

Akutt flankesmerter-ureterstein - Kirurgisk akuttforløp

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Pasientforløp
Sist endret: 08.03.2018

FORLØPSEIER: Seksjonsleder Urologi seksjon.

Akutt flankesmerter – ureterstein er en tilstand som overlapper med forløpet «[Akutt abdomen](#)» og man viser til dette forløpet i tillegg til forløpet som omtales her.

1. Henvisning

Pasienter kommer nærmest utelukkende via legevakt/fastlege, eller møter direkte i akuttmottaket.

De klassiske symptomene på ureterstein er kraftige kolikksmerter – ofte sittende i flankene. Ledsaget ofte av mikroskopisk hematuri, kvalme, vannlatingsbesvær, evt. smerter ned i lyske/testikler.

2. Utredning og behandling

Varsling som under «[Akutt abdomen](#)» forløpet.

Pasienten registreres i DIPS av helsesekretær ved ankomst sykehus.

2.1 Umiddelbar behandling av sykepleier

- Triage etter [retningslinje](#).
- Bestiller blodprøver under straks- analyser – se retningslinjen [Blodprøver – rekvirering - Akuttmottaket](#); «innkomst status nyrestein» + «kirurgisk innkomst/innkomst fertil» + ved temperatur over 38,5 °C skal det rekvireres blodkultur x 2. Bruker pasienten Marevan, tas INR.
- Legg inn PVK, men unngå iv væske så sant det ikke foreligger sepsis/hypovolemi – se under.
- Utelukk urinretensjon → blærescan
- Ta U-stix: Lkc, blod, nitritt og pH. Resultatet dokumenteres i akutt-/Best-MØT kurve og i DIPS.
- Evt. U-bakteriologi hvis febril pasient eller mistanke om urinveisinfeksjon evt utslag LKC og nitritt.
- For øvrig vises til «[Akutt abdomen](#)» forløpet.
- Smertelindring: Pasientene har ofte intense smerter og det er viktig å få redusert disse raskt:
 - NSAIDS er den mest effektive behandlingen av uretersteinsmerter. Gis så snart som mulig etter innkomst, men etter leges forordning (**vurdering av indikasjon / kontra-indikasjon**):
 - Ketorolac (Toradol®) 30 mg i.v. - kan gjentas, f. eks. Ketorolac 30 mg hver 4.-6. time videre ved behov inntil maks. dose.
 - Hvis ikke iv tilgang: Gis diclofenac (Voltaren®) 75 mg i.m. – kan gjentas x1 etter 30 minutter.
 - Overgang seinere til evt. peroral behandling, f.eks. diclofenac (Voltaren®) 50 mg x3.
 - Morfin 5-10 mg iv. Kan gjentas – dosering(ene) må være høy nok til pasienten blir betydelig smertelindret. Lavere doser ved svekket. allmenntilstand/respirasjonssvikt.
 - Paracetamol 1 g x 4 iv.
- Monitorere pasienten og dokumenterer i akuttkurve (evt Best-MØT kurve).

2.2 Bioingeniør, akuttsenteret

- Viser til «[Akutt abdomen](#)» forløpet.

2.3 Vurdering og initial behandling av lege med tlf 1101

- Så snart som mulig etter innkomst gjøre en initial, kort vurdering av pasienten:
 - Utelukke alvorlige differensialdiagnoser som fordrer umiddelbar intervensjon (særlig [rAAA](#)).
 - Er det sannsynlig at urolithiasis er årsaken til pasientens smerter? I så fall skal det uten opphold bestilles CT nyrestein som er nærmest 100% avklarende ift. diagnose.
 - Ordinering av smertebehandling. **Gi NSAIDS til alle hvis det ikke foreligger kontraindikasjoner.** Å få smertefrihet **raskest mulig** ansees i [guidelines](#) å være av stor betydning.
- Diagnostikk/utredning og hva Lege 1101 ellers skal ta stilling til er som beskrevet i [Akutt abdomen](#)» forløpet.
- DIPS: Kir Lis skriver innkomstjournal/journalnotat inklusiv svar på u-stix (pH, røde, nitritt, Lkc) dokumenteres. Journalfører beslutning.
- Fyller ut medikamentkurve og gjør vurdering av nulling/seponering av faste medikamenter der man velger å innlegge pasienten.
- Ordinering av evt. iv væske (hvis ikke sepsis og hypovolemi skal disse pasientene ha **væskerestriksjon**).
- Vurderer innleggelse av urinkateter og følger timediurese ved samtidig sepsismistanke.
- Rekvirerer radiologisk undersøkelse, og når bilder foreligger konsulteres LiS2 i forhold til oppfølging av CT bilder.

2.4 Radiologiske undersøkelser

- Kir Lis rekvirerer tilleggsundersøkelse:
 - **CT Nyrestein** så snart som mulig og alltid før pasient forlater akuttmottak. Fordrer ikke radiolog → Vaktteam tolker bildene. **NB1:** For gravide og barn: UL i stedet for CT → Spør spesifikt om «ureterjet» – må skrives på rekvisisjonen.
 - Hvis man tror at tilstanden kan være [rAAA](#), rekvireres i stedet **CTA totalaorta (med iv kontrast)** – uavhengig om nyresvikt eller ikke). Disse pasientene må prioriteres. Kommunikasjon mellom lege 1101 og radiolog **er essensielt**.
- Ved uventet alvorlige funn på undersøkelsen, **varsler radiolog telefonisk** til Kir LiS2/LiS3.

2.5 Videre forløp og behandling

Dersom lang ventetid på CT: Pasient legges i **obs post**. Skal ikke legges på sengepost før CT er vurdert og det er påvist stein i urinveiene.

2.5.1 Hvis negativ CT

- Utelukker nyre-/ureterstein.
- Tenk differensialdiagnoser.
- Henvising til annen seksjon.

2.5.2 Smertefri + stein som forventes å kunne avgå (diskuter evt med LiS 2/urolog)

- Pasient reiser hjem, med oppfølging av CT kontroll og time til kirurgisk poliklinikk
- Evt resepter og sykemelding.

2.5.3 Smertefri + stein som sannsynligvis ikke vil avgå eller har hatt stein i lang tid

- Pasient søkes til operasjon, men reiser hjem.
- Evt resepter og sykemelding.

2.5.4 Smertefri + har konkret egnet for ø.hj. (ESWL)

- a) >6 mm og sykehistorie mindre enn 3 dager.
- b) Pasient reiser hjem → vurdere ESWL neste dag – **må refereres på morgenmøtet til urologene.**
- c) Pasient får med seg [informasjonsskriv](#).

2.5.5 Pasienter med stein og følgende tilleggstilstander

- a) **Sepsis** → Gi antibiotika etter urosepsisregime. Avlastning (**nefrostomi**) som ø.hj. Husk «**intervensjonsstatus**» som bestilles i **DIPS - forberedelser av pasienter som skal til radiologiske intervensjonsprosedyrer**.
- b) **Gravide** → Skal ha gynekologisk tilsyn samme dag. Obs: **NSAIDS og graviditet** og **antibiotikavalg**.
- c) **Persisterende smerter**: Tenk differensialdiagnoser. Mer smertestillende?
- d) **Obstruktiv stein i lengre tid (uker)**: Ofte behov for mer smertestillende. Vurdere behov for avlastende drenasje/nefrostomi (men sjelden nødvendig helt akutt)
- e) **Barn – tilpasset smerteregime** → NSAIDs, opiat og paracetamol.

Legges inn på sengepost 3a/b (Barn innlegges Barneavdelingen 1AB). Pasient skal **ikke flyttes til sengepost før CT og avklaring av LiS2**.

2.6 Transport av pasient

Som angitt i [Akutt abdomen](#)» forløpet.

3. Aktuelle telefonnummer

Lege 1101 (Kir Lis 2)	Tlf: 1101
Lege 6600 (Kir Lis 2 eller 3)	Tlf: 6600
Bakvakt Urologisk	Tlf: 1102
Vakthavende radiograf	Call: 70-8191

Evt:

Vakthavende LiS, radiologi	Tlf: 1117 / Call 70-8318 (Man-fre: 16.00-08.00/hele helger og helligdager)
Radiologisk overlege, CT	Tlf: 2996 (0800-1600 hverdager)
Forvakt gynekologi	Dagtid: call 70-2525, kveld/natt: Call 70-2540 / tlf 2540.

4. Utskrivelse

- Følg retningslinje [utskrivning av pasient](#).
- Pasientinformasjon.

5. ICD-koding

N20.x

6. INTERNE REFERANSER

1.6.1.1.2.5	Innleggelse - Sepsismottak
1.6.1.1.2.15	Analysepakker og rekvirering av laboratorieprøver i Akuttsenteret
1.6.1.1.4.1.2	Funksjonsbeskrivelse - Triagerende
1.6.4.4.12	Rumpert abdominal aorta aneurisme - Kirurgisk akuttforløp
1.6.4.4.16	Akutt abdomen - pasientflyt - dokumentasjon av forløp
1.6.6.3.1	Utskrivning av pasient
1.7.1.3.2.3.16	Informasjon til deg som skal gjennomgå nyrestensknusing (ESWL)
2.3.1.6.6.16	Nefrostomi på vakt
2.3.1.6.7.1.5	Forberedelser til radiologiske intervensjonsprosedyrer

7. EKSTERNE REFERANSER

8. VEDLEGG