



**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:

a. kleinflächig  $\leq 1 \text{ cm}^2$ : Exzision, Kryotherapie, intraläsional Vincristin oder Vinblastin, topische Therapie

b. mittelgroß 1–4 cm: intraläsional Vincristin oder Vinblastin, Elektrochemotherapie, Radiotherapie

c. großflächig  $> 4 \text{ cm}$  und knotig, infiltrierend, oral: Radiotherapie

d. 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](https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-025/S1_Kaposi-Sarkom_2022-03.pdf) (abgerufen 20.12.2024)

