

# Spotlight

## Korrespondenzadresse

**Priv.-Doz. Dr. med. Ina Hadshiew**

Derma-Köln  
Graseggerstraße 105  
50737 Köln  
ina@sitewerks.net

## Lymphangioleiomyomatose als Differenzialdiagnose zum metastasierten malignen Melanom

▼  
**Kurzkommentar zu Seite 328**

In einem spannenden Fallbericht wird eine junge Patientin (41 J) vorgestellt, mit einem malignen Melanom mit einer Tumordicke von 0,75 mm am Fußrücken links. Aufgrund einer anamnestischen Belastungsdyspnoe und einer palpatorisch und radiologisch diagnostizierten Lymphadenopathie dachten die Kollegen primär an Metastasen des malignen Melanoms. Ein erweitertes Staging (MRT Schädel und CT Hals, Abdomen) zeigte zusätzliche suspekta Lymphknoten sowie eine zystische verdrängende Raumforderung im Unterbauch. Differenzialdiagnostisch wurden auch ein Lymphom, ein Zweitmalignom, eine Tuberkulose, eine Mononukleose oder eine Sarkoidose erwogen. Immunhistochemisch waren in der SLND: Protein S100, Melan-A und HMB45 negativ. Die Punktion der abdominalen Raumforderung ergab eine charakteristische Zellmorphologie für eine **Lymphangioleiomyomatose** (LAM) mit positiver Immunreaktion auf SMA, HMB45, Caldesmon und Desmin. Die LAM ist eine seltene Erkrankung, die mit einer hamartomatösen Proliferation der glatten Muskulatur einhergeht und zu zystischen Lungenveränderungen führt, die eine respiratorische Insuffizienz auslösen. Es wurde eine Systemtherapie mit Sirolimus (Rapamycin), einem mTOR-Inhibitor, eingeleitet, der zu einer Symptombesserung bei der Patientin führte. Der Einsatz von mTOR-Inhibitoren ist insofern spannend, da sie auch bei Patienten mit malignem Melanom bereits eingesetzt wurden, sowohl in Kombination mit Chemotherapeutika als auch zur Verminderung der Resistenzentwicklung bei Therapien mit BRAF- und MEK-Inhibitoren. Es bleibt abzuwarten, ob mit der Entwicklung der vielzähligen neuen Moleküle in der Therapie des malignen Melanoms auch dieses Molekül einen therapeutischen Stellenwert erlangen wird.

## Doping im Breitensport – und unliebsame Überraschungen

▼  
**Kurzkommentar zu Seite 336**

Anhand eines mahnenden Fallbeispiels eines 36-jährigen Bodybuilders werden die vielen Nebenwirkungen von insbesondere anabolen Dopingmitteln diskutiert. Im dargestellten Fall waren 2 Wochen nach i.c. Injektion von Stanozolol in die rechte Schulter multiple, massive Papulopusteln aufgetreten, bei ausgeprägter Schmerzsymptomatik, i.S. einer superinfizierten Steroidakne. Eine orale Antibiose, Aciclovir und zuletzt Isotretinoin führten zu einer Besserung des Hautbefundes.

Zu den am weitesten verbreiteten Dopingmitteln gehören anabol-androgene Steroide (AAS), Derivate des männlichen Sexualhormons Testosteron. Typische Nebenwirkungen an der Haut sind: Steroid-Akne, Striae distensae, Gynäkomastie, Hypertrichose, Hirsutismus, androgenetische Alopezie und Weichteilinfektionen. Organische Nebenwirkungen schließen kardiovaskuläre Schäden, wie Hypertonie, Linksherzhypertrophie, Kardiomyopathie und Myokardinfarkt ein. Aber auch hepatotoxische Effekte (einschließlich eines erhöhten Risikos für hepatozelluläre Karzinome), Einschränkungen der Fertilität und psychische/psychiatrische Folgeschäden können auftreten. Auch wenn nur wenige Daten zur Prävalenz von Doping im deutschen Breitensport existieren (z.B. RKI 2006: 6–8% jugendliche Nutzer von Anabolika zur sportlichen Leistungssteigerung), fordern die Autoren zu Recht eine stärkere Thematisierung des wachsenden Dopingproblems, nicht nur im Profisport, sondern insbesondere im Breitensport, da sich hieraus ernsthafte gesundheitliche Schäden mit z. T. schweren Spätfolgen ergeben können. Dies kann man nur unterstützen!