoe oder O₂-Abfall noch am selben Tag onkologisch abklären.

Leber | Hepatitis



Oft symptomarm; ggf. Müdigkeit, Übelkeit, Ikterus, AST/ALT, GGT/AP, Bilirubin, INR; bei neuem relevanten Anstieg Rücksprache.

Haut | Dermatitis



Exanthem, Pruritus. Ausdehnung und Schleimhautbeteiligung prüfen. Blasen, Hautablösung oder Schleimhautläsionen = Notfall.

Nervensystem | Neurologische irAE



Paresen, sensible Störungen, Doppelbilder, Dysphagie, Verwirrtheit. Neue neurologische Symptome dringlich bis notfallmäßig abklären.

Darm | Kolitis



Neue/anhaltende Diarrhoe, Bauchschmerz, Blut. Stuhlfrequenz dokumentieren, Flüssigkeit/Elektrolyte, CRP, ggf. Stuhlagnostik; früh Rücksprache.

Hormondrüsen | Thyreoiditis / Hypophysitis / Adrenitis



Fatigue, Kopfschmerz, Übelkeit, Hypotonie, Elektrolytstörung, TSH/TT4, Na/K, Glukose; bei Verdacht Cortisol/ACTH (wenn klinisch vertretbar vor Steroid).

Herz | Muskel | Myokarditis / Myositis



Brustschmerz, Dyspnoe, Palpitationen, neue Muskelschwäche, EKG, Troponin, CK; bei Verdacht sofort stationäre Abklärung.

Niere | Nephritis



Kreatininanstieg, häufig wenig Symptome. Kreatinin/eGFR, Elektrolyte, Urin; Exsikkose/Nephrotoxine prüfen und onkologisch Rücksprache.

Was ist bei Verdacht zu tun?

1 STABIL / MILD

Vitalparameter + Basislabor, Onkologieteam am selben Tag informieren; weitere ICI-Gabe bis zur Klärung zurückstellen.

2 KLINISCH RELEVANT

Bei etwa CTCAE Grad 2 wird die ICI meist pausiert. Nach Rücksprache häufig Prednisolon 0,5-1 mg/kg/Tag; organspezifische Abweichungen beachten.

3 SCHWER / RED FLAGS

Notfall / stationär bei O₂-Abfall, Brustschmerz, Synkope, neuen Paresen/Dysphagie, schwerer Muskelschwäche, blutiger Diarrhoe, Schock/Verwirrtheit oder bullöser Hautreaktion. Häufig Steroid 1-2 mg/kg/Tag.

Wichtig: Infektion, Progress und thromboembolische Ereignisse als Differenzialdiagnosen mitprüfen. Bei schwerem klinischem Verdacht darf die notwendige Akuttherapie nicht durch langwierige Diagnostik verzögert werden. Endokrine irAE werden häufig primär durch Hormonsubstitution behandelt.

