

# Nationellt kort vid binjurebarkssvikt

## Nytt varningskort kan leda till bättre handläggning och ökad patientsäkerhet

**PER DAHLQVIST**, med dr, specialistläkare, Medicincentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
per.dahlqvist@medicin.umu.se  
**SOPHIE BENSING**, med dr, specialistläkare, kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, Solna  
**OLOV EKWALL**, docent, specialistläkare, barnkliniken, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

**JEANETTE WAHLBERG**, med dr, specialistläkare, EM-kliniken, endokrinologi och diabetes, Universitetssjukhuset i Linköping  
**RAGNHILDUR BERGTHORSDDOTTIR**, specialistläkare, medicinkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg  
**ANNA-LENA HULTING**, professor, överläkare, kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Akut binjurebarkssvikt (Addisonkris/akut kortisolbrist) är ett ovanligt men allvarligt tillstånd som måste finnas i åtanke vid oklar cirkulatorisk svikt och nedsatt allmäntillstånd. Vid akut binjurebarkssvikt uppstår en kraftig dehydrering med natriumbrist samt hypotension. Dödligheten vid obehandlad Addisonkris är mycket hög, men med snabb, adekvat behandling med hydrokortison intravenöst/intramuskulärt (Solu-Cortef) och intravenöst dropp med natriumklorid (NaCl) överlever de flesta och återhämtar sig snabbt.

Addisonkris är inte sällan »debutsymtom« vid Addisons sjukdom, ofta i samband med en infektion [1]. De flesta fall av akut kortisolbrist drabbar dock patienter med känd binjurebarkssvikt, vilken kan vara primär vid Addisons sjukdom, sekundär till hypofyossvikt med ACTH-brist (kortikotropinbrist) eller orsakad av exogena glukokortikoider vid exempelvis inflammatoriska sjukdomar. Patienter med binjurebarkssvikt behöver daglig ersättningsbehandling med kortison, vilket oftast ges som hydrokortison i tablettform med en total dygnsdos om 15–25 mg fördelat på två eller tre doser [1–3]. Vid primär binjurebarkssvikt ges även ersättning för aldosteronbrist med tablett fludrokortison 0,05–0,2 mg dagligen.

Vid feber >38 °C eller annat tillstånd/sjukdom med ökad fysiologisk stress ökar kroppens kortisolbehov. Patienterna instrueras därför att dubblera (eller i vissa fall tredubbla) hydrokortison dosen vid dessa tillstånd, med nedtrappning till ordinarie dos inom 2–3 dagar vid tillfrisknande [2–4]. Om patienten inte kan få i sig hydrokortison tabletterna, eller om upptaget i tarmen är nedsatt på grund av kräkning eller diarré, kan ett livshotande tillstånd snabbt uppstå vid en till synes banal magsjuka. Detsamma gäller vid allvarlig sjukdom såsom sepsis, större trauma etc. Patienter med primär binjurebarkssvikt är känsligare, då de saknar både kortisol och aldosteron. Dessa patienter måste därför snarast uppsöka sjukvår-

den för att få NaCl-dropp och Solu-Cortef [1, 2, 5]. Två aktuella studier av patienter med diagnostiserad binjurebarkssvikt visar en årlig incidens av akut Addisonkris på cirka 8 procent [6], och att cirka 40 procent hade haft minst en akut Addisonkris [7].

I två stora svenska epidemiologiska studier påvisades en drygt dubblad risk för död hos patienter med primär binjurebarkssvikt och en sex gånger ökad risk för död i infektion [8, 9]. Detta kan till viss del ha orsakats av otillräcklig kortisol- och vätskeersättning i samband med infektion.

### Viktigt med tydlig information

Patienter med binjurebarkssvikt bör kontrolleras regelbundet, minst en gång per år, hos internmedicinare eller endokrinolog. För att undvika en livshotande kortisolbrist är det viktigt att den ansvariga läkaren ger tydlig information till patienter som sjukvårdspersonal om adekvata åtgärder vid feber eller andra sjukdomstillstånd. Muntlig och skriftlig information bör ges vid sjukdomsdebut och upprepas vid återbesöken. Skriftlig patientinformation finns till exempel på Svenska endokrinologföreningens webbplats <<http://www3.svls.se/sekationer/endokrin/infoblad.html>>.

Patienterna får ett »kortisonkort« att ha i plånboken med kortfattad information, och ibland en metallbricka, liknande Waranbrickan, att ha om halsen. I vissa fall (exempelvis vid resor långt från akutsjukvård) förskrivs även Solu-Cortef. Patienten och anhöriga får då utbildning i att ge intramuskulär injektion (100 mg) i akuta situationer, och det understryks att patienten efter detta så snabbt som möjligt ska uppsöka akutsjukvård för fortsatt vård.

### Nationellt kortisonkort underlättar omhändertagandet

I dag finns många olika kortisonkort med varierande utseende och innehåll, ofta tryckta på färgat papper, som tagits fram av lokala sjukhus eller patientföreningar. Att det inte funnits ett enhetligt nationellt kortisonkort har vi uppfattat som suboptimalt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. I ett samarbete mellan det nybildade Svenska Addisonregistret och Svenska endokrinologföreningen har därför ett nationellt kortisonkort tagits fram (Fakta 1).

Det nya kortisonkortet är av plast och i kreditkortsformat. På kortet finns information på svenska och engelska samt ett skrivfält för patientens namn och personnummer. Vi tror att ett prydligt, praktiskt format och god hållbarhet gör det lättare och mer tilltalande för patienten att ha kortet med sig och visa upp det i akuta sammanhang. En stor fördel med att använda ett likadant kort över hela landet är att det blir lättare att känna igen för sjukvårdspersonal. Därmed underlättas ett snabbt och adekvat omhändertagande av patienten. Intresset

### SAMMANFATTAT

**Akut binjurebarkssvikt** (akut kortisolbrist/Addisonkris) är en ovanlig men viktig differentialdiagnos vid akut cirkulationssvikt.  
**De flesta fall av Addisonkris** drabbar patienter med känd binjurebarkssvikt, oftast i samband med gastroenterit eller annan infektion.  
**Noggrann och tydlig** information och utbildning av

patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal behövs för att undvika sjuklighet och dödsfall i akut binjurebarkssvikt.  
**Ett nationellt varningskort** i kreditkortsformat har tagits fram till patienter med binjurebarkssvikt för att uppmärksamma och förbättra handläggningen av detta potentiellt livshotande tillstånd.

## FAKTA 1

**Kliniker som behandlar** patienter med binjurebarks-  
svikt kan beställa kortison-  
kortet kostnadsfritt från  
Svenska Addisonregistret/

Svenska endokrinologför-  
eningen från <per.dahlqvist  
@medicin.umu.se> En barn-  
version kan beställas från  
<olov.ekwall@vgregion.se>

LIVSVIKTIG INFORMATION OM

## KORTISOL BRIST



DENNA PATIENT BEHÖVER DAGLIG  
ERSÄTTNINGSBEHANDLING MED KORTISON.

Vid feber eller annan större påfrestning, t ex  
operation, infektion eller större olycksfall  
måste tillförseln av kortison ökas.


Vid feber över 38°C - ta dubbel dos kortison.

Vid kräkning/diarré då tabletterna ej kan  
behållas - uppsök sjukvård snarast för  
omedelbar tillförsel av Solu-Cortef (100 mg)  
iv/im samt koksalt i dropp.

*Svenska Endokrinologföreningen*

IMPORTANT

## MEDICAL INFO.



THIS PATIENT NEEDS DAILY REPLACEMENT  
THERAPY WITH CORTISONE.

In case of serious illness, vomiting or  
diarrhoea, hydrocortisone 100 mg iv/im  
and iv saline infusion should be  
administered without delay.

*Swedish Endocrine Society*

\_\_\_\_\_  
Name / Name

\_\_\_\_\_  
Personnummer / Date of birth

för kortet är stort, och det finns redan på många av landets  
medicin- och endokrinmottagningar. Vid ett möte i Bergen i  
november 2010 för europeiska Addisonpatientföreningar dis-  
kuterades även en gemensam europeisk standard med det  
svenska kortet som förlaga, vilket skulle befrämja  
patientsäkerheten i Europa.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Olle Kämpe, Brita Winsa, Gudmundur Johannsson, Bertil Ekman,  
Katarina Link och Tommy Olsson har bidragit med kreativa kom-  
mentarer under framtagandet av kortisonkortet. Johan Dahlqvist  
har formgivit kortet.*

**Kommentera** denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

### REFERENSER

1. Arlt W. The approach to the adult with newly diagnosed adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94:1059-67.
2. Olsson T, Valdemarsson S. Kortikosteroider och hypofyshormoner. I: *Läkemedelsboken 2009/2010*. Uppsala: Apoteket AB; 2009. p 591-603.
3. Lovas K, Husebye ES. Replacement therapy for Addison's disease: recent developments. *Expert Opin Investig Drugs.* 2008;17:497-509.
4. Crown A, Lightman S. Why is the management of glucocorticoid deficiency still controversial: a review of the literature. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2005;63:483-92.
5. Hahner S, Allolio B. Therapeutic management of adrenal insufficiency. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2009;23:167-79.
6. White K, Arlt W. Adrenal crisis in treated Addison's disease: a predictable but under-managed event. *Eur J Endocrinol.* 2010;162:115-20.
7. Hahner S, Loeffler M, Bleicken B, Drechsler C, Milovanovic D, Fassnacht M, et al. Epidemiology of adrenal crisis in chronic adrenal insufficiency: the need for new prevention strategies. *Eur J Endocrinol.* 2010;162:597-602.
8. Bergthorsdottir R, Leonsson-Zachrisson M, Oden A, Johannsson G. Premature mortality in patients with Addison's disease: a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:4849-53.
9. Bensing S, Brandt L, Tabaroj F, Sjöberg O, Nilsson B, Ekblom A, et al. Increased death risk and altered cancer incidence pattern in patients with isolated or combined autoimmune primary adrenocortical insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2008;69:697-704.