

Was Rheumatologen wissen sollten

Neue Leitlinien zur glukokortikoidinduzierten Nebenniereninsuffizienz

Glukokortikoide kommen im rheumatologischen Alltag häufig zum Einsatz. Eine neue Leitlinie, gemeinsam verfasst von der europäischen und der amerikanischen endokrinologischen Fachgesellschaft, gibt aktuelle Empfehlungen zur Diagnose und Therapie einer glukokortikoidinduzierten Nebenniereninsuffizienz.

Glukokortikoide gehören zu den am häufigsten eingesetzten Medikamenten in der Rheumatologie. Die European Society of Endocrinology und die amerikanische Endocrine Society haben nun erstmals gemeinsame Richtlinien zur Diagnose und Therapie einer glukokortikoidinduzierten Nebenniereninsuffizienz (NNI) erarbeitet (1). Die Richtlinien richten sich ausdrücklich nicht nur an Endokrinologen, sondern an alle verordnenden Fachdisziplinen. Ihr Inhalt wurden am Rheuma Top vom Erstautor der Publikation, Prof. Dr. Felix Beuschlein, Universitätsspital, Zürich, vorgestellt.

Ab wann besteht ein Risiko für eine NNI?

Gemäss Richtlinien besteht ein Risiko für eine glukokortikoidinduzierte NNI bei einer Therapiedauer von drei bis vier Wochen oder länger und jeder Dosis, die das tägliche Äquivalent von 15 bis 25mg Hydrokortison übersteigt (4–6 mg Predniso(lo)n, 3–5 mg Methylprednison, 0,25–0,5 mg Dexamethason). Je höher Dosis und Therapiedauer und je potenter das Präparat, desto wahrscheinlicher ist eine Suppression der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse). Entscheidend ist zudem die Gesamtexposition über verschiedene Applikationswege hinweg, das heisst, auch inhalative, topische oder intraartikuläre Steroide können – insbesondere bei wiederholter Anwendung – zur Achsensuppression beitragen. Zudem kann sich das Risiko bei gleichzeitiger Einnahme starker CYP3A4-Inhibitoren zusätzlich erhöhen.

Empfehlungen fürs Ausschleichen

Eine Therapie mit Glukokortikoiden sollte – unabhängig von ihrer Dauer – nur ausgeschlichen werden, wenn die Grund-

erkrankung kontrolliert ist und das Glukokortikoid nicht mehr gebraucht wird. Hat die Therapie weniger als 3 bis 4 Wochen gedauert, ist ein Ausschleichen, unabhängig von der Dosis, nicht notwendig. Es besteht in diesen Fällen ein niedriges Risiko für eine Suppression der HPA-Achse und die Behandlung kann gestoppt werden, ohne eine Testung durchzuführen.

Im Fall einer Langzeittherapie wird das Glukokortikoid ausgeschlichen, bis die physiologische Tagesdosis annähernd erreicht ist (z.B. 4 bis 6 mg Prednison). Kommt es während des Ausschleichens zu schwerwiegenden Entzugssymptomen/Anzeichen einer NNI, sollte die Glukokortikoiddosis vorübergehend auf die zuletzt vertragene Dosis erhöht und danach langsamer ausgeschlichen werden.

Als Alternativszenario kann die Erholung der HPA-Achse ab Erreichen eines physiologischen Dosisäquivalents anhand eines Morgenkortisolwerts überwacht werden (Morgen-Kortisol zwischen 08:00–09:00 Uhr, nach mindestens 24 Stunden Pause seit der letzten Glukokortikoiddosis). Es werden in den Richtlinien folgende Grenzwerte und Vorgehensweisen für die Therapie mit Glukokortikoiden empfohlen:

- 300 nmol/l: Achse gilt als erholt, Therapie kann beendet werden.
- 150 – 300 nmol/l: Glukokortikoid beibehalten, in einige Wochen erneut testen.
- < 150 nmol/l: Glukokortikoid beibehalten, in einigen Monaten erneut testen.

Das Vorgehen sollte stets im klinischen Kontext beurteilt werden, insbesondere bei multimorbiden oder älteren Personen. Persistiert eine NNI unter einem physiologischen Dosisäquivalent über mehr als ein Jahr, sollten Betroffene endokrinologisch abgeklärt werden. □

Therese Schwender

Quelle: «Guidelines Glukokortikoid-induzierte NN-Insuffizienz», Vortrag von Prof. Dr. Felix Beuschlein, Universitätsspital Zürich im Rahmen des Rheuma Top am 21. August 2025 in Pfäffikon.

Referenz:

1. Beuschlein F et al.: European Society of Endocrinology and Endocrine Society Joint Clinical Guideline: Diagnosis and therapy of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency. Eur J Endocrinol. 2024;190(5):G25–G51.

KURZ UND BÜNDIG

- Eine Glukokortikoid induzierte Nebenniereninsuffizienz ist selten akut gefährlich – wird aber oft übersehen.
- Entscheidend sind nicht einzelne Dosen oder Applikationswege, sondern die Gesamtexposition über Dosis, Dauer und Potenz hinweg.