検索ボックス

検索

<< 2025年10月 >>

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

最近の記事

(10/27)マスク義務化の状況は地域によって異なる
(10/25)コロナワクチンの効果・2024～2025米国
(10/22)小児の機能性便秘・モビコール（PEG）
(10/20)一過性の抗コリン薬による負荷と院外心停止
(10/18)ACE阻害薬とARBの比較効果

最近のコメント

鉄欠乏性貧血における鉄剤の服用 by (09/13)
23価肺炎球菌ワクチンの局所反応 by (07/11)
急性心不全のラシックスの効果減弱 by (06/10)
小児の腸重積・ロタウイルスワクチンとの関係について by (05/02)
Ⅱ型糖尿病患者にスルホニル尿素薬の有効性について by (04/19)

タグクラウド

カテゴリ

小児科(277)
循環器(343)
消化器・ＰＰＩ(199)
感染症・衛生(339)
糖尿病(171)
喘息・呼吸器・アレルギー(140)
インフルエンザ(124)
肝臓・肝炎(67)
薬・抗生剤・サプリメント・栄養指導(59)
脳・神経・精神・睡眠障害(82)
整形外科・痛風・高尿酸血症(48)
ワクチン(102)
癌関係(19)
脂質異常(32)
甲状腺・内分泌(22)
婦人科(24)
泌尿器・腎臓・前立腺(67)
熱中症(7)
日記(35)
その他(112)

過去ログ

2025年10月(11)
2025年09月(15)
2025年08月(13)
2025年07月(14)
2025年06月(13)
2025年05月(15)

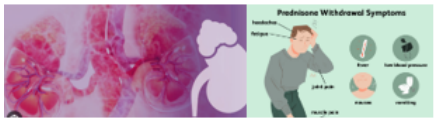
<< C型肝炎の再感染・男性間性交渉 | TOP | 抗うつ薬中断について・過剰の心配は必要ないかも >>

2024年08月22日

ステロイド剤使用のガイドライン・2024年版

ステロイド剤使用のガイドライン・2024年版

European Society of Endocrinology and Endocrine Society
Joint Clinical Guideline: Diagnosis and therapy
of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency



　ステロイド剤は最強の抗炎症薬の一つです。
症状が安定したら、いかに漸減していくかが問題です。ステロイド剤には、そのものの副作用とステロイド剤誘因の副腎不全も注意しなくてはなりません。
　今回、ヨーロッパからガイドラインが出ていましたのでブログします。
長い論文で実地医家にとってはやや饒舌な感じのため、journal Watchからも引用し、端折って纏めます。

1） ステロイド剤の用量に関係なく、投与の期間が3～4週間以内なら漸減の方法をとらなくても良い。

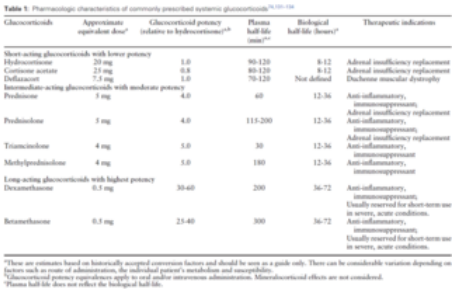
2） 投与の期間が3～4週間を超えた場合は、漸減方式が必要となる。
それによってステロイド離脱症状を予防し、下垂体からの副腎刺激を回復できる。

3） 漸減は疾患がコントロールされていることを確認する必要があります。
・プレドニン換算で40mg/日を超えている場合は、5～10mg/週の割合で漸減していく。
・40mg/日以下の場合は、10～20mg/日になるまで2.5mg/1～4週間毎に漸減し、10mg/日になったら、1mg/1～4週間毎に漸減していく。

4） 長時間作用型ステロイド（例えばデキサメタゾン）を処方している場合は、短期作用型ステロイド（プレドニンやハイドロコルチゾン）に変更してから漸減する。

5） 漸減して生理的量（プレドニン換算で4～6mg）に達したら、早朝のコルチゾール値を測定し、10μg/dl以上なら視床下部ー下垂体ー副腎（HPA）の反応が回復しているのでステロイドを中止しても良い。
10μg/dl以下の場合は漸増を継続し、数週間後に再検する。

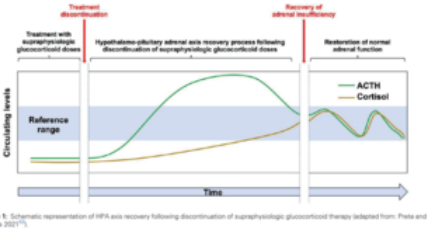
6） 考察
ステロイドを漸減していく際に、ステロイド離脱症状か副腎不全か、それとも本来の疾患の再炎かを区別する事は簡単ではない事に留意する。



以降はカテゴリーで検索してください。

Table 4. Suggested tapering regimen depending on glucocorticoid dose

Patient's current daily prednisone equivalent dose	Suggested prednisone decrements	Time interval
>40 mg	5-10 mg decrease	Every week
20-40 mg	5 mg decrease	Every week
10-20 mg	2.5 mg decrease	Every 1-4 weeks
5-10 mg	1 mg decrease	Every 1-4 weeks
5 mg	In absence of clinical symptoms or negative testing for adrenal insufficiency continue 1 mg decrease (if low dosage prednisolone preparations are not available, alternative: 20 mg hydrocortisone with 5 mg decrease)	Every 4 weeks



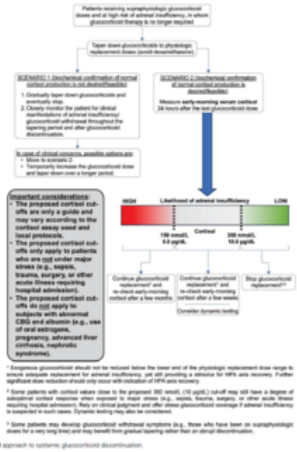


Table 6 Non-oral glucocorticoid formulations and risk of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency

	Prevalence of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency[a]	Factors increasing the risk of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency	Strategies to mitigate the risk of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency[a]
Inhaled glucocorticoids	• Overall: 7.8% (CI 4.2-13.9) • Short-term use (<1 month): 1.4% (CI 0.3-7.4) • Medium-term use (1-12 months): 11.9% (CI 3.8-23.1) • Long-term use (>12 months): 27.4% (CI 17.7-39.8) • Low dose use: 2.4% (0.4-9.3) • Intermediate dose use: 8.5% (4.2-16.8) • High dose[b] use: 21.5% (12.0-35.5)	• Treatment with high doses[b] for prolonged periods • Use of fluticasone propionate • Concomitant use of other glucocorticoid formulations (e.g., oral glucocorticoids in chronic obstructive pulmonary disease or nasal glucocorticoids for rhinitis/nasal polyposis) • Lower body mass index • Higher compliance with treatment • Concomitant treatment with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c] (e.g., medications containing ritonavir, antifungal drugs for acute allergic bronchopulmonary aspergillosis)	• Use the lowest effective glucocorticoid dose for the shortest period • Use spacers and mouth rinsing • Consider alternative glucocorticoids to fluticasone propionate • Avoid co-administration with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]
Intra-articular glucocorticoids	52.2% (40.5-63.6)	• Repeated injections over a short period (<3 months) • Simultaneous injections of multiple joints • Use of high glucocorticoid doses • Inflammatory arthropathies • Concomitant use of other glucocorticoid formulations • Concomitant treatment with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]	• Reduce the number of injections, if possible • Space out injections by at least 3-4 months, if possible • Triamcinolone hexacetonide may carry a lower risk of systemic absorption than triamcinolone acetonide • Avoid co-administration with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]
Percutaneous (topical) glucocorticoids	4.7% (CI 1.1-18.3)	• Long-term use of high-potency glucocorticoids on large surface areas or areas of increased absorption (e.g. mucosa) • Prolonged use on inflamed skin with impaired barrier function • Occlusive dressings • Use on mucous membranes, eyelids, and scrotum • Concomitant use of other glucocorticoid formulations • Concomitant treatment with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]	• Use the smallest effective quantity for the shortest period • Use lower potency glucocorticoids, if possible • Avoid co-administration with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]
Intra-nasal glucocorticoids	4.2% (CI 0.5-28.9)	• Long-term use • Concomitant use of other glucocorticoid formulations • Concomitant treatment with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]	• Use the lowest effective glucocorticoid dose for the shortest period • Avoid co-administration with strong cytochrome P450 3A4 inhibitors[c]

Table 7: Signs and symptoms of glucocorticoid-induced (exogenous) Cushing syndrome

Symptoms	Muscle weakness Sleep disturbances (insomnia) Increased appetite Mood and cognitive disturbances (irritability, impaired memory, depression)
Signs	Proximal muscle weakness and wasting Excess weight gain and central obesity Supraclavicular and dorsocervical fat accumulation Facial and upper neck plethora with facial rounding Skin atrophy with easy bruising, red stretchmarks, and poor wound healing Acne Menstrual irregularities in women.
Other manifestations	Cardiometabolic risk factors (hypertension, dysglycemia, dyslipidemia, hypercoagulability) Osteoporosis and fragility fractures Hypogonadism, reduced libido, and reduced fertility

specialist. Patients with adrenal insufficiency for more than one year should be treated with standard replacement doses of hydrocortisone or prednisone (Table 1). Furthermore, it is necessary to provide education to these patients regarding the adjustment of glucocorticoid substitution therapy doses during stressful situations to prevent adrenal crises or to manage them[33] (see Section 3).

Table 8 Signs and symptoms of adrenal crisis and potential precipitating factors

General considerations	• Patients present with a shock out of proportion to the severity of the trigger, if a trigger is identified (see below). • The shock is typically resistant to inotropes and fluid resuscitation if the adrenal crisis is not recognized and promptly treated with parenteral glucocorticoids. • Risk factors for adrenal crises include a history of previous adrenal crises, older age (>65 years), adolescence and transition from pediatric to adult care, and a higher comorbidity burden. • Glucocorticoid tapering down and discontinuation are crucial times, as glucocorticoid-induced adrenal insufficiency can become clinically apparent.
Diagnosis	Hypotension or hypovolemic shock, plus at least one of the following: • Nausea or vomiting. • Severe fatigue. • Fever. • Impaired consciousness (incl. lethargy, confusion, somnolence, collapse, delirium, coma, and seizures).
Possible laboratory abnormalities (not required for the diagnosis)	• Hyponatremia (typically with raised urinary sodium). • Hyperkalemia. • Signs of volume depletion (e.g., raised urea and creatinine). • Hypoglycemia. • Lymphocytosis. • Eosinophilia.
Factors that can trigger an adrenal crisis or elicit symptoms of adrenal insufficiency	Common to all patients with adrenal insufficiency: • Infections (including gastrointestinal, genitourinary, respiratory, and sepsis) • Acute illness (including fever) • Physical trauma • Surgery or other procedures requiring general, regional, or local anesthesia • Bowel procedures requiring lavage/enemata • Labor and delivery • Dental procedures • Severe stress and pain (including severe anxiety and bereavement) • Strenuous exercise Specific to patients with glucocorticoid-induced adrenal insufficiency: • Abrupt glucocorticoid withdrawal in subjects on long-term treatment • Glucocorticoid tapering below physiological replacement doses • Switch between different types, formulations, and doses of inhaled glucocorticoids, which can lead to considerable variability of glucocorticoid systemic absorption • Initiation of strong cytochrome P450 3A4 inducers, which leads to increased liver metabolism of several glucocorticoids. Strong inducers include apalutamide, carbamazepine, enzalutamide, fosphenytoin, lumacaftor, lumacaftor-ivacaftor, mitotane, phenobarbital, phenytoin, primidone, and rifampicin.

私見）
　従来よりステロイド剤を2週間処方している場合は急に中止しても良いとされていましたが、
　本院では1週間としています。
　小児の場合は4日間が無難でしょうか。
　今後もステロイド離脱症候群、急性副腎不全（副腎クライシス）に注意して参りましょう。
　下記に関連文献を掲載します。

本論文.pdf

Adrenal Crisis.pdf

急性副腎不全（副腎クリーゼ）.pdf

【薬・抗生剤・サプリメント・栄養指導の最新記事】
- ペニシリンアレルギーのある患者におけるセ..
- 黄色ブドウ球菌に対する抗生剤の効果は？
- 抗菌薬の使い方
- 栄養学
- デパケン・胎児への影響

posted by 斎賀一 at 13:11| 薬・抗生剤・サプリメント・栄養指導