



10

KAPOSI-SARKOM

Das Kaposi-Sarkom ist eine seltene maligne endotheliale Neoplasie primär in der Haut oder Schleimhaut, sekundär ggf. in inneren Organen. Das Kaposi-Sarkom kann spontan oder unter Immunsuppression auftreten.



Kaposi-Sarkom

Subtypen des Kaposi-Sarkoms (KS)

Klassisches, sporadisches KS

KS bei iatrogener Immunsuppression

Endemisches, afrikanisches KS

Epidemisches HIV-assoziiertes KS

KS bei Männern, die Sex mit Männern haben, (MSM) ohne HIV Infektion.

Diagnostik

Tiefe Biopsie zur histologischen Sicherung

HIV-Test

HIV-assoziiertes KS, KS bei HIV-negativen MSM und iatrogenes KS: CD4-Zellzahl

Keine HHV8-Bestimmung in der klinischen Routine, aber immunhistochemisch häufig HHV8 intratumoral aus diagnostischen Gründen nachgewiesen

Staging

Vollständige Inspektion der Haut und Schleimhaut, Palpation der Lymphknoten und Abdomen bei allen Patienten

Weitere Untersuchungen abhängig vom KS-Subtyp und auf der Basis von Symptomen, Verlauf und Befall, Sonographie ist weniger aussagekräftig als CT

Bei (V. a.) Viszeralbefall: CT-Thorax/Abdomen, ggf. Endoskopie (ÖGD, Koloskopie und Bronchoskopie)

Therapieprinzipien

Aufklärung aller Patienten: keine Heilung möglich, Wahrscheinlichkeit von Rezidiven besteht, nach/bei Lokalthherapie neue Läsionen außerhalb des Behandlungsfeldes möglich, Hyperpigmentierungen und Ödeme (Kompression wichtig) nach Therapie möglich

Watch and wait bei guter Prognose und fehlendem Leidensdruck, Camouflage möglich

Lokalthherapie:

- kleinflächig $\leq 1 \text{ cm}^2$: Exzision, Kryotherapie, intraläsional Vincristin oder Vinblastin, topische Therapie
- mittelgroß 1–4 cm: intraläsional Vincristin oder Vinblastin, Elektrochemotherapie, Radiotherapie
- großflächig $> 4 \text{ cm}$ und knotig, infiltrierend, oral: Radiotherapie
- intraoral: intraläsional Vinblastin, Radiotherapie

Systemische Therapie (bei aggressiven KS, disseminiertem Befall, infiltrativem exulzierendem Wachstum, Schleimhautläsionen, LK-Beteiligung und viszeralem Befall) z. B. mit pegyliertem liposomalen Doxorubicin oder PD-1 Inhibitor, Zweitlinie z. B. Paclitaxel möglich

Iatrogenes KS: Modifizierung oder Absetzen der Immunsuppression insbesondere mTOR-Inhibitoren aufgrund antiangiogenetischer Effekte sinnvoll

HIV-assoziiertes KS: Beginn oder Optimierung der ART (antiretrovirale Therapie)





Nachsorge					
Follow-up-Untersuchung	Klassisches KS	Endemisches KS	Iatrogenes KS	HIV-Assoziiertes KS	KS bei MSM ohne HIV-Infektion
Inspektion/ Palpation	+++	+++	+++	+++	+++
Probiopsie/ Histologie	-	-	-	-	-
HIV-Serologie	-	-	-	-	+
Standardblutuntersuchung	+	++	++	+++	+
CD4-Zellzahl	-	-	+	+++	±
Quantitative HIV-RNA	-	-	-	+++	-
HHV-8 Virämie	-	-	-	-	-
Lokoregionäre LK-Sonographie	+*	+*	+*	+*	+*
Abdomen-Sonographie	-	±*	±*	±*	-
Röntgen Thorax	-	±*	±*	±*	-
Schnittbildgebung (CT/MRT ggf. PET-CT)	-	±	±	±	-
- Abdomen	-	±**	±**	±**	-
- Thorax	-	±**	±**	±**	-
- Ganzkörper (Hals, Thorax, Abdomen, Becken)	-	±	±	±	-

ÖGD/Koloskopie	-	±	±	±	-
Bronchoskopie	-	±	±	±	-

+++ zwingend erforderlich
 ++ erforderlich
 + optional
 ± Symptom- und Befundabhängige individuelle Indikation
 - in der Routine nicht empfohlen
 * weniger aussagekräftige Alternative zu CT-Untersuchungen
 ** nur wenn kein Ganzkörper-CT indiziert ist

Weitere Informationen

Adaptiert nach S1-Leitlinie: Kaposi-Sarkom AWMF 032/025;
https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-025/S1_Kaposi-Sarkom_2022-03.pdf (abgerufen 20.12.2024)

