



## Gesunde Ferienbräune?

Daniel Franzen<sup>a</sup>, Lilian Zraggen<sup>a</sup>, Julia Fischer-Vetter<sup>b</sup>

Spital Zollikerberg, Zollikerberg, <sup>a</sup> Medizinische Klinik, <sup>b</sup> Abteilung für Nephrologie und Dialysestation

Eine 33jährige, bis anhin völlig gesunde Patientin wies sich selbst unserer Notfallstation zu wegen massiv reduziertem Allgemeinzustand mit Schwindel, Nausea mit Erbrechen und Odynophagie. Die Patientin bemerkte schon seit Wochen eine ausgeprägte Antriebslosigkeit und Kollapsneigung, so dass sie im Vorfeld bereits mehrfach im Stehen synkopiert war. Auch war ihr ein ungewöhnliches Verlangen nach salzhaltiger Nahrung aufgefallen.

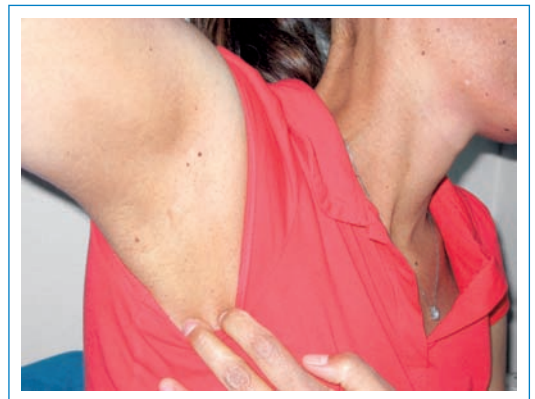
Klinisch zeigte sich eine auffallend «gesunde» Hautbräune, die an einen erst kürzlich zurückliegenden Karibikurlaub oder an regelmässige Solariumbesuche hätte erinnern können, was die Patientin jedoch vehement verneinte. Immer wieder sei sie in letzter Zeit – übrigens auch von ihr bekannten Medizinern – neidvoll auf ihre «Ferienbräune» angesprochen worden. Ihre letzten Ferien lagen jedoch schon über sechs Monate zurück. Was den Neidern jedoch verwehrt blieb, war die genaue Betrachtung ihrer Hände und Achselhöhlen (Abb. 1, 2 ); wahrlich eine Blickdiagnose, die noch zusätzlich durch die markante Serum-Elektrolytkonstellation mit Hyponatriämie und Hyperkaliämie unterstrichen wird (Tab.1 .

Nach Applikation von NaCl-Infusionen und Hydro- sowie Fludrokortison fühlte sich die Patientin in kürzester Zeit wieder deutlich besser, und die eingangs erwähnten Symptome waren schnell regredient. Die begleitende Pharyngitis, welche wahrscheinlich zur Exazerbation und schliesslich zum Klinikbesuch geführt hatte,

wurde erfolgreich antibiotisch behandelt, da klinisch der Verdacht auf eine Angina Plaut-Vincenti (einseitiger Befund, fauliger Foetor ex ore) bestand.

Die Verdachts- bzw. Blickdiagnose wurde nach Bestimmung der Plasma-Hormonwerte und durch den ACTH-Stimulationstest (Synacthen®-Test) bestätigt (Tab. 1), aufgrund dessen die Diagnose eines Morbus Addison im Rahmen einer Autoimmunadrenalitis gestellt werden konnte. Typischerweise besteht eine Hyponatriämie als Ausdruck eines SIADH bei M. Addison, eine Hyperkaliämie bei Mineralkortikoid-Mangel und eine grenzwertige Hyperkalzämie als Ausdruck eines schweren M. Addison.

Bei normalen TSH- und Schilddrüsenhormonwerten sowie bei fehlendem Nachweis der mikrosomalen Schilddrüsenantikörper (anti-TPO) schlossen wir eine Thyreoiditis Hashimoto und



**Abbildung 1**

Braune Hautpigmentierung ohne Sonnen- oder Solariumeinwirkung auch an den «Schattenseiten» des Körpers. Verlust der axillären Sekundärbehaarung.



**Abbildung 2**

Pigmentierung der Handfurchen.

**Tabelle 1. Plasma-Hormon- und Elektrolytwerte (pathologische Werte fett).**

		Normwerte
Cortisol (vor Synacthen®)	<b>0,080 µmol/L</b>	0,12–0,62
Cortisol (nach Synacthen®)	<b>0,093 µmol/L</b>	>0,5
Aldosteron	<b>&lt;10,0 ng/L</b>	Liegend: 10–160; aufrecht: 40–310
Natrium	<b>131 mmol/L</b>	132–146
Kalium	<b>5,9 mmol/L</b>	3,5–5,0
Anti-Nebennierenrinden-Antikörper	<b>1:320</b>	<1:10
Anti-TPO-Antikörper	<10 U/mL	<10
Anti-Thyreoglobulin-Antikörper	<b>321 U/mL</b>	<40
Kalzium, Albumin-korrigiert	2,57 mmol/L	2,10–2,60
Phosphat	1,19 mmol/L	0,87–1,45
TSH	1,11 mU/L	0,20–4,0
fT <sub>3</sub> /fT <sub>4</sub>	5,8/14,2 pmol/L	3,0–6,5/10,0–20,5
Glukose	4,8 mmol/L	3,9–6,1
Hämoglobin	12,8 g/dL	12,3–15,3

somit auch ein Schmidt-Syndrom aus (Kombination von Immunadrenalitis und Hashimoto-Thyreoiditis im Sinne eines polyglandulären Autoimmunsyndroms Typ II). Der leicht erhöhte Titer der Anti-Thyreoglobulin-Antikörper ist unspezifisch und kann auch im Rahmen anderer

Autoimmunopathien sowie bei älteren Menschen vorkommen. Klinisch und laborchemisch bestehen jedoch keine Hinweise auf weitere Komponenten des Polyglandulären Autoimmunsyndroms, wie Diabetes mellitus Typ 1, perniziöse Anämie, Zöliakie usw.

**Korrespondenz:**

Dr. med. Daniel Franzen  
Medizinische Klinik  
Spital Zollikerberg  
CH-8125 Zollikerberg-Zürich  
[daniel.franzen@spitalzollikerberg.ch](mailto:daniel.franzen@spitalzollikerberg.ch)

**Literatur**

- 1 Lankisch TO, Jaeckel E, Strassburg CP, Manns MP. Autoimmun polyglanduläre Syndrome. Internist. 2005;46:750–8.
- 2 Betterle C, Dal Pra C, Mantero F, Zanchetta R. Autoimmune adrenal insufficiency and autoimmune polyendocrine syn-

dromes: autoantibodies, autoantigens, and their applicability in diagnosis and disease prediction. Endocr Rev. 2002;23:327–64.