
Ikke så kjapp med pacemaker til unge

KOMMENTAR

TORDEL 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 implantasjonsindikasjonen 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 9. juli 2026.