

# Riktlinjer Jod-kontrastmedel

Enhet: Röntgenenheten Växjö Visa huvudet  
Giltigt från: 2015-04-08  
Utarbetad av: Roland Stendlert öl röntgen, Per Henrik Nilsson verksamhetschef med klin  
Fastställd av: Peter Kidron, Michal Urbánek  
Ersätter: 2007-03-05 00:00  
Revision: 2013.01.29

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia,  
giltig version finns alltid på webben.

---

## PM för jod-kontrastmedel

baserad på utarbetade riktlinjer från SFMR (svensk förening för med.radiologi)

## Checklista för remittenten

CT, MRT, angio, flebografi och urografi

## Absolut kontraindikation

Obehandlad manifest hypertyreos

Misstänkt/nydiagnostiserad tyroideacancer där radiojodundersökning/behandling kan bli aktuell.

## Patienter som löper ökad risk för kontrastmedelsnefropati(KMN)

- Känd/misstänkt njursjukdom ( P-kreatinin > 130, GFR<60ml/min)
- Diabetesnefropati, dehydrering, hypotension, hjärtsvikt (NYHA 3+4), levercirrhos, grav anemi/hypoxi, sepsis, dåligt allmäntillstånd, ineliggande patienter, alla patienter > 70 år.
- Upprepade undersökningar inom 3d med kontrast eller efter större kirurgi.
- Nefrotoxiska substanser t ex (NSAID, aminoglykosid mm)

## För dessa patienter gäller

P-kreatinin skall kontrolleras.

## Detta gäller

- Alla akuta/inneliggande patienter. Provet bör vara färskt på akuta/inneliggande (helst < 24h).
- För pol klin patient <7d gammalt P-kreatinin utom vid känd stabil riskpatient/njurfunktionsnedsättning (<3 mån gammalt prov).

## Att ange på röntgenremissen

P-kreatinin och samtliga riskfaktorer anges, alternativt negera njursjukdom. Vikt och längd skall anges, för att man på röntgen skall kunna beräkna aktuellt GFR.

## Åtgärder hos riskpatient för att minska risken för KMN

- Beräkna GFR (se [www.internetmedicin.se/lab/kreakalk.asp](http://www.internetmedicin.se/lab/kreakalk.asp))
- Diskutera alternativa metoder med radiolog
- Hydrera före och efter (med hänsyn till hjärt/njurstatus)>100ml/h före och >24h efter undersökningen med iv Ringeracetat (hydrering kan även ske per os med minst 2 liter/dygn)
- Ej forcerad diures. Ge endast diuretika om patienten visar tydlig övervätskningsbild! Annars ej!
- Hemodialys efter kontrastmedelsundersökning har ingen visad profylaktisk effekt.
- Det är ej meningsfullt att synkronisera undersökningen med hemodialys.
- Sätt om möjligt ut nefrotoxiska substanser > 1 d före undersökningen.
- Följ P-kreatinin under minst 3d efter undersökningen hos riskpatienter.
- Undvik ny undersökning/större kirurgi inom 3d, dock om nödvändigt, kontroll P-kreatinin före.

## Övrigt att beakta

### Thyreoidesjukdomar

Försiktighet vid risk för autonom tyroideafunktion. Kontroll av FT3, FT4, TSH rekommenderas 6 och 12 v efter undersökningen

Tag hänsyn till planerad radiojodbehandlad/tyroideascint

**Vid obehandlad manifest hypertyreos och misstänkt/nydiagnostiserad tyroideacancer där radiojodundersökning/behandling kan bli aktuell är undersökning med jodinhållande rtg-kontrast kontraindicerat.**

## Feokromocytom

- Biokemiskt påvisat feokromocytom bör blockeras.

## Myastenia gravis

- Cave myastenia gravis (risk för akut andningsstillestånd)
- Myasthenia gravis (MG) kan påverkas av en rad farmaka (t.ex. antibiotika). Exacerbation av MG har också beskrivits efter administration av både jodhaltiga (8 fall t.o.m. 1994) och gadoliniumbaserad (MR) kontrastmedel. Det har även drabbat patienter som stått på adekvat behandling med kolinesterashämmare (Neostigmin®). Patienten kan inom loppet av några få minuter bli gravt påverkade, paralyserade och få andningsstillestånd. Reaktionen kan möjligen vara sekundär till en ökad neuromuskulär blockad orsakad av kontrastmedlen.
- Den myastena reaktionen på kontrastmedel tycks främst drabba patienter med bulbära symtom och som inte haft adekvat immunosuppression. Sannolikt är en myasten kris orsakat av kontrastmedel sällsynt. Det finns en beräkning på att det skulle kunna drabba 2-3% av patienterna med MG som undersöks med kontrastmedel. Det finns inga rapporterade fall i samband med användandet av icke-joniska jodkontrastmedel.
- **Slutsats:** Intravaskulära kontrastmedel bör ges med försiktighet och endast om det är nödvändigt till patienter med MG. Det bör samtidigt finnas beredskap att omedelbart behandla en försämring av tillståndet, dvs. kolinesterashämmare (Neostigmin®) och intuberingsberedskap.

Frank et al. Neurology 1987;37:1400-1402.

Eliashiv et al Neurology 1990;40:1623-1625.

Nordenbo & Somnier Lancet 1992;340:1168.

Rocha & Bacheschi AJR 1994;162:997.

## Graviditet

- Gravida kan undersökas med jodkontrastmedel om undersökningen inte kan anstå (risk för hypotyreos hos det nyfödda barnet-kontroll.)
- Amning behöver inte avbrytas om modern fått jodkontrastmedel

**\*Metformin** ökar risken för njurskada (och laktacidosis) vid undersökningar med intravenös kontrast. Om patienten tar preparat som innehåller metformin skall:

- P-kreatinin kontrolleras av inremitterande läkare, innan undersökning
- Metformin utsätts i samband med undersökning oavsett njurfunktion

- P-kreatinin skall kontrolleras av remittenten tidigast 48h efter undersökning före återinsättning av metformin.

Remitterande läkare har det primära ansvaret för att samtliga punkter ovan följes.

Se Riktlinjer för handläggning av överkänslighet mot kontrastmedel.