
Ikke så kjapp med pacemaker til unge

KOMMENTAR

TORKEL STEEN

tostenn@online.no

Torkel Steen er overlege, ved Pacemaker- og ICD-senteret, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

I Tidsskriftet nr. 16/2019 beskriver Ihle-Hansen og medarbeidere en ung mann som hadde hatt et bevissthetstap og fikk påvist epilepsi pga. strukturelle forandringer i hjernen (1). Til tross for funn ved cerebral CT og epilepsisuspekt klinikk, implanterte man pacemaker. Grunnlaget var at EKG-monitorering skal ha vist AV-blokk grad 2 type 2, hvilket forfatterne hevder er en kl. I-indikasjon for pacemaker.

Dette krever noen kommentarer:

Den korte EKG-stripen som er publisert viser at én enkelt P ikke følges av QRS. Første PQ-tid etter er kortere enn de foregående. Med et så kort utsnitt skal jeg ikke være skråsikker. Men man må mistenke at «blokket» ikke var type 2, men type 1 (Wenckebach). Om det er variasjoner i PQ-tid ellers i registreringer, før eller etter den P som mangler QRS, taler dette for blokk med mekanisme av type 1. Likeledes om det er oppbremsing av sinusaktiviteten samtidig. Slike funn skyldes som regel vaguspåvirkning, ikke sykdom i ledningssystemet. Det er dessuten den langt vanligste årsaken til «AV-blokk» hos en ung person. Slike «blokk» skal ikke behandles (2). Om man legger til grunn at «blokket» var type 2, er det heller ikke indikasjon, dersom årsaken bør antas å være vagal påvirkning (2). Når forfatterne hevder det påviste «blokket» er kl. I-indikasjon for pacemaker, tolker de etter min oppfatning retningslinjen feil. Pacemakerindikasjon forutsetter antatt eller påvist sykdom i ledningssystemet. I så fall skal det utredes, før man gir pacemaker, når pasienten er ung (3).

Om man mente bevissthetstapet var reflekssynkope, med påvist AV-blokkering under symptomer, skal man heller ikke uten videre implantere pacemaker. Hos personer under 40 år har dette en kl. III-indikasjon (2),(4). Pacemaker velges bare i spesielle tilfelle, etter gjentatte, alvorlige synkoper, der salt og hydrering ikke virker.

Komplikasjoner til permanent pacemaker øker med tiden pasienten har den. En 20-åring vil med normal livslengde gjennomgå en rekke bytter av pacemaker og ledninger, med tilhørende risiko. Vi får ikke sjelden henvist pasienter med pacemakerkomplikasjoner, som har fått sin pacemaker i ung alder. Om implantasjons-indikasjonen var svak, er slikt ekstra uheldig.

Hos unge må man tenke seg godt om før man gir permanent pacemaker. Oppdager man etterpå at grunnlaget var svakt, bør man vurdere å ta ut pacemakere før fjerning blir unødig risikofyllt.

LITTERATUR

1. Ihle-Hansen H, Lohne SMH, Dahl-Hansen E. Periventrikulær nodulær heterotopi. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0165. [PubMed][CrossRef]
2. Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: the Task Force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). Eur Heart J 2013; 34: 2281–329. [PubMed][CrossRef]
3. Birnie DH, Sauer WH, Bogun F et al. HRS expert consensus statement on the diagnosis and management of arrhythmias associated with cardiac sarcoidosis. Heart Rhythm 2014; 11: 1304–23. [PubMed][CrossRef]
4. Brignole M, Moya A, de Lange FJ et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018; 39: 1883–948. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 13. januar 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0794

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.