

## Der besondere Fall

# Plötzlicher Tod gibt Rätsel auf

Eine 23-jährige Frau wurde in Bauchlage liegend in ihrer Wohnung tot aufgefunden. Der Leichnam wurde in das Institut für Rechtsmedizin verbracht und dort untersucht.

Von Ann Sophie Schröder, Dr. med. Birgit Wulff, Dr. med. Jan Sperhake, Prof. Dr. med. Wolfgang Saeger, Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Die Ermittlungen der Kriminalpolizei sowie die äußere Leichenschau ergaben keine Anhaltspunkte für eine Gewalteinwirkung von außen. Ein Fremdverschulden wurde ausgeschlossen, so dass der Leichnam der 23-jährigen Frau von der Staatsanwaltschaft freigegeben wurde.

Im Gespräch mit den Angehörigen äußerten die Eltern, die trotz räumlicher Trennung einen engen und regelmäßigen Kontakt zu ihrer Tochter pflegten, dass für sie der Tod ihrer lebensfrohen Tochter völlig unerwartet gewesen sei. Ein Suizid kam für sie nicht in Betracht.

### Familienanamnese unauffällig

Nach der Krankheitsgeschichte befragt, schilderten die Eltern, dass ihre Tochter in den vergangenen Wochen über einen verschlechterten Allgemeinzustand mit rezidivierendem Erbrechen, Durchfällen, anhaltenden Kopfschmerzen und Abdominalbeschwerden sowie zeitweilig über schwerste Abgeschlagenheit geklagt habe. Aktuell habe zudem eine Erkältung bestanden. Seit der Jugend sei eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung unklarer

Genese bekannt gewesen. Eine regelmäßige Medikamenteneinnahme wurde jedoch verneint. Die Familienanamnese war bis auf „familiäre Rückenbeschwerden“ unauffällig.

Trotz des zeitweilig erheblichen Krankheitsgefühls habe die Tochter regelmäßig gearbeitet und sei noch wenige Tage vor ihrem Versterben umgezogen.

Der von ihr aufgrund persistierender gastrointestinaler Beschwerden noch kurz vor ihrem Tod konsultierte Hausarzt begann eine symptomatische Therapie mit MCP-Tropfen. Die Patientin war erst seit kurzer Zeit bei ihm in Behand-

lung. Schwer wiegende Vorerkrankungen waren ihm unbekannt. Auch die zuletzt mehrfach hinzugezogenen Ärzte der Kassenärztlichen Notfallversorgung verschrieben lediglich eine symptomatische Medikation (z. B. homöopathische Mittel). Eine eingehende Abklärung der Symptomatik erfolgte nicht. Die junge Frau stellte sich zu keiner Zeit zur Untersuchung in einem Krankenhaus oder einer internistischen Praxis vor.

Bei der rechtsmedizinischen Leichenschau fiel ein kachektischer Ernährungszustand mit einem Körpergewicht von 42,7 kg bei einer Körperlänge von 162 cm (Body-Mass-Index von 16,3 kg/m<sup>2</sup>) auf. Eine Anorexia nervosa wurde von Seiten der Familie und des Hausarztes ausgeschlossen. Die sportliche junge Frau von nordeuropäischem Phänotyp mit rotblonden Haaren und blassen Hautkolorit habe sich bewusst vegetarisch ernährt, jedoch in den letzten Monaten ungewollt etwas Gewicht verloren.

### Obduktionsbefunde

Zur Todesursachenklärung wurde auf Wunsch der Familie eine wissenschaftliche Obduktion in der Rechtsmedizin durchgeführt.

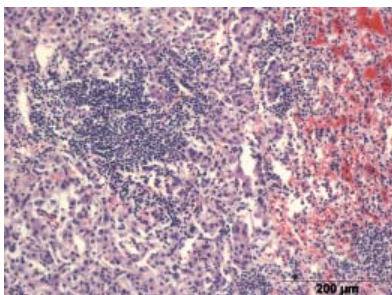
Die Obduktionsbefunde zeigten einen Atemwegsinfekt sowie eine hochgradige Atrophie beider Nebennieren, die Schilddrüse war mit einem Gewicht von 6,7 g deutlich zu klein. An den übrigen endokrinen Organen fanden sich makroskopisch keine Auffälligkeiten.

Eine Intoxikation mit Medikamenten, Drogen oder Alkohol konnte durch Blutanalysen ausgeschlossen werden.

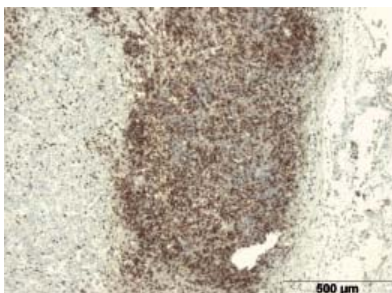
Todesursächlich ergab sich nun der Verdacht auf eine endokrine Störung im Sinne einer Nebennierenunterfunktion mit einem zu Lebzeiten nicht erkannten M. Addison. Eine pathologisch-endokrinologische Untersuchung der zurückgehaltenen Gewebeprobe endokriner Organe (Schilddrüse, Nebennieren, Hypophyse, Ovarien) wurde durchgeführt.

Die lichtmikroskopische und immunhistologische Analyse zeigte eine schwere Autoimmunadrenalitis. An der Schilddrüse fanden sich Hinweise auf eine Autoimmunthyreoiditis, so dass ein Schmidt-Syndrom (polyglanduläre Insuffizienz II) diagnostiziert wurde.

Todesursächlich war eine Addison Krise im Zusammenhang mit einem Infekt, durch den die endokrinen Kompensationsmechanismen erschöpft waren.



Nebennierengewebe mit dichter chronischer entzündlicher Infiltration



Immunohistochemische Darstellung des lymphozytären Infiltrats (braunes Reaktionsprodukt)

Bei der Symptomkonstellation länger andauerender Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Abdominalbeschwerden und Anorexie ist eine eingehende Ausschlussdiagnostik eines Morbus Addison notwendig. Auch das Fehlen einer für den primär adrenalen Morbus Addison pathognomonischen Hyperpigmentierung von Haut und Schleimhäuten schließt, wie der vorliegende Fall verdeutlicht, die Diagnose eines Morbus Addison nicht aus. Bei Verdacht auf eine primäre Nebenniereninsuffizienz sollte umgehend ein ACTH-Stimulationstest oder die gleichzeitige Bestimmung von Plasma-Cortisol und ACTH-Basalwert durchgeführt werden.

**Kontakt:**

Ann Sophie Schröder, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Institut für Rechtsmedizin  
E-Mail: Ann-Sophie.Schroeder@uke-hh.de

# I H R E   D I A G N O S E ?

Lösung: Seite 36

## Anamnese:

Eine 55-jährige Patientin wird wegen Schwindel mit Fallneigung nach links, Cephalgie, arteriellem Hypertonus und Übelkeit in der Neurologie aufgenommen. Das MRT des Neurokraniums ist unauffällig. Laborchemisch findet sich ein Ca-Wert von 3,2 ( Ref. 2,2-2,6 ) mmol/l. Konsiliarisch erfolgt eine Schilddrüsensonographie. Dargestellt ist der rechte Schilddrüsenlappen.

(C. Schmidt, G. Lock, 2. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)

