

Kategori: Forskning, innovasjon og utdanning/Utdanning og kompetanse	Gyldig fra/til: 11.05.2021/11.11.2021
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Radiologisk avdeling	Versjon: 2.06
Godkjenner: Ikke styrt	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Bente Vee /avdelingsoverlege/Kontrastmiddelgruppen	Dok.id: D32764

Jod-kontrast

For pasienter med en eGFR-verdi < 30 (intravenøs injeksjon) og < 45 (arteriell injeksjon) skal det gjøres en klinisk bedømming om pasienten skal ha kontrast dersom alternative modaliteter /prosedyrer ikke kan benyttes.

Ved kontrastbruk, gi lavest mulig dose. Se kapittel [5.5.1 Optimalisering av mengde jodkontrast](#). Man bør vurdere i samråd med henvisende lege å stoppe nefrotoksiske medikamenter, mannitol og loop diuretika 24 t før jod-holdig kontrast skal injiseres.

Start hydrering dersom pasientens tilstand tillater dette. Se også kapittel [5.6 Hydreringsregime ved lav nyrefunksjon og bruk av intravaskulær jodkontrast](#)

Medikamentell forbehandling for å forhindre PC-AKI har enda ikke vist god nok effekt. Bruk av Mucomust er ikke indisert.

Seponering av metformin før bruk av jodkontrast: se kapittel [5.7 Diabets og bruk av metformin](#)

MR-kontrast:

Hos pasienter med nyresvikt i stadium 4 og 5 (eGFR<30), dialysepasienter og pasienter hvor levertransplantasjon skal eller er utført samt nyfødte, skal alternative modaliteter / prosedyrer alltid vurderes.

MR-kontrast som benyttes ved leverundersøkelser, se [2.1.1 Kontrastmiddeltyper ved Radiologisk avdeling](#), er klassifisert med middels risiko for NSF.

Nyrefunksjonen må da være avklart før undersøkelse (eGFR< 30). Se kapittel [5.4 MR kontrast](#)