Patient nimmt langfristig Steroide ein

Überwachen Sie Knochendichte und Blutzucker!

Keine Wirkung ohne Nebenwirkung: Gerade bei einer Langzeittherapie mit Glukokortikoiden gilt es, mögliche Folgeschäden und Komplikationen im Auge zu behalten, allen voran Osteoporose, Diabetes mellitus und Nebenniereninsuffizienz.

— Unter einer mehrjährigen Steroidtherapie entwickelt jeder zweite Patient eine manifeste Osteoporose, berichtete Prof. Marius Kränzlin, Basel. Besonders empfindlich reagieren Kinder, junge Männer und postmenopausale Frauen. Typisch ist ein rascher Knochenverlust, vor allem in den ersten sechs bis zwölf Monaten der Therapie. „Schon ab 2,5 mg Prednisolon täglich steigt das Frakturrisiko um das 2,3-Fache, unabhängig von der Ausgangsknochendichte“, so Kränzlin.

Bei einer Steroidtherapie mit mehr als 5 mg/d über drei Monate sollte immer eine Densitometrie durchgeführt werden. Bei normaler Knochendichte oder leichte Osteopenie (T-Score +2,0 bis -1,5) und Fehlen weiterer Risikofaktoren genügen kalziumreiche Kost plus Vitamin D zusammen mit vermehrter körperlicher Aktivität bzw. gezieltem Muskeltraining. Bei ausgeprägter Osteopenie, Osteoporose (T-Score < -1,5) oder osteoporotischer Fraktur besteht die Indikation für ein Bisphosphonat.

Einmal wöchentlich vor dem Abendessen BZ-Kontrollen

Eine weitere Komplikation der Steroidtherapie ist der Diabetes mellitus. „Bei einer täglichen Dosis von 10 mg Prednisolon steigt das Diabetesrisiko um das 1,8-Fache, bei 30 mg sogar um das 10-Fache“, sagte Dr. Mirjam Christ-Crain, Basel. Deshalb sollte bei allen Patienten einmal wöchentlich abends vor dem Essen der Blutzucker bestimmt werden.

Liegt der Blutzucker abends präprandial über 200 mg/dl, sollte ein Tagesprofil angefertigt werden. Therapeutisch

© H. S. Füeßli

Cushing-Syndrom bei einer Patientin unter Steroidtherapie.

empfeht sich, wie bei anderen Formen des Typ-2-Diabetes, zunächst eine Ernährungsumstellung und körperliche Aktivität. Darüber hinaus kann, soweit keine Kontraindikationen bestehen, Metformin verordnet werden. Reicht das nicht aus, besteht die Indikation für

die zusätzliche Gabe eines prandialen Insulins. Falls die präprandialen Werte am Abend weiterhin über 200 mg/dl liegen, empfiehlt sich das lang wirksame Insulinanalogon Insulindetemir. Ist der Nüchtern-Blutzucker weiter erhöht, sollte der Einsatz eines Bedtime-Insulins (Insulinglargin) diskutiert werden.

Wann muss man die Steroidtherapie ausschleichen?

Wenn eine Steroidtherapie nur für einige Tage oder nur jeden zweiten Tag durchgeführt wird, ist das Risiko einer klinisch relevanten oder persistierenden Nebenniereninsuffizienz sehr gering. Bei solchen Patienten kann die Steroidtherapie ohne Ausschleichen abgesetzt werden. Allerdings sollten sie über eine Stressprophylaxe informiert werden.

Anders ist die Situation bei Patienten, die über viele Wochen oder Monate Steroide erhalten und häufig an Komorbiditäten leiden. Sie haben ein hohes Risiko einer klinisch relevanten und persistierenden Nebenniereninsuffizienz. „Bei ihnen sollte die Steroidtherapie ausschleichend beendet werden. Außerdem benötigen diese Patienten Informationen zur Stressprophylaxe und einen Notfallausweis“, empfiehlt Kränzlin.

Stressprophylaxe

Bei einem Minor-Stress wie einem fieberhaften Infekt empfiehlt sich die 3 x 3-Regel: Der Patient sollte über drei Tage die dreifache Dosis erhalten. Danach wird die Therapie mit der ursprünglichen Dosis fortgesetzt. Bei einem Major-Stress wie einem Unfall oder einem operativen Eingriff, besteht die Indikation für die Gabe von 100–150 mg Hydrocortison am OP-Tag. Am ersten und zweiten postoperativen Tag kann die Dosis kann auf 50 mg reduziert werden. Anschließend wird mit 5–15 mg/d weiterbehandelt.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: medART Basel 2010

Nebennierenrinden-Insuffizienz

Erkennen Sie die Zeichen?

„Das Risiko für eine Nebenniereninsuffizienz ist unabhängig von der Dosis und der Dauer der Behandlung“, so Kränzlin. Ein weiteres Problem ist, dass die Symptomatik der Nebennierenrindeninsuffizienz häufig unspezifisch ist und deshalb nicht sofort erkannt wird. Bei der akuten Nebenniereninsuffizienz können neben einer Stressinkompetenz eine Hypotonie, eine Hyponatriämie, eine Eosinophilie und eine metabolische Azidose auftreten. Bei einer chronischen Nebennierenrindeninsuffizienz klagen die Patienten vor allem über Müdigkeit, Myalgien und Übelkeit mit Erbrechen. Um eine Nebenniereninsuffizienz sicher ausschließen zu können, empfiehlt Kränzlin einen ACTH-Test.