

# Landelijke richtlijn aanpassing glucocorticoïddosering tijdens stress in concept gereed

Nick van der Meij, verpleegkundig specialist endocrinologie UMC Utrecht  
Dr. Pierre Zelissen, internist-endocrinoloog UMC Utrecht  
Prof. Ad Hermus, internist-endocrinoloog Radboudumc

**De stressinstructies die patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie krijgen om een Addison crisis te voorkomen, lopen uiteen. Daarnaast zijn er verschillen in ziekenhuisprotocollen voor aanpassing van glucocorticoïden tijdens ingrepen zoals een operatie. Een werkgroep heeft daarom recentelijk een voorstel voor een landelijke richtlijn geschreven.**

## Aanleiding

Patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie moeten hun dosering glucocorticoïden verhogen in lichamelijke stresssituaties zoals ziekte, koorts, trauma, (operatieve) ingrepen en bij ernstige psychische stress. Als dit onvoldoende gebeurt, kan een Addison crisis optreden. Het is daarom belangrijk dat iedere patiënt met bijnierschorsinsufficiëntie weet hoe de dosering glucocorticoïden moet worden aangepast in stresssituaties. Tevens moeten er in ziekenhuizen goede protocollen zijn die een glucocorticoïd-stressschema beschrijven voor (operatieve) ingrepen. In de praktijk blijken deze protocollen en ook de instructies die patiënten krijgen van ziekenhuis tot ziekenhuis nogal te verschillen. Vanuit het UMC Utrecht wilden wij graag onderzoeken hoe groot die verschillen in Nederland daadwerkelijk zijn. Deze inventarisatie zou ook een mooie aanleiding kunnen zijn om hierover landelijk consensus te bereiken. Daarom werd direct de samenwerking gezocht met het Bijnier-NET in oprichting en werd een enquête onder endocrinologen in alle Nederlandse ziekenhuizen uitgezet. Hierna werd een consensuswerkgroep samengesteld en door deze werkgroep is uiteindelijk een voorstel voor een richtlijn ontwikkeld.

## Waarom is consensus belangrijk?

Het is niet heel vreemd dat er zo veel verschillen zijn tussen ziekenhuizen en zorgverleners op dit gebied. Er is namelijk maar heel weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan in welke mate de dosering glucocorticoïden in stresssituaties verhoogd dient te worden. Hierdoor zullen zorgverleners veel

sneller vanuit hun eigen expertise en ervaring adviezen geven en worden er lokale richtlijnen opgesteld. Maar voor patiënten kan dit erg verwarrend zijn omdat ze bijvoorbeeld door verschillende zorgverleners, lotgenotencontact en/of beschikbare informatie op internet geconfronteerd worden met die verschillen. Het is onwenselijk als een patiënt hierdoor twijfels heeft hoe hij zou moeten handelen, want het gaat om een potentieel gevaarlijke situatie. Daarnaast is het ook minder wenselijk als patiënten per ziekenhuis een ander glucocorticoïd-stressschema bij (operatieve) ingrepen krijgen.

## Welke verschillen zijn er gezien in de enquête?

De enquête werd verstuurd naar internisten/endocrinologen van 91 verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Van deze hebben er 38 (42%) de enquête ingevuld. Uit de resultaten wordt duidelijk dat er uiteenlopende adviezen worden gegeven hoe een patiënt met bijnierschorsinsufficiëntie moet handelen in hypothetische voorbeeldsituaties van stress. Enkele voorbeelden van verschillen zijn:

- Ziekte zonder koorts: geen aanpassing, 5-10 mg extra hydrocortison of dosering verdubbelen
- Ziekte met koorts: dosering verdubbelen of dosering verdrievoudigen
- Kortdurend braken: dosering verdubbelen, dosering verdrievoudigen, 200 mg hydrocortison rectaal, injectie met 100 mg Solucortef of contact met internist-endocrinoloog
- Aanhoudende (water)dunne diarree (ongeveer elk uur): dosering verdubbelen, dosering verdrievoudigen, injectie met 100 mg Solucortef of contact met internist-endocrinoloog
- Ernstige psychische stress, zoals overlijden van dierbaar persoon: afhankelijk van de mate van psychische stress dosering aanpassen en maximaal verdrievoudigen, dosering verdubbelen of dosering verdrievoudigen
- Intensief sporten: geen dosering aanpassing of 2,5 tot 5 mg extra hydrocortison

Ook werden er verschillen gezien ten aanzien van het glucocorticoïd-stressschema bij ingrepen. Zo liepen de adviezen bij grote operaties uiteen van verdrievoudigen van de dosering tot maximaal 500 mg hydrocortison per 24 uur.

De resultaten van het onderzoek lieten ondanks de verschillen ook overeenkomsten zien doordat er meerderheden voor bepaalde adviezen waren. Deze meerderheden zijn als uitgangspunt gebruikt bij ontwikkeling van de richtlijn.

## Hoe is de richtlijn ontwikkeld

Er werd een consensuswerkgroep samengesteld, bestaande uit:

- zeven internist-endocrinologen uit vijf academische ziekenhuizen, betrokken bij oprichting van het BijnierNET
- twee internist-endocrinologen uit verschillende topklinische ziekenhuizen
- twee verpleegkundig specialisten uit verschillende academische ziekenhuizen
- drie vertegenwoordigers van de NVACP

De werkgroep is vier keer samengekomen in Utrecht voor een twee uur durende vergadering. Vooraf werden door de werkgroepleden stukken voorbereid. Tijdens de vergadering werden onderdelen van de richtlijn ontwikkeld en bediscussieerd. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een richtlijn en een patiëntinformatiefolder.

## Kwaliteitsstandaard

De richtlijn 'aanpassing glucocorticoïddosering tijdens stress' is niet een aparte richtlijn. Het zal een onderdeel worden van de 'Kwaliteitsstandaard Bijnierziekten' die momenteel in ontwikkeling is. In deze kwaliteitsstandaard wordt voor verschillende bijnierziekten (zoals de ziekte van Addison en het syndroom van Cushing) beschreven wat goede zorg is. De verwachting is dat deze kwaliteitsstandaard in de loop van volgend jaar aan de NIV (Nederlandse Internisten Vereniging) en NVE (Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie) voorgelegd kan worden voor accreditatie. Het zal daarom even duren voordat de richtlijn 'aanpassing glucocorticoïddosering tijdens stress' landelijk in gebruik genomen wordt. Omdat er vanuit de praktijk toch al wensen zijn om de richtlijn eerder te gaan gebruiken, zijn we nu met de werkgroep aan het nadenken hoe we de richtlijn beschikbaar kunnen stellen vóórdat officiële accreditatie heeft plaats gevonden.

## Mogelijke gevolgen in de praktijk

Wanneer de nieuwe richtlijn geaccrediteerd is, dan zullen zorgverleners hun beleid en aanbevelingen hierop aanpassen. Dit betekent onder andere dat interne protocollen en voorlichtingsmateriaal voor patiënten herschreven moeten

worden. Geleidelijk aan zullen patiënten op de hoogte raken van die nieuwe richtlijn. Natuurlijk zullen zorgverleners maar ook patiënten moeten wennen aan de nieuwe instructies. Het grote voordeel is wel dat alle zorgverleners het zelfde verhaal vertellen.

## Toekomst

Een belangrijke stap in de zorg voor patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie is voorlichting geven over de ziekte en de richtlijn voor het voorkómen van een Addison crisis in de thuissituatie uitleggen. De moeilijkste stap komt daarna. Hoe zorgen we ervoor dat patiënten deze richtlijn inpassen in hun dagelijks leven? En hoe controleren we of dit goed is gelukt? Patiënten worden namelijk niet dagelijks geconfronteerd met stresssituaties zoals ziekte. Het kan dan erg moeilijk zijn om zich toepassing van de richtlijn eigen te maken. De laatste tijd wordt steeds duidelijker dat na voorlichting regelmatig (bijvoorbeeld jaarlijks) bij de patiënt getoetst moet worden of hij/zij weet hoe te handelen in bepaalde stresssituaties. Dit kan bijvoorbeeld door te vragen of hij/zij ziek is geweest en hoe hij/zij heeft gehandeld. Maar ook door hypothetische voorbeelden van stress voor te leggen en te vragen hoe hij/zij zou handelen. Op deze manier kan goed inzicht verkregen worden in de mate van zelfmanagement van de patiënt. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te hebben voor beïnvloedende factoren op het uitvoeren van de richtlijn, zoals angst voor bijwerkingen, misconcepties of praktisch onvermogen om medicijnen te verhogen. Het zou heel erg mooi zijn als we in de toekomst het aantal (dreigende) Addison crises kunnen verminderen.

## Consensus werkgroep

*Prof. dr. A.R.M.M. Hermus*, Internist-endocrinoloog, Radboudumc  
*Dr. P.M.J. Zelissen*, Internist-endocrinoloog, UMC Utrecht  
*Dr. E.F.C. van Rossum*, Internist-endocrinoloog, Erasmus MC  
*Dr. R.A. Feelders*, Internist-endocrinoloog, Erasmus MC  
*Prof. dr. A.M. Pereira*, Internist-endocrinoloog, LUMC  
*Prof. dr. B.H.R. Wolffenbuttel*, Internist-endocrinoloog, UMCG  
*Dr. A.A.M. Franken*, Internist-endocrinoloog, Isala klinieken  
*Dr. M.E. Sanson-van Praag*, Internist-endocrinoloog, Meander Medisch Centrum  
*N.T.M. van der Meij*, Verpleegkundig specialist, UMC Utrecht  
*M. Kerstens*, Verpleegkundig specialist, Radboudumc  
*T. Westerbeke*, NVACP  
*J.G. Beun*, NVACP  
*A. Noordzij*, NVACP  
*M. Marks*, NVACP