
Remissvar rörande vårdprogram för stensjukdom i övre urinvägarna

Svensk Urologisk Förening ser det som mycket lovt värt med ett nationellt vårdprogram för handläggning av stensjukdom i övre urinvägarna för att kunna förbättra och likställa den vård som ges till denna patientgrupp i Sverige idag.

SUF har följande synpunkter

Förkortningar s. 4

- Rubriken är missvisande då avsnittet mestadels inte innehåller förkortningar utan diverse utvalda medicinska termer vilka förklaras. Dessutom förekommer några felaktiga sårskrivningar och felstavningar.
 - *Vi föreslår att man antingen gör två avsnitt – en med förkortningar och en med ordförklaringar – eller att man i andra hand ändrar rubriken till "Förkortningar och ordförklaringar" om man ändå vill ha dem i samma tabell.*
- UPJ tas upp som en förkortning men i dokumentet används i stället mestadels PUJ, som betyder samma sak, men som inte finns med i tabellen.
- Det skulle underlätta mycket om förkortningarna och termerna stod i alfabetisk ordning.

Sammanfattning s. 5

- Första styckets tredje mening är konstigt placerad. "Således" antyder att meningen ska syfta tillbaka på meningen innan men kopplingen till den är inte klar. "Inneliggande vård" bör bytas ut mot slutenvård som är en mer korrekt benämning. Vi föreslår att stycket skrivs om så här:
 - *Målet med detta nationella vårdprogram är få en jämlik, optimal handläggning, behandling och uppföljning av patienter med sten inom övre urinvägarna (njur- och uretärsten). Ett annat mål är att utnyttja våra resurser så optimalt som möjligt. De flesta stenavlägsnande behandlingar kan i dag ske i öppenvård. Lång väntan på stenavlägsnande behandling ökar risken för akutbesök, slutenvård och sjukskrivning. Eftersom slutenvård dessutom är betydligt dyrare än öppenvård är det viktigt att det finns tillräckliga resurser i form av personal och operationsutrymme för att dessa patienter ska kunna opereras i tid, innan de drabbas av komplikationer som kan kräva slutenvård och längre sjukskrivningar.*
- Andra stycket: Vad syftar "sedan" på? Vi föreslår att ordet stryks.



- I tredje stycket anges att man inte har tagit hänsyn till lokala traditioner och lokala förutsättningar. Det stämmer dock inte riktigt eftersom man på flera ställen i vårdprogrammet anger att olika saker ska göras enligt lokala rutiner.
- De följande styckena om akutdiagnostik bör flyttas till kapitel 7 i de delar de utgör rekommendationer.
- I fjärde styckets sista mening skrivs det om en referensgrupp. Någon referensgrupp omnämns dock ingen annanstans utan annars skrivs det bara om arbetsgruppen. Är det samma grupp? I så fall bör man bestämma sig för en benämning och hålla sig till den.
- Rubriken anger att kapitlet ska vara en sammanfattning. Det är dock ingen sammanfattning utan en inledning med målen för vårdprogrammet och därtill tar man upp några frågor (akutdiagnostik och kontaktsjuksköterskor) där man anser att förändringar bör ske. Kapitlet bör göras om till en inledning och föras in som första avsnittet i det efterföljande kapitlet. Alternativet är att ändra till en rubrik som bättre anger innehållet.

Lagstöd s. 6-7

- I sjätte stycket finns ett skrivfel där det står "s-trålskyddslagen".

Mål med vårdprogrammet s. 8-9

- I första stycket används komma som tusentalsavgränsare i talen "16,654" och "25,991". I svensk skrift används dock fast mellanrum eller eventuellt punkt som tusentalsavgränsare. Talen bör skrivas 16 654 respektive 25 991.
- I fjärde stycket anges att "patienter med njur- eller uretärsten är för närvarande nedprioriterade till förmån för patienter under utredning av och behandling för cancer i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF)". Vi känner inte till att någon sådan nedprioritering har skett och skulle önska att en referens anges för det påståendet. Däremot har cancer tydligt prioriterats upp genom SVF och det har fått till följd att resurser i högre grad har gått till patienter med en cancerdiagnos. Prioriteten för patienter med cancerdiagnoser har höjts medan den för patienter med sten i övre urinvägarna har varit oförändrad vilket förstås leder till att cancerpatienterna får en större andel av de begränsade resurserna. Därtill motsägs påståendet i någon mån av diagrammet alldeles ovanför som anger att allt fler steningrepp görs, vilket ju bör ha krävt att ökade resurser har tillförts. Utvecklingen sedan 2010 har dock sammanfallit med ett skifte från operationer i slutenvård till dagkirurgi, vilket nog kan ha möjliggjort att fler operationer har kunnat göras utan att kostnaderna har behövt ökas i motsvarande grad.
- Sista stycket anger: *Det föreligger stora olikheter över landet i handläggningen av stensjukdom. För närvarande föreligger ingen samsyn avseende vare sig utredning, behandling, eller profylax.* Vi håller inte helt med om detta. Enligt vår erfarenhet finns en ganska god samsyn kring hur man ska utreda och behandla uretär- och njursten. Bl.a. har EAU:s riktlinjer bidragit till det. Däremot finns det vissa frågor där det kan skilja sig i

utredning och behandling över landet, vilket riktlinjerna i viss mån lämnar öppet för. Därtill är resurstillgången ganska varierande över landet, främst vad gäller tillgången till urologer, vilket kan medföra att man kan tvingas använda diagnostik och behandlingar som egentligen inte är helt optimala. Det har dock inget att göra med samsynen kring vad som är optimal behandling utan bara en anpassning till vad som går att göra i den kliniska vardagen. Den varierande resurstillgången över landet medför också en varierande ambitionsnivå när det gäller profylax mellan olika urologiska enheter.

Bakgrund och orsaker s. 9-10

- I tredje stycket anges: *Cirka 50 % av alla patienter som har övre urinvägskonkrement får endast ett recidiv under sin livstid.* Är det verkligen rätt återgivet? I abstractet till referens 15 anges att av den genomsnittliga återfallsrisken är 30-40 % vid idiopatisk calciumuroolithiasis, vilket ju är betydligt mindre än 50 %. Vidare anges att "More than 50% of all recurrent stone formers have only one recurrence during their lives." Det avser alltså inte alla patienter som har övre urinvägskonkrement.
- Under 4.1.1 anges "urinsyra- och urat". Är det mening att avse urinsyra- och uratinnehållande stenar för att inkludera både urinsyrastenar och ammoniumuratstenar? För eventuella mindre insatta läsare av vårdprogrammet kan "urinsyra- och urat" förefalla vara samma varför ni bör förtydliga att det är urinsyra- och uratinnehållande stenar som avses.
- "Gastrointestinala sjukdomar" anges som en riskfaktor. Vad som avses är ju vissa sjukdomar och vissa postoperativa tillstånd efter t.ex. överviktskirurgi, som bl.a. kan leda till enterisk hyperoxaluri. För att man ska vara hjälpt av listan bör den vara lite mer specifik. Detsamma gäller "spinala sjukdomar" – vilka avses?
- Höga D-vitamnivåer, cystisk fibros hög omgivningstemperatur och kronisk bly- och kadmiumexponering tas upp som en riskfaktor i EAU:s riktlinjer men står inte med i utkastet till vårdprogrammet.
- Avsnittet 4.1.2 tar upp hur urinvägsstenar kan klassificeras. Det ligger dock av oklar anledning under "4.1 Högriskstenbildare". Det som står där är dock generellt och gäller inte bara högriskstenbildare. Avsnittet bör därför ligga på annan plats, lämpligast i diagnostikkapitlet 7 eller möjligen som 4.2. Den sista meningen i avsnittet rör risken för stenbildning i olika länder och hör inte ihop med resten av avsnittet. Meningen bör flyttas, lämpligen till något av de inledande styckena i kapitel 4 eller till andra stycket under "6. Ärftlighet" där det står om etnicitet.

Ärftlighet s. 11

- I andra stycket anges "Andra ärftliga sjukdomar som är associerade med stensjukdom är..." Andra än vilken sjukdom då? Meningen innan nämner ingen ärftlig sjukdom utan i stället etnicitet. I föregående stycke nämns en del ärftliga sjukdomar men de är delvis samma som i denna mening, så meningen torde inte syfta tillbaka till föregående stycke.



Utredning och diagnos 2. 12-15

- Rubriken till 7.1 bör vara "Akut handläggning vid misstänkt övre urinvägskonkrement".
- I första stycket anges att "Akut njurstenssmärta debuterar oftast med ensidig flanksmärta strålände ner i ljumsken." Det bör ändras till "akut njur- eller uretärstenssmärta".
- Under 7.1.1, sist under "Vuxna" behandlas i två meningar handläggningen av avstängd pyelit med sepsis. Sedan nämns inget mer över huvud taget om detta i utkastet till vårdprogram. Dessutom sägs ingenting om antibiotikabehandling fastän tidig intravenös antibiotikabehandling är något av det allra viktigaste vid sepsisbehandling. Vi anser att avstängd pyelit måste ges mer utrymme i behandlingskapitlet där man också bör ta upp andra indikationer för akut avlastning och metoder för avlastning. Dessutom avser detta även barn men detta står bara i avsnittet om symtom för vuxna.
- I stycket om barn bör det framgå att symtomen ofta är desamma som hos vuxna men att de kan vara annorlunda beroende på ålder. Nu framstår det som att barn har helt andra symtom.
- Under 7.1.2 anges att makroskopisk hematuri bör utredas enligt kriterier för standardiserade vårdförlopp. Vad som avses är dock det standardiserade vårdförloppet för cancer i urinblåsan och urinvägarna, vilket bör anges uttryckligen. Dessutom är det en åldergräns på 50 år för utredning enligt det vårdförloppet. Även många patienter med makroskopisk hematuri som är under 50 år bör utredas men inte inom ramen för SVF och detta bör också framgå.
- I 7.1.3 står det "temp" vilket bör skrivas ut som "kroppstemperatur".
- 7.2 har rubriken "Akut handläggning vid misstänkt övre urinvägskonkrement". Det bör slås ihop med 7.1. eftersom det avser samma sak.
- Under 7.2.1 anges att akuta blodanalyser ska göras på plasma (P). På många ställen görs de dock på serum och analyser utförda på plasma finns inte tillgängliga. Det har dock troligen inte heller någon betydelse varför det bör framgå att analyserna kan göras på såväl plasma som serum.
- Sista punkten under 7.2.1 handlar om mikroskopisk hematuri. Sista meningen anger "Provet bör därför ej användas för klinisk vägledning". Vilket prov avses? Mikroskopisk hematuri är inte ett prov utan resultatet av ett prov. Vi föreslår att meningen ändras till "Förekomst av mikroskopisk hematuri på urinsticka bör därför ej användas för klinisk vägledning."
- Under 7.2.2, sjätte punkten, bör något anges om stråldoser till gravida och vilka överväganden som görs. Nu står det bara att ultraljud bör göras men att man kan överväga DT utan någon motivering till endera. Det bör anges att en risk-nyttavärdering för modern och fostret bör göras och om vilka risker de stråldoser som förekommer medför.
- Under 7.2.2, sjunde punkten anges att ultraljudsundersökning rekommenderas i första hand för pediatrika patienter. Det bör dock betonas att denna är undersökarberoende och att i många fall lyckas den bara påvisa indirekta tecken till obstruktion och inte stenens storlek och läge.



- Under 7.2.2, åttonde punkten hänvisas tillbaka till sammanfattningen. Resonemanget om akut eller elektiv bilddiagnostik bör ligga här i stället för i sammanfattningen eftersom det inte är någon sammanfattning av något som förekommer senare i vårdprogrammet.
- 7.2.3: Testistorsion kan vara en differentialdiagnos vid distal sten med smärtutstrålning till testikel.
- 7.2.4 bör ligga under 7.3 eftersom det avser den fortsatta handläggningen efter diagnosen.
- Under 7.3 anges att barn med njursten ska remitteras till barnurolog eller barnnefrolog. Vi vill poängtera att någon remiss direkt till barnurolog bara torde vara möjligt i de fyra regioner där en barnurologisk klinik finns, eftersom det förutsätter specialistvårdsremiss till en annan region. Vanligen handläggs detta genom att remiss skickas till urologklinik eller barn- och ungdomsmedicinsk klinik varifrån patienten antingen anmäls till nästa barnurologiska rond (t.ex. vid asymtomatiskt njurkonkrement), specialistvårdremiss skickas till barnurolog eller patienten handläggs vidare lokalt av barnnefrolog eller urolog (framför allt puberterade ungdomar) i de fall det är lämpligt att hantera patienten vidare lokalt. Åldersgränsen för barnurologin är oftast 15 år så barn/ungdomar över den åldern kan inte remitteras vidare till barnurolog.
- Under "Kontroll av S/P-kreatinin" anges vem som ska beställa kreatininprov och var det ska tas. Det är onödigt och opraktiskt att vara så specifik i detta stycke. Hur detta ska gå till kan man helt överlämna till lokala rutiner och det är inget som behöver anges i vårdprogrammet. Man kan nöja sig med att ange att kreatinin ska kontrolleras och följas upp tre dagar senare.
- I stycket nämns inte heller vad man ska göra med provet. I sista meningen nämns en njurstensenhet. Vi vill poängtera att de flesta urologiska enheter (urologkliniker och urologiska sektioner inom kirurgkliniker) inte har några särskilda njurstensenheter varför denna benämning bör undvikas i vårdprogrammet. Skriv i stället "Vid kvarstående signifikant kreatininstegring ska kontakt tas med den urologiska enhet som ansvarar för urologisk vård där patienten är bosatt." Hur kontakten ska ske kan ju sedan se olika ut. Ibland kan elektiv remiss skickas till den urologiska enheten medan i en del fall kan patienten behöva komma in akut på nytt för akut/subakut avlastning.
- I sista meningen i kapitlet refereras till "urologiskt center". Menas urologisk klinik, urologmottagning eller något annat? Urologisk enhet är ofta en bättre benämning .

Behandling s. 16-21

- Under 8.1 Smärtlindring anges att NSAID och paracetamol fungerar bättre än opioider. Finns någon referens som styrker det påståendet? Däremot kan det ju finnas skäl till att man inte använder opioider i första hand (biverkningar och beroendepotential).
- I det andra stycket under samma rubrik refereras till "patienter som tillhör en riskgrupp". Riskgrupp för vad? Vad som avses torde vara patienter med njursvikt och hjärtsvikt vilka kan förvärras av NSAID.



- Under 8.1.2 Smärtlindring för barn anges att det ska ske enligt lokala riktlinjer. Varför ska det ske enligt lokala riktlinjer för barn men inte för vuxna? Är det inte dessutom desto viktigare att råd om smärtlindring av barn står med här eftersom många läkare som är inblandade torde vara relativt ovana vid att handlägga barn med stensmärter.
- 8.1.3: Borde det inte stå något om MET i detta stycke?
- 8.2 borde ha den mer lämpliga rubriken "Utredning inför behandling av konkrement i övre urinvägarna" som bättre speglar vad avsnittet innehåller.
- I femte stycket under 8.2 listas olika behandlingsmetoder. De är dock inte korrekt återgivna. Det står "ESWL (extrakorporeal stötvågsbehandling av njursten)". ESWL kan dock användas även för behandling av uretärsten varför förklaringen av ESWL bör ändras för att till t.ex. bara "extrakorporeal stötvågsbehandling". Det står vidare "URS - uretärskopi med laserlitotripsi". URS står dock för uretärRENOskopi och något av det vanligaste vi gör med metoden numera är att ta bort njurstenar. "Uretärskopi" bör bytas ut mot antingen uretärrenoskopi eller uretärpyeloskopi. Tilläggas kan att det också finns andra metoder för litotripsi (t.ex. ultraljud i kombination med ballistisk/mechanisk energi). De används nog i betydligt mindre utsträckning nu än förut, men litotripsin behöver inte alltid göras med laser.
- Under 8.2 bör man lägga till att dubbelenergi-DT kan användas för att få vägledning om stensammansättningen vilket kan påverka behandlingsvalet. Vidare kan ett renogram tillföra information i de fall man misstänker att en njure har mycket dålig funktion. Det kan då i vissa fall leda till att man helt avstår från behandling om det inte finns någon njurfunktion att rädda.
- Under 8.2.1, i första stycket, andra meningen inleds meningen med ett "att" som bör tas bort.
- 8.2.2: Även för URS kan ökad blödningsrisk vara en (relativ) kontraindikation. Ökad blödningsrisk kan leda till att patienten blöder mycket lätt vid instrumentering vilket leder till dåliga siktförhållanden och att det blir omöjligt att genomföra behandlingen p.g.a. dålig sikt.
- Under 8.3.3, andra stycket, andra punkten anges att man kan använda Urotainer för perkutan kemolys. Urotainer säljs dock inte för den användningen. Renacidin finns dock tillgängligt att använda på licens och är godkänt för behandling av övre urinvägskonkrement i andra länder.
- Under den tredje punkten anges "Man bör dock beakta risken för hyperkalciuri och risken för kalciumstenar vid alkalisering av urinen". Stämmer det? Alkalisering av urinen kan i stället ge risk för bildning av infektionsstenar eftersom både karbonatapatit och struvit bildas när urinen blir mer alkalisk. Alkalisering av urinen är dessutom en viktig behandling vid calciumoxalatstenar och hyperkalciuri. Däremot kan man lägga till det finns risk för hyperkalemi, p.g.a. de stora doser kaliumcitrat man kan behöva använda och då har särskilt patienter med njursvikt risk för att utveckla hyperkalemi.
- 8.4.4: Detta avsnitt bör byggas ut då det finns många aspekter att ta hänsyn till vid beslut om avlastning och dessa bör belysas. Vidare bör övrig behandling vid avstängd pyelit tas upp i vårdprogrammet – främst antibiotikabehandling och understöd av vitala funktioner.



- Rubriken till 8.5.1 lyder "ESWL - extrakorporeal stötvågsbehandling av njursten". ESWL kan dock användas även för behandling av uretärsten och komplikationerna vid behandling av uretärsten är delvis desamma.
- Rubriken till 8.5.2 lyder "URS - uretärskopi med laserlitotripsi". URS står dock för uretärROskopi och något av det vanligaste vi gör med metoden numera är att ta bort njurstenar. "Uretärskopi" i rubriken bör bytas ut mot antingen uretärrenoskopi eller uretärpyeloskopi.

Sekundärprevention – metabolisk utredning och profylax s. 22-30

- 9.2.1: Det är av värde att även kontrollera PTH eftersom det är viktigt att tidigt hitta patienter med hyperparatyreoidism. Vidare är det av värde att kontrollera 25-hydroxyvitamin D för att upptäcka höga D-vitaminvärden och för att lättare tolka PTH-värdena.
- 9.2.2: U-Fosfat kan också sättas som "eventuellt". Det är enbart i speciella fall som det är av värde. Enligt EAU:s behandlingsalgoritm för calciumfosfatstenar finns det inte heller någon specifik behandling som man kan rikta mot avvikande värden. Vidare bör man poängtera i detta avsnitt att utredning med alla de här urinproverna är vad som görs vid okänd stensammansättning. Om man t.ex. vet att patienten har urinsyrasten räcker det ofta att kontrollera dU-Urat, U-pH och S-Urat för att veta hur man ska lägga upp behandlingen. Om man känner till stensammansättningen är det inte kostnadseffektivt att ta prov för allt. Tilläggas kan också att flera av urinproven kan tas som stickprov där halterna analyseras i relation till kreatinin. Det kan i många fall vara lättare för patienten och om det är lämpligt avgörs av hur mycket dygnsvariation det finns i utsöndringen av det ämne man vill analysera.
- 9.3.1: Det bör poängteras att råden till patienten i möjligaste mån bör ges utifrån vilken sorts sten patienten bildar och inte alltför generellt för att inte i onödan inskränka patientens liv.
- 9.3.2: Finns det möjligen några referenser som styrker uppgifterna i tabell 3? T.ex. hur mycket citronjuice måste man dricka för att får signifikant ökad citratutsöndring i urinen?
- I 9.4, andra stycket nämns inte alls hyperparatyreoidism. Primär hyperparatyreoidism är en inte helt ovanlig orsak till bildande av calciumoxalatstenar och den är viktig att hitta så tidigt som möjligt för kunna behandla den för att minska både stenbildning och annan morbiditet som den för med sig. Sjukdomen nämns under avsnittet om calciumfosfatstenar men de höga kalciumnivåerna i urinen kan även ge calciumoxalatstenar. Här skulle det vara av nytta av att ta med en algoritm liknande figur 4.2 i EAU-riktlinjerna.
- 9.4 "Observera": Den andra punkten bör ändras till "Risk för hypermagnesemi vid magnesiumbehandling av patienter med njursvikt". Vidare bör man lägga till "Risk för hyperkalemi vid behandling av patienter med njursvikt med kaliumcitrat – använd natriumbikarbonat i stället (ej möjligt vid hypocitraturi)" samt "Risk för hyponatremi och hypotension vid tiazidbehandling".



Svensk
Urologisk
Förening

2022-06-14

- 9.5: I första stycket sista mening anges "Vid förekomst av denna stentyp bör en fullständig metabol utredning ovillkorligen utföras." Den samtidiga förekomsten av "bör" och "ovillkorligen" förvirras. "Bör" innebär att det bara är en rekommendation, något man kan överväga, medan "ovillkorligen" antyder att alla ska genomgå utredningen. Vi föreslår att "bör" ändras till "ska".

Tidigare medlemmar i vårdprogramgruppen s. 44

- Är vårdprogramgruppen samma grupp som tidigare i samma kapitel benämns "arbetsgruppen"?

Utöver detta finns det ett antal skrivfel i form av särkrivningar och felaktig interpunktion varför vi rekommenderar en grundlig korrekturläsning.

Styrelsen Svensk Urologisk Förening