23. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie

Aus der Praxis für die Praxis

Vom 22.–27. Juli tummelten sich wieder tausende von Hautärzten im Münchner Gasteig – zur „FoBi-Woche“ wurde gerufen und der Ruf wurde erhört. Eine Auswahl der interessantesten Themen haben wir für Sie auf den folgenden Seiten zusammengefasst.

Im Zweifel immer biopsieren!

Maligne Bindegewebstumoren sind eher selten und auch noch extrem heterogen. Bei anhaltend unklarem Befund an der Haut sollte man aber im Hinblick auf diese Tumorentität immer biopsieren.

Die meisten der etwa 50 malignen Bindegewebstumoren kommen zumindest ausnahmsweise auch an der Haut vor, mahnte Prof. Thomas Vogt, Homburg. Deshalb ist unverständlich, warum beispielsweise im Falle einer 40-jährigen Frau, die an einer schmerzhaften Schwellung des Vorderfußes litt, über drei Jahre hinweg die abenteuerlichsten Vordiagnosen gestellt wurden – von „Lymphödem“ bis „atypisches Erysipel“ – ohne dass eine feingewebliche Sicherung erfolgte. Als Vogt die Biopsie

vornahm, zeigte sich ein fibroblastisch differenziertes Sarkom. Der Fuß musste amputiert werden, die Patienten war aber erleichtert, endlich die Schmerzen los zu sein und kam damit gut zurecht.

Als Faustregel nannte Vogt: Jede neu aufgetretene unklare Schwellung, die länger als 4 Wochen persistiert, muss bildgebend und feingeweblich abgeklärt werden.

Die drei Häufigsten

Die häufigsten malignen Bindegewebstumoren in der Praxis sind Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), Leiomyosarkom und atypisches Fibroxanthom (AFX).

Das DFSP ist ein langsam wachsendes, lokal aggressives, niedriggradiges Sarkom mit einem Metastasenrisiko von 5%. Doch Vogt warnte: Fibrosarkomatöse Varianten metastasieren sehr viel häufiger, etwa in 10 bis 15% der Fälle. Deshalb sollte man explizit den Histologen danach fragen. Zudem ist zu beachten, dass dieser Tumor hämatogen in Lunge, Leber, Weichteile und Knochen metastasiert, entsprechend ist auch das Monitoring durchzuführen.

Beim Leiomyosarkom gilt die Regel: gute Prognose bei kutanen, schlechte Prognose bei subkutanen Formen: Kutane Leiomyosarkome metastasieren fast gar nicht, subkutane zu 50%, und zwar lymphogen mit hoher Mortalität (50%). Deshalb fordert Vogt: Die Histologie muss immer den Clark-Level angeben.

Dass an der Oberfläche bleibende Tumoren gutartiger sind als tiefer gehende, gilt auch für das wegen seiner UV-Genese immer häufiger werdende AFX und sein Pendant als infiltrierenderes Sarkom, das undifferenzierte, pleomorphe, nicht näher spezifizierte Sarkom (früher malignes fibröses Histiozytom, MFH). Bei letzterem muss eine weiträumige Exzision erfolgen – oft nicht mehr Sache des Dermatologen sondern des Chirurgen.

Auf den Kopf stellen

Angiosarkome am Kopf zeigen oft eine sehr unklare Klinik. Hier gilt wieder: Im Zweifel immer biopsieren. Einen Tipp zur Diagnosehilfe nannte Vogt noch: Den Patient kurzzeitig auf den Kopf stellen. Die Angiosarkome füllen sich besonders stark mit Blut und weisen sich durch ihre Rötung aus.

Friederike Klein

© Hans Schulz, Bergkamen

Angiosarkom der Kopfhaut bei einem 75-jährigen Patienten

Vogt T. Wichtige Malignome des kutanen Bindegewebes – diagnostisch-therapeutisches Update