

Godkänt  
2019-11-22Giltigt t.o.m  
2022-12-03Versionsnummer  
1.0

Diarienummer

## Datortomografi nya riktlinjer för att minimera risk för njurskada vid datortomografi med iv jodkontrast remittent

---

Det finns flera riskfaktorer för kontrastmedelsnefropati (KMN) att ta hänsyn till inför undersökning med iv jodkontrast, där den viktigaste är nedsatt njurfunktion. Risk för KMN innebär inte absolut kontraindikation för kontrast, ansvarig radiolog väger risk mot nytta, i samråd med remittent när detta är praktiskt möjligt, och behöver gott beslutsunderlag. I en del sammanhang kan DT-undersökningar modifieras för att optimera kontrasteffekten och minska kontrastmedelsdosen. Uppvätskning som profylax mot KMN rekommenderas ej längre, patienten bör dock ej vara dehydrerad.

Bild- och funktionsmedicin i Dalarna har hittills tillämpat gränser för s-kreatinin, 150 µm/l för icke diabetiker och 100 för diabetiker. **Från 2019-12-17** kommer vi för DT-undersökningar med kontrast implementera [nationella rekommendationer för jodkontrastmedel](#) enligt Svensk urologisk förening för medicinsk radiologi):

Risk för KMN finns vid eGFR < 45 ml/m och/eller förekomst av flera övriga riskfaktorer<sup>1</sup>. Dock är enbart diabetes mellitus inte en riskfaktor vid GFR > 45. Risken för KMN ökar med antal och svårighetsgrad av riskfaktorer men det är svårt att vikta eller kvantifiera riskfaktorerna. I frånvaro av andra riskfaktorer kan det vara säkert att ge kontrast ned till GFR 30, beroende på kontrastmedelsmängd.

**Vid eGFR > 45 behöver Metformin inte sättas ut efter iv kontrast.**

---

<sup>1</sup> Diabetes mellitus, kronisk hjärtsvikt NYHA III-IV, dehydrering, sepsis, hypoxi, levercirrhos/-svikt, intag av NSAID eller nefrotoxiska läkemedel (t ex vissa antibiotika, cytostatika, immunosupprimerande läkemedel, instabil njurfunktion vid t ex chock eller akut hjärtsvikt, IVA-patienter, större kirurgi senaste dygnet, gravt nedsatt allmäntillstånd, upprepade kontrastmedelsinjektioner inom 48-72 timmar hos patient med andra riskfaktorer för KMN (gäller även gadoliniumkontrast vid MR)

eGFR beräknar vi på Bild- och Funktionsmedicin enligt Lund-Malmö-metoden i datorprogrammet OmniVis. Beräkning sker i första hand utifrån kreatininvärde men vid uttalat avvikande muskelmassa eller leversvikt bör beräkningen istället göras utifrån cystatin-C. I dessa fall behöver vi hjälp från remittent som då ska uppmärksamma detta i remissen och analysera cystatin-C.

Vi beräknar *absolut* eGFR där patientens längd och vikt ingår i parametrarna. Om längd- och viktuppgifter saknas får man istället använda sig av det sämre alternativet *relativt* eGFR som ej tar hänsyn till den aktuella patientens längd och vikt och som kan avvika en del från *absolut* eGFR, särskilt om patienten är ovanligt stor eller liten. Det eGFR-värde som ges i labblistan vid analys av krea/cystatin C är *relativt* eGFR. Vi planerar att längre fram även individuellt dosera kontrastmedel utifrån längd och vikt.

När DT-remiss skrivs i Take Care så hämtar systemet själv in eventuellt befintliga längd- och viktuppgifter som är upp till ett år gamla, vänligen korrigerera om dessa skulle vara felaktiga.

Vi inför en obligatorisk fråga angående andra riskfaktorer när ni skriver DT-remiss i Take Care:

*"Finns risk med iv jodkontrast? T. ex. njursvikt, nefrotoxiska läkemedel (t. ex. daglig NSAID), svår akut sjukdom, hjärtsvikt NYHA III-IV, diabetes, metformin, kontrastallergi, obehandlad thyroideasjukdom, myastenia gravis, mm. Om "ja", precisera:"*

Innan remiss kan sändas måste frågan besvaras med "ja", "nej" eller (när nöden kräver) *ej tillämpligt*, ex vid en urakut us som DT stort trauma, akut aorta, strokelarm. Även aktuellt när DT skelett ska us enbart med inriktning på skelettet.

---

