

Hensikten med denne veilederen er at å bidra til effektiv utredning og pasientbehandling i allmennpraksis. Vi ønsker å bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten bl.a. ved at pasienter henvises på rett tidspunkt og gjennom gode henvisninger slik at pasientforløpene kan optimaliseres.

Anbefalingene i dette heftet er utarbeidet av Norsk Urologisk Forening. De er basert på behandlingsretningslinjer fra EAU og etter beste evne tilpasset allmennpraksis i Norge

EAU: European Association of Urology, www.uroweb.org

Mål for utredning og behandling av stein i øvre urinveier:

1. Lindre og forebygge smerte
2. Bevare nyrefunksjon

Ikke alle steiner som påvises trenger behandling



Norsk urologisk forenings anbefalinger for allmennleger

August 2013 – revidert november 2015

Stein i øvre urinveier

- Med stein i urinveiene menes i heftet stein i nyre og/eller ureter
- De aller fleste steiner vil avgå spontant
- Viktig med god og rask smertelindring. Antiflogistika er førstevalg, f.eks. Diclofenac 100mg supp, deretter 50 mg x 3. Ved behov suppleres med opiater.
- Metabolsk utredning er først og fremst en spesialistoppgave. En initial, orienterende utredning er imidlertid hensiktsmessig.
- Blærestein omhandles ikke her. Blærestein er nesten alltid en komplikasjon til prostatahyperplasi, avløpshinder og infeksjon.

Primærutredning

- Avgjøre (raskt) om akutte flankesmerter skyldes konkret i øvre urinveier og om det i tilfelle foreligger indikasjon for umiddelbar innleggelse og evt. intervensjon.
 - Planlegge videre behandling.
1. Sykehistorie: Varighet av symptomer, grad av plager, komorbiditet? Antikoagulantia? Feber og andre tegn på infeksjon?
 3. Klinisk undersøkelse: Evt. bankeøsm over nyreløsen. Ikke palp.øsm i abdomen (tenk diff.diagnose). Ofte mikroskopisk hematuri (ved makroskopisk hematuri: tenk diff.diagnose)
 4. **Billeddiagnostikk:** CT steinprotokoll (lavdose uten kontrast)
NB! UL, ikke CT, hos gravide og barn.
 5. Prøver: U-stix (inkl. pH), U-bact., S-Kreatinin, Albuminkorrigert eller ionisert S-Ca, S-Urinsyre, S-Kreatinin
 6. Husk diff.diagnoser – særlig om generelle abd.smerter, palp.øsmhet i abdomen, makrohematuri, negativ CT eller kun svært små konkrementer uten tegn til obstruksjon

Henvisning av steinpasienter til sykehus

Hvilke steinpasienter skal henvises som ø.hjelp?

- Pasienter med symptomgivende steiner og samtidig urinveisinfeksjon med feber er ø.hj samme dag/natt!
- Pas. som ikke smertelindres med NSAIDs og evt. mindre opiatdoser
- Gravide med begrunnet mistanke om stein
- Pasienter med obstruerende stein og singel nyre

Når sende vanlig henvisning til sykehus uten å vente på spontan steinavgang:

- Pasienter med uttalt obstruksjon over lengre tid (prioriteres)
- Uretersteiner som ikke antas å kunne avgå spontant (steiner >6-8mm)
- Symptomgivende nyresteiner, korallkonkrementer eller store steinmasser i nyre, nyrestein som vokser signifikant i størrelse
- Pasienter med residiverende øvre UVI og signifikant stein i urinveiene
- Barn med stein i urinveiene
- Pasienter med konkrementer i ureter etter ESWL-behandling ("steingate")

Pasienter som kan kontrolleres og følges i allmennpraksis

- Pasienter med **ureter**steiner eller obstruerende nyresteiner som antas å kunne avgå spontant (<6-8mm) kan normalt følges:
 - Rp. Antiflogistika og kontroll med CT (evt rtg. urografi) etter 2-4 uker (proximale steiner og total obstruksjon tilsier tidlig kontroll) - mtp. steinavgang og evt. grad av obstruksjon.
 - Dersom **ureter**steiner ikke har avgått (rtg./CT-verifisert) etter 4 uker bør pasienten som hovedregel henvises videre.
- Påviste, asymptomatiske **nyre**konkrementer uten tegn til obstruksjon, infeksjon eller vekst:
 - Kontrolleres med rtg. oversikt urinveier etter 6 mndr. Videre årlig kontroll. (Ingen sikre anbefalinger ift. kontrolloppleggets lengde)

- Små nyrekonkrementer sees ofte som bifunn på CT og er ikke behandlingstrengende hos asymptomatiske pasienter.
- Små nyrekonkrementer uten tegn til obstruksjon er også oftest et tilfeldig funn og svært sjelden årsak til diffuse abdominalsmerter → tenk diff.diagnostikk

Sjekkliste for henvisning til sykehus

- Sykehistorie
 - Debut og varighet av symptomer? Kjent steinsykdom? Tidligere behandling og effekt? Kjente disponerende faktorer? Singel nyre? Vedvarende plager? Hvilke? Intensitet? Ev. varighet av obstruksjon? Infeksjon?
- Komorbiditet? Faste medikamenter?
 - OBS! Antikoagulasjonsbehandling (**viktig for valg av behandling**)
- Kliniske funn
- Allmentilstand? Feber? Smerter?
- Tilleggsundersøkelser
 - Radiologiske **BILDER** av nyre dato (ikke bare svaret på undersøkelsen) må sendes sykehuset for å unngå forsinkelser og unødvendige nye radiologiske undersøkelser. Tidligere kontrastundersøkelser bør også sendes med.
 - Svar på Urinstix, evt. urindyrkning og tidligere steinanalyse. Blodprøver om det er tatt (særlig Kreatinin, Albuminkorrigert eller ionisert S-Ca, S-Urinsyre)

Gode henvisninger gir raskere og bedre utredning og behandling. Med en god henvisning kan en del pasienter tas direkte til behandling uten å måtte vurderes på urologisk poliklinikk først.

- Steinkolikk / "nyresteinsanfall" er typisk for obstruerende ureterkonkrementer. Større konkrementer i nyrene gir ofte lite symptomer – ofte kun murrende ubehag og/eller infeksjonsproblematikk.
- Dersom pasienter gradvis blir smertefrie etter lengre tid med smerte:
 1. Konkrementet har avgått - eller
 2. OBS! Stilleliggende konkrement og opphørt urinproduksjon fra den aktuelle nyren. **Behov for rask behandling!**