



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOKRINOLOGIE UND STOFFWECHSEL
Austrian Society for Endocrinology and Metabolism (www.oeges.at)

Präsidentin: Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Obermayer-Pietsch, Medizinische Universität Graz

Sekretär: Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Florian Kiefer, PhD, Medizinische Universität Wien

Titel: Nebenniereninsuffizienz und COVID-19

Autor: Stefan Pilz¹

¹ Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich

Korrepondenzadresse:

Assoz. Prof. PD. Dr. Stefan Pilz, PhD

Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinik für Innere Medizin,
Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 15, 8036 Graz

Email: stefan.pilz@chello.at

Die durch das SARS-CoV2-Virus verursachte Pandemie mit dem Erkrankungsnamen COVID-19 (Coronavirus disease-19) führt aktuell zu ausgeprägten Veränderungen des täglichen Lebens inklusive des Gesundheitssystems [1-3].

Aufgrund dieser derzeitigen Situation und teils auftretender Fragen im Bezug auf spezielle endokrinologische Erkrankungen haben diverse Fachgesellschaften Informationen zu COVID-19 und Nebenniereninsuffizienz publiziert [4-6].

In diesem Beitrag werden diese Empfehlungen sowie häufig gestellte Fragen von Betroffenen mit Nebenniereninsuffizienz behandelt.

Gemäss der aktuellen Datenlage **liegen keine Studien vor, die eine erhöhte Anfälligkeit für COVID-19 bei Patienten mit Nebenniereninsuffizienz belegen. Die Hormonersatztherapie, welche Patient*innen mit Nebenniereninsuffizienz täglich einnehmen müssen, sollte aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht verändert werden.** Insbesondere sollte die Hormonersatztherapiedosis nicht „präventiv“ verändert werden, sondern es sollte die Behandlung gemäss der bisherigen Empfehlungen weitergeführt werden [7-9].

Sollte ein Patient/eine Patientin mit Nebenniereninsuffizienz an COVID-19 erkranken, gelten im Bezug auf die Dosisanpassung der Glukokortikoidersatztherapie (häufig wird in Österreich dbzgl. Hydrocortison mit Handelsnamen Hydrocortone® oder Hydrocortison® eingenommen) dieselben Therapieempfehlungen wie bei sonstigen Atemwegsinfekten (z.B. Influenza/Grippe) oder anderen Stresssituationen/Erkrankungen [10-12]:

Im Prinzip sollte man bei Erkrankungszuständen mit z.B. Fieber und Husten die Hydrocortisondosis zumindest verdoppeln, bis man wieder gesund bzw. fieberfrei ist und dann wieder die übliche Tagesdosis einnehmen. Wenn sich ein sehr schwerer Erkrankungszustand (v.a. wenn rasch auftretend und/oder Gastroenteritis „Breachdurchfall“) entwickelt, sollte sich der Patient/die Patientin selbst oder durch eine/n Angehörigen eine sogenannte „Notfallspritze“ mit Hydrocortison 100 mg (Hydrocortison® oder Solu-Cortef®) entweder subkutan (wie eine „Thrombosespritze“) oder intramuskulär (z.B. in den Oberschenkel) verabreichen UND danach sofort ärztliche Hilfe aufsuchen; d.h. in erster Linie Transport in das nächstgelegene Krankenhaus, da eine sogenannte Addison-Krise droht, welche stationär mit intravenösem Hydrocortison sowie intravenöser Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution behandelt werden muss (Anmerkung: sollte kein Hydrocortison i.v. verfügbar sein, kann auch Prednisolon [z.B. Soludacortin® oder Prednisolut®] mit der Umrechnung 100 mg Hydrocortison entsprechen etwa 25 mg Prednisolon) verabreicht werden.



Präsidentin: Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Obermayer-Pietsch, Medizinische Universität Graz
Sekretär: Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Florian Kiefer, PhD, Medizinische Universität Wien

Auf keinen Fall darf also bei einem Patienten/einer Patientin mit Nebenniereninsuffizienz die Glukokortikoidtherapie im Rahmen einer COVID-19 Erkrankung abgesetzt werden, sondern sie muss wie oben beschrieben entsprechend gesteigert werden! Sollte man sich unsicher sein, ob die orale Glukokortikoiddosis erhöht werden sollte, man sich die Notfallspritze verabreichen soll, oder eine Addison Krise vorliegt, ist im Zweifelsfall unbedingt (!) die Dosis zu erhöhen, die Spritze zu verabreichen (bzgl. Schulungsvideo siehe Referenz Nr. [10]) bzw. im Krankenhaus eine ex-juvantibus-Gabe von Hydrocortison 100 mg i.v. (oder Aprednisolon 25 mg i.v.) plus Elektrolytlösung i.v. zu geben!

Um für solche Situationen gut vorbereitet zu sein, sollten alle Patient*innen mit Nebenniereninsuffizienz einen entsprechenden Notfallsausweis sowie eine „Notfallspritze“ mit Hydrocortison bei sich haben und entsprechend geschult sein [7,8,10-12].

Weiters wird in der aktuellen Lage auch angeraten, **darauf zu achten, dass man als Patient/Patientin mit Nebenniereninsuffizienz ausreichend Tabletten für den Glukokortikoidersatz bei sich hat** (Anmerkung: sollte es wider erwarten zu Engpässen bei Hydrocortison-tabletten kommen kann statt Hydrocortison 20 mg [entsprechend einer Tablette Hydrocortone® welche aufgeteilt auf 2 bis 3 Dosen am Tag verabreicht wird] auch Aprednisolon 5 mg 1 mal tgl. überbrückend eingenommen werden). Da Patient*innen mit Nebenniereninsuffizienz ganz unabhängig von COVID-19 an einer chronischen Erkrankung leiden, bei der Infekte mit schweren Verläufen häufiger sind als in der Allgemeinbevölkerung, **sollten diese Patient*innen in ganz besonderem Maße vor einer Ansteckung mit dem SARS-CoV2-Virus geschützt werden bzw. selbst entsprechende Verhaltensregeln einhalten [13].**

Literatur

1. Ioannidis JPA. Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. Eur J Clin Invest. 2020 Mar 23:e13223. doi: 10.1111/eci.13223. [Epub ahead of print]
2. Verity R, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infect Dis. 2020 Mar 30. pii: S1473-3099(20)30243-7. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30243-7. [Epub ahead of print]
3. Abel T, McQueen D. The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing! Int J Public Health. 2020 Apr 1. doi: 10.1007/s00038-020-01366-7. [Epub ahead of print]
4. Kaiser UB, Mirmira RG, Stewart PM. Our Response to COVID-19 as Endocrinologists and Diabetologists. J Clin Endocrinol Metab. 2020 May 1;105(5). pii: dgaa148. doi: 10.1210/clinem/dgaa148.
5. https://www.ese-hormones.org/media/2223/covid-and-endocrine-diseases-ese-statement-final_23032020.pdf
6. <https://www.endokrinologie.net/krankheiten-nebenniereninsuffizienz.php>
7. Pilz S. Nebenniereninsuffizienz und Nebenniereninzidentalome. Wien Klin Wochenschr Educ 2017;12:81-101.
8. Bornstein SR, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016 Feb;101(2):364-89.
9. Barthel A, et al. An Update on Addison's Disease. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2019 Feb;127(2-03):165-175.
10. <https://www.youtube.com/watch?v=IKsbHAoCKAs&feature=youtu.be>
11. Burger-Stritt S, Hahner S. Nebennierenkrise. Internist (Berl). 2017 Oct;58(10):1037-1041.
12. Allolio B. Extensive expertise in endocrinology. Adrenal crisis. Eur J Endocrinol. 2015 Mar;172(3):R115-24.
13. Bancos I, Hazeldine J, Chortis V, Hampson P, Taylor AE, Lord JM, Arlt W. Primary adrenal insufficiency is associated with impaired natural killer cell function: a potential link to increased mortality. Eur J Endocrinol. 2017 Apr;176(4):471-480