

Njursten

Vårdnivå och remiss

Misstänkt njurstenssmärta hänvisas till primärvård dagtid och kvällar. Övriga tider till akutmottagning.

Symtom

- Intervallartad smärta i flanken med utstrålning mot rygg eller ljumske. Vid lågt sittande sten föreligger ofta trängningar.
- Patienten ligger i princip aldrig still på en brits.
- Hematuri förekommer men oftast enbart mikroskopiskt.
- Ibland ger njurstenar inga symtom alls.
- Patienter med nedsatt njurfunktion och obstruerande uretärsten får inte alltid ont på grund av oförmåga att bygga upp ett högt tryck.
- OBS! Pyelit med symtom vid avstängt hinder (Se Pyelit, avstängd - arbetsunderlag PM under relaterad information).

Diagnostik och utredning

Patienter utan känd anamnes på tidigare urinvägskonkrement men där en sådan misstanke föreligger bör remitteras till akutmottagning för att bekräfta detta radiologiskt, särskilt om det handlar om äldre patienter med tanke på eventuella allvarigare differentialdiagnoser såsom aortadissektion. Även andra möjliga differentialdiagnoser bör tas i åtanke: ortopediska åkommor, gallsten m.m.

Patienter som känner igen smärtorna från tidigare uretärstensanfall (stenbildare) och där man lyckas uppnå bra smärtstillning behöver inte röntgas akut. En radiologisk undersökning ska dock äga rum 2-3 veckor efter det misstänkta anfallet. Uppföljning styrs därefter av röntgenfynden, var god se Uppföljning.

Speciella fall

Patienter med **singelnjure, smärta trots NSAID** eller där **misstanke om avstängd pyelit** kan finnas.

Patienter tillhörande kategori Speciella fall bör remitteras till akutmottagning för utvidgad provtagning och ställningstagande till akut röntgenundersökning samt eventuell avlastning.

Val av undersökning

CT-sten är guldstandard för bedömning av konkrement i urinvägarna. Man bör fråga efter:

- konkrementstorlek och lokalisation
- sekundära tecken till stas.

Funktionell urografi kan ibland övervägas hos unga vuxna (<40 år) patienter men den kan tyvärr missa mindre konkrement samt kalkfattiga stenar.

Barn och gravida bör inleda utredningen med ultraljud.

Prevention

- Patienten bör försöka upprätthålla en urinvolymp på cirka 2 liter/dygn.
- Några dietinskränkningar är som regel inte nödvändiga.
- I speciella fall kan en avancerad utredning vara indicerad (remiss till urologen).
- Vid misstanke om infektionsstenar bör man sträva efter stenfrihet. Dessa patienter bör remitteras till urologen, se Uppföljning.

Behandling

1. NSAID-preparat väljs alltid i första hand.

a) Tablett/suppositorium/injektion Diklofenak** 50 mg v.b. Max 150 mg/dygn.

b) Tablett/infusion Ibuprofen*, ** 400 mg v.b. Max 1 200 mg/dygn.

2. Paracetamol ges när NSAID inte kan ges eller har otillräcklig effekt.
3. Överväg opioid om både NSAID och Paracetamol har otillräcklig effekt eller är kontraindicerat. Tablett/ injektion/suppositorium Morfin 5-10 mg.

* Ibuprofen kan minska effekten av lågdos acetylsalicylsyra. Överväg användning av t.ex. Naproxen.

** Gravida får inte ges NSAID. Remiss skrivs till kvinnokliniken för uppföljning. Var god se Uppföljning.

Speciella fall, var god se Diagnostik och utredning.

Sjukskrivning

Vid akut njurstensanfall med spontan stenavgång är kortare sjukskrivning på grund av smärtor upp till 1 vecka vägledande enligt rekommendationer från Socialstyrelsen.

Se Sjukskrivning vid njursten, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd under relaterad information.

Uppföljning

OBS! Gravida kan ha fysiologisk hydronefros och bör remitteras till kvinnokliniken för uppföljning.

Handläggning efter röntgen, om röntgen visar stenfrihet

- Informera patienten brevledes.
- Upp till 90 % av alla stenar avgår spontant.
- Bara 1 av 3 patienter noterar att stenen har passerat.

Handläggning efter röntgen, om röntgen visar sten

Fall där det är **aktuellt med remiss till urologen** (remissinnehåll se Remiss till Urologen nedan)

- njurbäckenstenar/uretärstenar ≥ 5 mm
- återkommande stenbildning/stenanfall (aktuell röntgen)
- debut av stensjukdom hos yngre än 25 år
- misstanke om infektionsstenar
- symtomgivande calyxstenar.

Fall där det INTE är aktuellt med remiss till urologen

- uretärkonkrement <5 mm (*)
- asymtomatiska nedre calyxstenar som mäter <10 mm
- millimeterstora calyxstenar utan symtom behöver inte behandlas eller kontrolleras.

(*) Alla uretärkonkrement måste följas upp tills att de har avgått. Mindre konkrement kan förväntas avgå spontant. Om inte kraftig hydronefros föreligger följ upp med ny sten-CT efter 3-4 veckor. Skulle då stenen finnas kvar i uretären, remiss till urologen.

Remiss till Urologen

- Kort anamnes
- Eventuella andra sjukdomar samt längd och vikt
- Provtagning (**)
- Mediciner (blodförtunnande?)
- Röntgen (***)

(**) Patienter tillhörande kategori Speciella fall (se under diagnostik och utredning) behöver inte lämna prover på vårdcentral då de vanligtvis remitteras till akuten. Övriga patienter kan inleda utredning med S-kreatinin samt korregerad calcium.

(***) alt hänvisning till uppgifter om detta som finns tillgängliga i Cosmic.

Patientinformation

Se Njursten under relaterad information.

Mer information

Se Sluta röka i samband med operation under relaterad information.

Se Operation av njursten genom titthålsoperation (perkutan stenextraktion) under relaterad information.