

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssykehus	Nyresten/akutte flankesmerter hos gravide.	
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 05.11.2023/05.11.2025	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 2.00	
Godkjenner: Kessler, Jørg	Prosedyre	
Dok. ansvarlig: Ferenc Macsali	Dok.id: D48594	

Diagnostikk og behandling av uretersten/akutte flankesmerter hos gravide.

Rutiner ved Haukeland Universitetssykehus.

Akutt ureterobstruksjon er en aktuell årsak til akutte flankesmerter også hos gravide. Derfor bør gravide med akutte flankesmerter alltid undersøkes og følges opp av urolog i samarbeid med gynekolog. **Ved HUS skal gravide med flankesmerter innlegges ved Føde AB (KK) når svangerskapet er kommet lenger enn 16 uker.**

De kliniske symptomer og tegn ved obstruerende uretersten er stort sett de samme hos gravide som hos andre:

- Takvise, unilaterale smerter i nyreløse, flanke, lyske og labium major.
- Bevegelsestrang. I det minste blir smertene ikke forverret av bevegelse.
- Blod i urinen ved stix: minst +2.

Spesielt for gravide er:

- Rtg. undersøkelser bør unngås i hele svangerskapet.
- Nyrebekken og øvre del av ureter er normalt dilatert i 2. og 3. trimester, oftest på høyre side. Påvisning av dilatasjon ved UL er derfor ikke uten videre tegn på patologisk obstruksjon. Manglende dilatasjon svekker derimot stendiagnosen.
- NSAIDS bør unngås til gravide.

Tentative diagnoser overveies etter den kliniske us. (anamnese og status presens):

- Obstetriske og gynekologiske tilstander
- Gastroenterologiske tilstander
- Urologiske tilstander: Obstruksjon av ureter mellom gravid uterus og bekkeninngangen gir ikke sjelden moderate smerter. Obstruerende uretersten er sjeldnere og gir mye sterkere smerter.

Behandling før videre utredning/observasjon:

- Tilstrekkelig smertebehandling, Opiat f. eks. Ketorax, i.m. / s.c. 5 mg hver 4. – 6. time.
- Væskerestriksjon for å unngå nye smerteanfall
- Informasjon til den gravide om mulige diagnoser, behandlingsopplegg og videre oppfølging.
- All urin siles, 80 % av stener avgår spontant ofte uten at pas. merker det.

Spesialundersøkelser:

- Hb, kreatinin, infeksjonsprøver og kalsium
- U-stix og urin dyrkning. Ved negativ stix, ny urinprøve x 1-2 før en kan konkludere med at mikrohematuri ikke foreligger.
- UL nyrer/urinveier: Uretersten? (er vanskelig – men noen ganger mulig - å se ved UL!). Dilatasjon av ureter nedenfor bekkeninngangen? *Urinjet fra ureterostiet i blæren (fargedoppler)?* Dette må spesifiseres i rtg.henvisningen.
- Vurdering av den gravide ved gynekolog straks etter innleggelsen

Oppfølging:

- Observasjon av smerter og behov for smertestillende
- Tegn på alvorlig infeksjon: Feber, frysninger, pyuri
- UL undersøkelse gjentaes en gang daglig.
- Kreatinin og infeksjonsprøver daglig
- All urin stixes og siles (kaffe-filter)
- Kontinuerlig vurdering av gynekolog og urolog

Invasiv behandling:

Hvis fortsatt behov for opiater ut over to døgn anbefaler vi på HUS å gjøre ureteroskopi for å påvise/utelukke uretersten og samtidig fjerne påvist uretersten. Pas. forklares prosedyren. Informeres om at vi anser at risikoen ved fortsatt smertestillende medikasjon ut over 2 døgn er større enn ved å gjøre ureteroskopi.

I samarbeid med pasienten velges epiduralbedøvelse eller bare sedasjon, eller bare Xylocain gel i urethra. Behandlingen gis på SOP på dagtid som Ø.Hj. prioritet og utføres av urolog i stengruppen.

Ved enkelte sykehus velger man å legge inn JJ-stent eller perkutant nefrostomikateter som drenering av nyren. Vår erfaring, og mange rapporter i litteraturen, viser at dette gir betydelig ubehag for pasientene og øker risiko for ny obstruksjon (kalknedsalg på stenten er observert allerede etter få dager), og infeksjon. Vi unngår derfor helst å bruke JJ-stent også etter URS hos gravide. Ureterkateter i 12 - 48 timer etter URS har vist seg nyttig i enkelte tilfeller.

Pas. kan ofte utskrives dagen etter at uretersten er fjernet.

Kontroll ved urologisk poliklinikk med få ukers mellomrom (urin stix og UL nyrer) frem til fødsel. CT urinveier gjøres 3 mndr postpartum. I journalen registreres om fødselen forløp normalt og om barnet var frisk ved fødselen og om utviklingen de første tre mndr.

Hvis den gravide viser tegn til sepsis i tillegg til ureterobstruksjon gis antibiotika som ved sepsis, og urinveiene avlastes umiddelbart med eksternt ureterkateter som gjerne innlegges via ureteroskop. Pas. følges da nøye i tiden etter sepsisepisoden både av gynekolog og urolog. URS kan gjøres når infeksjonen er under kontroll.

