

Kortisonbehandling i samband med operation, endoskopisk undersökning/behandling eller svår sjukdom

Sammanfattning

Binjurebarksvikt är ett allvarligt tillstånd som i samband med stress kan vara livshotande. Det finns tre olika situationer då kortisonbehandling ska övervägas.

1. Klassisk binjurebarkssvikt (Addisons sjukdom) då både glukokoid- och aldosteronproduktion är nedsatt. Dessa patienter bör handläggas i samråd med endokrinolog.
2. Binjurebarksvikt sekundärt till hypofys/hypothalamussjukdom då man bör behandla med glukokortikoider, även dessa patienter bör handläggas i samråd med endokrinolog.
3. Binjurebarksinsufficiens p.g.a. glukokortikoidbehandling i immunmodulerande syfte, dessa patienter ska handläggas enligt denna rutin.

Förutsättningar

Hämning av binjurebarken

Regelbunden behandling med kortison hämmar den kroppsegna produktionen av steroider. 10 mg prednisolon per dag i 3 veckor anses ge risk för signifikant suppression av kortisolproduktionen. Behandling med 20 mg prednisolon dagligen i mer än 3 veckor kan ge en suppression som kvarstår under flera månader. Det är därför viktigt att efterfråga den exakta dosen av kortison patienten tar och bedöma om substitution ska ges i samband med anestesi.

Följande perorala dosering av prednisolon anses **INTE** hämma binjurebarkens stressvar:

- 50 mg eller mindre varannan dag
- 10 mg eller mindre i en dos per dag
- 7,5 mg delat i två doser dagligen.

Patienter som under de senaste tre månaderna haft högre doser i mer än en vecka ska ha substitution. Detsamma gäller för de patienter vars uppgifter om tidigare kortisonterapi är osäkra.

Genomförande

Normal rutin

- Alla patienter med kronisk kortisonbehandling ska ta sin ordinarie medicinering fram till operationen.
- I de fall då den dagliga dosen är så låg att substitutionsbehandling inte anses nödvändig, ska den dagliga dosen ges och dessutom kan 4 mg betametason ges i samband med anestesiinduktion. Detta ger både minskad risk för postoperativt illamående och samtidigt en extra dos steroid.
- När substitutionsbehandling bedöms vara indicerat ska hydrokortison, Solu-Cortef, 25 mg ges vid anestesiinduktion och sedan ytterligare 100 mg jämnt fördelat över det första dygnet. Om möjligt fortsätter patienten sin vanliga medicinering redan dagen efter operation.

Vid svår stress/svår sjukdom/större kirurgi

Detta gäller större kirurgiska ingrepp men även vid mer omfattande endoskopiska undersökningar/behandlingar. Trauma och sepsis är situationer som försätter kroppen i svår stress och där substitution ska övervägas.

Första dygnet

Ges 50-100 mg Solu-Cortef i.v. direkt (alternativt 1 timma före planerad operation).

Därefter sätts i.v. dropp med 1 000 ml 5 % glukos och 100 mg Solu-Cortef. Låt infusionen gå in under 6 timmar. Ge därefter Solu-Cortef 50-100 mg i.v. var 6:e timme.

Dygn två - tre

Postoperativt efter större kirurgi eller stabiliserat trauma/septikemi. Ge injektion Solu-Cortef i.v. 25-50 mg x 3-4 i.m. eller i.v. tills mag-tarm-funktionen normaliserats.

Jämförelse av ekvipotens hos några vanliga kortisonpreparat:

Substans	Antiinflammatorisk aktivitet	Ekvivalent glukokortikoiddos *
Hydrokortison (Solu-Cortef)	1	20 mg
Prednisolon	3	5 mg
Betametason (Betapred)	25	0,6 mg

*Dessa ekvivalenta doser är baserade på äldre osäkra in vitro-modeller på den antiinflammatoriska effekten och återspeglar inte den metabola effekten mellan steroider.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Nina Widfeldt, överläkare, anestesikliniken, SÄS

Remissinstanser

-

Fastställt av

Nina Widfeldt, tf chefläkare, SÄS

Nyckelord

kortison, hydrokortison, prednisolon, betametason, betapred, solu-cortef

Länkförteckning

- Läkemedelsboken. Läkemedelsverket.
www.lakemedelsboken.se