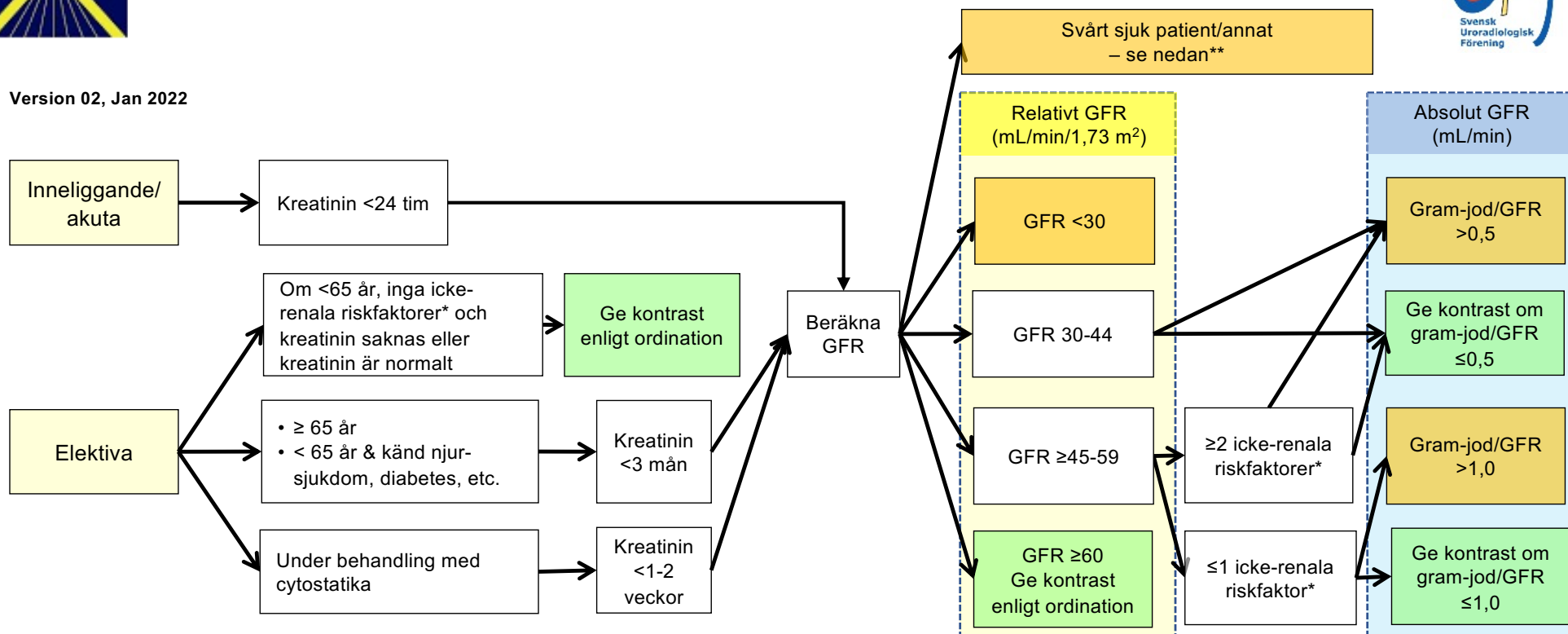




# Riskbedömning kontrastmedelsinducerad njurskada vid DT



Version 02, Jan 2022



<p><b>Gröna rutor =</b></p> <p>Röntgensköterskan kan ge kontrastmedel enligt ordination eller eventuellt byta till protokoll med låg kilovolt och reducerad kontrastmedelsdos utan att fråga radiolog för att nå adekvat gram-jod/GFR ratio</p>	<p><b>Orange rutor = röntgenläkare konsulteras</b></p> <p>Många gånger överväger nyttan risken och kontrastmedel kan ges enligt ordinarie protokoll. Viktigt att värdera varje patient enskilt enligt texten till höger.</p> <p>Läs gärna vidare i SFMR/SURFs rekommendationer (se referens på andra sidan)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Värdera GFR-nivån – bedöm om den har försämrats den senaste tiden dvs instabil njurfunktion &amp; värdera antal riskfaktorer. Tänk på ökande risk med högre g-I/GFR kvot och lågt GFR, speciellt under 30 mL/min per 1,73 m<sup>2</sup></li> <li>Om bedömningen är betydande risk för njurskada ställ frågorna: a) Måste kontrastmedel ges för att besvara frågeställningen? b) Kan annan metod användas? c) Om kontrastmedel skall ges kan dosen reduceras med lågt kV protokoll</li> </ol>	
		<p><b>* Icke-renala riskfaktorer:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diabetes mellitus</li> <li>Kronisk hjärtsvikt enligt NYHA III/IV</li> <li>Dehydrering (kräkning, diarré, ileus?)</li> <li>NSAID, nefrotoxiska läkemedel</li> </ol>	<p><b>** Svårt sjuk patient /annat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>IVA-patient, multisjuk, nedsatt allmäntillstånd</li> <li>Instabil njurfunktion (hypotension/chock, akut hjärtinsufficiens, sepsis, etc.)</li> <li>Nyligen genomgått större kirurgi</li> <li>Upprepad kontrastmedelsinjektion inom 72 tim</li> <li>Abnormt låg muskelmassa/levercirrhos</li> </ol>



# LATHUND JODKONTRASTMEDEL VID DATORTOMOGRAFI

SURF:s kontrastmedelsgrupp, version 02, jan 2022



## RÖNTGENSJKSKÖTERSKA

### Njurfunktion

Följ flödeschema.

Skatta njurfunktion (eGFR) med hjälp av kreatinin eller cystatin C på akuta och inläggande patienter och polikliniska patienter över 65 år, känd/misstänkt nedsatt njurfunktion eller då risk för nedsatt njurfunktion föreligger.

### Metformin

Om patienten behandlas med metformin skall detta sättas ut om eGFR är <45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, gram jod/eGFR ratio >1.0 eller eGFR saknas. Vid eventuell utsättning informera patienten att kontakta sin diabetesmottagning/-sjuksköterska/behandlande läkare för kontroll av njurfunktion före återinsättande av metformin

### Överkänslighetsreaktion

Om det tidigare har skett en överkänslighetsreaktion mot kontrastmedel och det råder oklarheter om kontrastmedel nu skall ges – kontakta röntgenläkare

### Tyreoida

- Om anamnes på sjukdom i tyreoida och terapi med levotyroxin/tyreostatica – KM kan ges
- Om anamnes på tyreoidesjukdom utan terapi: värdera lab-prover, se vidare rekommendationer SFMRs hemsida "[Lathund Tyreoida](#)"; om inga lab-prover inom 1 år och ingen aktuell sjukdomsbild – KM kan ges
- Obehandlad hypertyreos med T3 ⚡ & T4 ⚡ – KM kontraindicerat
- Misstänkt/diagnostiserad tyreoidacancer och radiojodundersökning/-behandling planeras – KM kontraindicerat

### Myastenia Gravis

Kontakta röntgenläkare

### Feokromocytom/paragangliom

- Kontrastmedel kan ges oavsett om patienten är alfa-betablockerad eller inte
- Om glukokortikoider övervägs pga. tidigare överkänslighetsreaktion – kontakta röntgenläkare

## RÖNTGENLÄKARE

### Speciella omständigheter – njurfunktion

- Leversjukdom (cirrhos/leversvikt), abnormt låg muskelmassa vid t.ex. kakexi, amputation, eller immobiliserad (rullstolsburen patient) ger risk för falskt låga kreatininvärden i förhållande till njurfunktion (= falskt höga eGFR), kontrollera om provsvar finns på cystatin C alternativt ordinaera cystatin C
- Singelnjure, bedöm risk som vanligt baserat på eGFR och övriga riskfaktorer
- Dialysbehandlade, restfunktion >400 mL urin/24h: njurskaderisk; <400 mL urin/24h: ge "normal" dos
- Njurtransplanterade, evidensen för KMN bristfällig men iaktta försiktighet

### Överkänslighetsreaktion

Vid diskussion om tidigare överkänslighetsreaktion mot kontrastmedel, se vidare rekommendationer SFMRs hemsida "[Rekommendationer](#)

[Överkänslighetsreaktioner](#)". Tänk på att de flesta tidigare reaktioner inte har varit anafylaktiska och inte skall medföra premedicinering inför kommande undersökning

- Icke anafylaktisk reaktion: Byt om möjligt KM, ingen premedicinering
- Anafylaktisk reaktion: Se "Åtgärder och profylax vid riskfaktorer" i rekommendationerna ovan
- Allergitest efter anafylaxi: se hemsidan "[PM kontrastmedel och allergitestning](#)"
- Svår senreaktion: DRESS (Drug reaction w. eosinophilia & systemic symptoms), Stevens-Johnson syndrom eller toxisk epidermal nekrolys: KM kontraindicerat
- Om svår reaktion/anafylaxi mot andra ämnen, överväg DT utan KM alternativt premedicinering

### Myastenia Gravis

- Beredskap för andningsdepression, om anamnes på bulbära symtom (svälj-, tal- eller andningssvårigheter) överväg ett dygns inläggning ([LT 2013/39-40](#))

### Feokromocytom/paragangliom

- Kontrastmedel kan ges oavsett om patienten är alfa-betablockerad eller inte
- Tidigare KM-överkänslighetsreaktion; eventuell premedicinering med glukokortikoider får endast ske om patient är adekvat blockerad, annars kan hypertensiv kris utlösas

Allmänt för mer genomgripande resonemang och dokument se SFMRs hemsida:

<http://www.sfmr.se/sidor/kontrastmedelsrekommendationer>