

## Riktlinjer för ökad kortisondos vid kroppsliga påfrestningar hos patienter med långvarig kortisonbehandling

Patienter med långvarig (>3–4 veckor) kortisonbehandling har en risk för binjurebarkssvikt och bör därför få ökad kortisondos vid kroppsliga påfrestningar

**Akut binjurebarkssvikt** bör övervägas hos **hemodynamiskt instabila** patienter med pågående (eller nyligen avslutad) kortisonbehandling, som har kräkningar eller diarré, oberoende av typ av kortisonbehandling, administreringsätt och dos

### **Mindre påfrestning hos stabil patient (t.ex. feber över 38°C, antibiotikakrävande infektion, sjukdom som kräver sängvila, mindre ingrepp i lokalbedövning)**

- Patienter som tar prednisolon <10 mg dagligen:
  - öka prednisolon till 10 mg dagligen, i en eller två uppdelade doser. Denna dos bör behållas i 2-5 dagar tills patienten återhämtar sig eller antibiotikakuren är avslutad.
- Patienter som tar dexametason eller betametason <1 mg dagligen:
  - öka till 1 mg en gång dagligen. Denna dos bör behållas i 2-5 dagar tills patienten återhämtar sig eller antibiotikakuren är avslutad.
- Patienter som tar hydrokortison <40 mg dagligen eller som nyligen avslutat kortisonbehandling:
  - Ta hydrokortison 40 mg dagligen, uppdelat på tre doser (t.ex. 20 mg vid uppvaknandet, 10 mg vid lunch, 10 mg på sen eftermiddag). Denna dos bör behållas i 2-5 dagar tills patienten återhämtar sig eller antibiotikakuren är avslutad.

*Patienter som har en högre grunddos ( $\geq 10$  mg prednisolon,  $\geq 40$  mg hydrokortison,  $\geq 1$  mg dexametason eller  $\geq 1$  mg betametason dagligen) behöver inte öka dosen vid mindre kroppslig påfrestning, om de är hemodynamiskt stabila.*

### **Allvarlig kroppslig påfrestning/akut binjurebarkssvikt**

Vid allvarlig sjukdom, trauma, magsjuka eller annan orsak som medför svårigheter att ta/få i sig/behålla kortisontabletterna eller misstanke om akut binjurebarkssvikt ska patienten söka akut sjukvård för omedelbar injektion med 100 mg hydrokortison (Solu-Cortef®) intravenöst/intramuskulärt och intravenös vätsketillförsel (0,9% NaCl eller motsvarande). Därefter ges i.v. infusion hydrokortison (Solu-Cortef®) 200 mg under 24 timmar, alternativt injektion hydrokortison (Solu-Cortef®) 50 mg (intravenöst/intramuskulärt) var 6:e timme med utglesning och lägre doser i takt med klinisk förbättring.

*Patienter med höga kortisondos (prednisolon  $\geq 50$  mg eller dexametason/betametason  $\geq 6-8$  mg dagligen) behöver oftast inte öka sin dos. Patienter med misstänkt minskat upptag av tabletter eller om patienter fastar eller kan ej ta tabletter behövs intravenös/intramuskulär behandling.*

**För övriga tillstånd som t.ex. förlossning, gastro/koloskopi mm som kräver ökad kortisondos vänligen se lokala riktlinjer.**

*Dessa riktlinjer baseras på internationella riktlinjer publicerade 2024 (Beuschlein F et al. European Society of Endocrinology and Endocrine Society Joint Clinical Guideline: Diagnosis and Therapy of Glucocorticoid-induced Adrenal Insufficiency. J Clin Endocrinol Metab. 2024 May 10:dgae250.)*