

Indikation und Durchführung der Steroid- Substitution bei chronischer Steroid- Einnahme (Addisonprophylaxe)

Das Vorliegen einer iatrogenen NNR- Insuffizienz kann weder aus der Dauer, Tagesdosis, maximalen Dosis, Gesamtdosis der Steroidmedikation abgeleitet werden. Es ist ebenfalls nicht bekannt, nach welcher minimalen Dauer von Steroiden die NNR supprimiert ist, noch, wie schnell sich die NNR nach Absetzen der Steroide erholt.

Auch topische Steroide lösen eine NNR-Suppression aus! (ausgeprägt bei Fluticasone, in Seretide® und Axotide® enthalten)

Daher gilt, dass im Zweifelsfall eher eine Substitution durchgeführt wird, allerdings in einer kleinen und kurz dauernden Dosierung, da sonst mit immunsupprimierenden Nebenwirkungen zu rechnen ist.

Zur Steroid- Substitution wird ausschliesslich Solu- Cortef® verwendet, da es sich um eine natürliche Substanz mit mineralo- corticoiden Wirkung handelt, die übliche Steroiddosis wird morgens vor der OP immer gegeben.

Die Substitution richtet sich nach dem mutmasslichen Stressgrad:

Sehr kleiner Stress (Katarakt, Haut-Tu- Exzisionen in MAC etc.): nur übliche Steroiddosis

Kleiner Stress (Herniotomie, Lap. Cholecystektomie): Solu-Cortef 25 mg iv bei Einleitung

Mittlerer Stress (Hemicolectomie, Hüft-TP, Fieber, Pneumonie): 75 mg Solu- Cortef bei Einleitung, am 1. post-op Tag 50 mg Solu- Cortef iv, am 2. 25 mg, dann stopp.

Schwerer Stress (Thorakotomie, Aorten- Pankreas, Leberchirurgie): 50 mg Solu- Cortef iv. 6- stdl., über 3 Tage ausschleichen

Sepsis oder Schock anderer Genese: 50 mg Solu- Cortef iv 6-stdl. solange vasoaktiva- bedürftig (meist 5-7 Tage), sehr langsam ausschleichen.

Sobald ein steroidabhängiger Patient aus unerklärlichen Gründen apathisch und hypotensiv ist, ist, auch bei als leicht eingestuftem Stress, an eine Addisonkrise zu denken und entweder sofort ein Bolus von 100 mg Solu- Cortef iv zu geben oder, aus diagnostischen Gründen, unverzüglich ein ACTH Kurzzeittest durch zuführen, wobei die Laborresultate nicht abgewartet werden sollen, und Solu-Cortef 100 mg iv sofort nach dem ACTH-Test verabreicht werden.

21.09.2004

Gabrielle Keller, Leitende Ärztin Anästhesie

Referenzen: Annane D et al, JAMA 2000, 283 ; 1038 - 1045
Annane D et al, JAMA 2002, 288 ; 862 - 871
Cooper MS, Stewart PM, 2003, N Engl J Med, 338; 727 - 734
Coursin DB, Wood KE, JAMA 2002, 287; 236 – 287
Lamberts SWJ et al, N Engl J Med 337; 1285 -1292
Nicolson G et al, Anaesthesia 1998, 53; 1091 - 1104