

Wenn Steroide der Nebenniere schaden

Ohne endokrinologisches Spezialwissen richtig handeln -- Autorin: Dr. Elke Oberhofer



Bericht vom 19. DGIM-Internisten-Update-Seminar, Berlin/online, 8.–9. November 2024

Eine längerfristige Glukokortikoidtherapie birgt immer das Risiko einer Nebenniereninsuffizienz (NNI). Wie man diese Gefahr richtig einschätzt und wie die Medikation leitliniengerecht beendet wird, schilderte Prof. Martin Fassnacht aus Würzburg beim Internisten-Update.

Bis zu 3% aller Deutschen wenden aktuell Glukokortikoide an, sei es systemisch, topisch, intraartikulär oder als Inhalat. Angesichts dieser „extrem hohen Rate“ warnte Prof. Martin Fassnacht, Endokrinologe am Universitätsklinikum Würzburg, speziell vor einer Nebenwirkung, der glukokortikoidinduzierten NNI. Zu der potenziell lebensbedrohlichen Situation gibt es jetzt eine neue Leitlinie, an der US-amerikanische und europäische Fachgesellschaften zusammengearbeitet haben [1].

Medikament absetzen oder ausschleichen?

Prinzipiell können alle exogen zugeführten Glukokortikoide eine NNI induzieren, wenn auch mit unterschiedlichem Risiko. Daher sollten alle Personen, die Glukokortikoide erhalten, über diese potenzielle Nebenwirkung aufgeklärt werden.

Für das Management der glukokortikoidinduzierten NNI wird keine endokrinologische Expertise benötigt. Beträgt die bisherige Therapiedauer weniger als drei bis vier Wochen, kann das Steroid, sofern es nicht mehr benötigt wird, direkt abgesetzt werden. Bei längerer Behandlung sollte man die Medikation schrittweise ausschleichen. Dies kann ohne jegliche Laborkontrolle zum Ausschluss einer NNI stattfinden.

Bei Verdacht auf eine Nebenniereninsuffizienz unter Steroiden muss man ggf. das Morgenkortisol bestimmen.



Achten Sie auf fünf Faktoren!

Wie hoch das Risiko für eine NNI im Einzelfall ist, lässt sich laut Fassnacht anhand folgender Kriterien abschätzen:

- Potenz des Glukokortikoids: Unter Hydrocortison ist das NNI-Risiko relativ gering, unter Prednison/Prednisolon oder Methylprednisolon moderat und unter Dexamethason vergleichsweise hoch.
- Applikationsroute: Nasal oder topisch verabreichte Substanzen bergen ein eher niedriges, systemisch oder intraartikulär applizierte Präparate dagegen ein hohes Risiko.
- Dosis: Je höher die Glukokortikoiddosis, desto höher das NNI-Risiko.
- Therapiedauer: Wurde weniger als drei bis vier Wochen behandelt, ist das Risiko niedrig, bei mehr als drei Monaten hoch.
- Personenbezogene Faktoren: Übergewichtige und Adipöse haben ein erhöhtes NNI-Risiko. Auch mit höherem Alter werden die Menschen vulnerabler.

Im Zweifelsfall hilft die Blutabnahme

Bei Hochrisikopersonen, die keine Glukokortikoidtherapie mehr benötigen, empfiehlt die Leitlinie folgendes Vorgehen: Die Dosis wird schrittweise unter klinischem Monitoring reduziert, bis eine „physiologische Dosis“ erreicht ist. Fassnacht zufolge liegt diese bei 4–6 mg/d Prednisolonäquivalent (Hydrocortison: 15–25 mg, Methylprednisolon: 3–5 mg, Dexamethason: 0,25–0,50 mg).

Danach gilt es, zwei Szenarien zu unterscheiden: Im ersten Fall ergeben sich keine Probleme, hier kann man, so Fassnacht, „einfach ohne Labordiagnostik weitermachen“, bis das Steroid komplett ausgeschlichen ist. Szenario 2 tritt in Kraft, wenn klinische Beschwerden auftreten, die z. B. auf eine NNI hinweisen können. In diesem Fall sollte der Kortisolspiegel morgens bestimmt werden.

Bei einem Wert > 10,0 µg/dl bzw. 300 nmol/l kann die Medikation direkt abgesetzt werden. Liegt der Wert dagegen unter 5,0 µg/dl bzw. 150 nmol/l, ist das Risiko für eine relevante NNI so hoch, dass weiterbehandelt und in ein paar Monaten noch einmal kontrolliert werden muss. Im dazwischenliegenden Graubereich sollte die Substitution fortgesetzt, das Serumkortisol aber bereits nach einigen Wochen bestimmt werden. ■

Quelle: Vortrag auf dem 19. DGIM-Internisten-Update-Seminar, Berlin/online, 8.–9. November 2024; [1] Beuschlein F et al. Eur J Endocrinol. 2024;190:G25–51