Herpes zoster ophthalmicus mit schwerer Hyponatriämie

Cordula Meincke, Matthias Weiss

Medizinische Klinik, Spital Netz Bern Ziegler

Fallbeschreibung

Eine 63-jährige Frau wurde von ihrer Hausärztin aufgrund einer rechtsseitigen Rötung mit vereinzelten Bläschen im Stirn- und Periorbitalbereich mit der Differentialdiagnose Erysipel oder Herpes zoster zugewiesen.
Bei Eintritt gab die bisher gesunde Patientin an, sich seit einiger Zeit schwach zu fühlen sowie unter gelegentlichem Frösteln zu leiden; abgenommen habe sie nicht. Sie konsumierte keine Medikamente, weitere Noxen waren keine bekannt.
Bei der klinischen Untersuchung präsentierte sich die Patientin in einem reduzierten AZ und guten EZ mit einer Körpertemperatur von 37,3 °C. Der Blutdruck betrug initial 160/100 mm Hg, die Herzfrequenz lag bei 80/min. Im Gesicht imponierte eine Rötung der rechten Stirnseite sowie des rechten Orbitalbereichs mit vereinzelten Vesiculae (Abb. 1). Die Herz- und Lungenauskultation, das Abdomen und der Neurostatus waren unauffällig. Supraklavikulär rechts konnte ein einzelner kleiner Lymphknoten palpiert werden.
Ungewöhnlich war die bei Eintritt gemessene Natriumkonzentration im Serum, welche mit 116 mmol/l deutlich erniedrigt war. Die übrigen Laboruntersuchungen ergaben ein CRP von 2 mg/l und Leukozyten von $5{,}9 \times 10^9$/l ohne Linksverschiebung, Kalium und Kreatinin lagen im Normbereich.

Abbildung 1
Typische Effloreszenzen bei rechtsseitigem Herpes zoster ophthalmicus (die Publikation erfolgt mit dem Einverständnis der Patientin).

Abklärungen und Diagnose

Mittels direkter Immunfluoreszenz konnte im weiteren Verlauf das Varizella-zoster-Antigen in Bläschen nachgewiesen und die bei Eintritt bereits klinisch gestellte Vermutungsdiagnose eines Herpes zoster ophthalmicus somit bestätigt werden. Zur weiteren Abklärung der Hyponatriämie wurde ein Spoturin analysiert, in welchem das Natrium 76 mmol/l und die Osmolalität 748 mOsm/kg (gleichzeitige Serumosmolalität 271 mOsm/kg) betrugen. Die Serumharnsäure war mit 64 µmol/l deutlich erniedrigt.
Mit einem Nüchterncortisol von 608 nmol/l und einem TSH von 0,98 mU/l konnten sowohl ein Cortisolmangel als auch eine primäre Hypothyreose ausgeschlossen werden.
Aufgrund der bisherigen Befunde und Laboranalysen (keine Medikamenteneinnahme vor Eintritt, klinisch euvoläm, Hypourikämie, Urinosmolalität höher als Plasmaosmolalität, normale Nieren-, Nebennieren- und Schilddrüsenfunktion) stellten wir die Diagnose einer inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) bei Herpes zoster ophthalmicus.

Therapie und Verlauf

Unmittelbar nach der Diagnosestellung des Herpes zoster ophthalmicus begannen wir mit einer oralen Famciclovir-Therapie (1500 mg/d) plus Aciclovir-Augensalbe. Gleichzeitig wurde zur Korrektur der Hyponatriämie initial wenig NaCl 0,9% infundiert sowie vor allem eine Flüssigkeitsrestriktion verordnet. Darunter korrigierte sich das Natrium in den (im weiteren Verlauf anhaltenden) Normbereich.
Angesichts der bezüglich Neoplasie unverdächtigen Anamnese, der mit Ausnahme der Hyponatriämie durchwegs normalen Laborparameter und der im Verlauf normal bleibenden Natriumkonzentration im Serum wurde auf eine Tumorsuche bewusst verzichtet. Das initiale Thoraxröntgenbild war unauffällig gewesen. Gemäss telefonischer Nachfrage bestehen auch gut acht Monate nach der Spitalentlassung keine Hinweise auf eine maligne neoplastische Erkrankung.

Kommentar

Beim SIADH besteht eine euvoläme hypotone Hyponatriämie aufgrund einer unphysiologisch erhöhten ADH-Sekretion oder -Wirkung.
Die Diagnosekriterien eines SIADH sind nicht ganz einheitlich, in der Regel werden folgende Punkte gefordert:
– Hyponatriämie mit erniedrigter Serumosmolalität,

– relativ dazu hohe Urinosmolalität (Urinosmolalität klassischerweise höher als die Serumosmolalität, in jedem Fall aber >150 mOsm/kg),
– kein Volumenmangel (Urinnatriumkonzentration >20–40 mmol/l; niedrige Harnsäure- und Harnstoffkonzentration im Serum),
– normale Schilddrüsen-, Nieren- und Nebennierenfunktion, keine Thiazidbehandlung.

Ätiologisch liegen einem SIADH meistens zentralnervöse und pulmonale Erkrankungen oder eine ektope ADH-Produktion durch Neoplasien (darunter am häufigsten das kleinzellige Bronchuskarzinom) zugrunde. Daneben können zahlreiche Medikamente (unter anderem Antidepressiva wie SSRI, Carbamazepine, Vincristin, Zyklophosphamid, Opiate) über eine Verstärkung der ADH-Freisetzung oder -Wirkung eine Hyponatriämie verursachen.

Beim hier präsentierten Fall handelt es sich um eine 63-jährige Patientin mit Herpes zoster ophthalmicus, bei der anlässlich der routinemässigen Laboruntersuchungen ein SIADH diagnostiziert wurde. Die Patientin war neurologisch unauffällig, dennoch ist eine subklinische Meningoenzephalitis als Ursache des SIADH denkbar. Allerdings tritt diese Komplikation in der Regel erst Wochen bis Monate nach den Hauteffloreszenzen auf [1].

Tabelle 1. Zusammenstellung der publizierten Fälle von SIADH in Verbindung mit Herpes zoster.

Publikation	Alter, Geschlecht	Lokalisation des Herpes zoster	Niedrigster Natriumwert	Begleiterkrankungen
Maze et al. [2]	72, F	thorakal T2 links	95 mmol/l	arterielle Hypertonie Osteoarthrose
Sato et al. [3]	67, F	thorakal T10 rechts	98 mmol/l	arterielle Hypertonie Sinusitis maxillaris
Dhawan [4]	71, F	Herpes zoster ophthalmicus links	120 mmol/l	arterielle Hypertonie
Kucukardali et al. [5]	76, F	Herpes zoster ophthalmicus	112 mmol/l	arterielle Hypertonie Diabetes mellitus Osteoporose
Rourke et al. [6]	86, F	thorakal T9 und T10 links	122 mmol/l	
Furuta et al. [7]	70, F	C4–C6 rechts	111 mmol/l	rheumatoide Arthritis
Aktueller Fall	63, F	Herpes zoster ophthalmicus rechts	116 mmol/l	Raynaud-Symptomatik

In der Literatur sind mehrere Fälle von SIADH bei Herpes zoster beschrieben (Tab. 1), wobei es sich grösstenteils um immunkompromittierte Patienten oder Patienten mit einem Tumorleiden handelte. Bei diesen Patienten lagen fast ausschliesslich disseminierte Fälle von Herpes zoster vor. Fälle von einem lokalisierten Herpes zoster, die mit einem SIADH einhergingen, traten hingegen nur sehr vereinzelt auf. Gemäss unseren Recherchen sind in der Literatur lediglich sechs Fälle eines lokalisierten Herpes zoster mit SIADH bekannt [2–7], bei zwei dieser Fälle handelte es sich um einen fazialen Herpes zoster (Tab. 1). In einem Fall [5] wurde die Hyponatriämie erst nach einer mehrtägigen Aciclovirtherapie entdeckt, weiterhin bestanden bei dieser Patientin zusätzliche Begleiterkrankungen.

Die zugrunde liegenden Pathomechanismen eines SIADH bei Herpes zoster sind weiterhin unklar und vermutlich nicht einheitlich.

Interessanterweise waren in sämtlichen publizierten Fällen von lokalisiertem Herpes zoster und SIADH nur Frauen in fortgeschrittenem Lebensalter betroffen, ähnlich wie bei der thiazidinduzierten Hyponatriämie!

Fazit für die Praxis

Im Rahmen eines Herpes zoster kann es zu einem SIADH kommen. Vor allem bei schweren und mit Bewusstseinsstörungen verlaufenden Formen muss diese Komplikation erwogen und gesucht werden.

Nachtrag:

Nach Einreichen dieses Manuskripts ist in der PRAXIS [2009;98(9):493–6] ein ähnlicher Fall (Hyponatriämie bei betagter Frau mit lokalisiertem Herpes zoster) publiziert worden.

Korrespondenz:
Dr. med. Matthias Weiss
Medizinische Klinik
Spital Netz Bern Ziegler
CH-3001 Bern
matthias.weiss@spitalnetzbern.ch

Literatur

1 Gilden DH, Kleinschmidt-DeMasters BK, LaGuardia JJ, Mahalingam R, Cohrs RJ. Neurologic complications of the reactivation of varicella-zoster virus. N Engl J Med. 2000;342 (9):635–45.
2 Maze SS, Klaff LJ, Yach D. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion in association with herpes zoster of the chest wall. A case report. S Afr Med J. 1983;63(19):735–6.
3 Sato TL, Jones JS, McGrail MA, MacLean DB. Herpes zoster infection of the chest wall and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. South Med J. 1990; 83(2):247–9.
4 Dhawan SS. Herpes zoster ophthalmicus and syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. Am J Med Sci. 2007; 333(1):56–7.
5 Kucukardali Y, Solmazgul E, Terekeci H, Oncul O, Turhan V. Herpes zoster ophthalmicus and syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. Intern Med. 2008;47(5):463–5.
6 O'Rourke F, Chilov M. Localised herpes zoster infection and SIADH. Aust Fam Physician. 2006;35(10)fu:789–90.
7 Furuta E., Yasuda M., Yoshioka K., Isayama T., Nobunaga M. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone in elderly patients with rheumatoid arthritis associated with infections: report of two cases. Intern Med. 1996;35(6):478–81.