

Gäller för: Kardiologi

Giltig från: 2026-03-30

Innehållsansvar: Davood Javidgonbadi, (davja), Överläkare

Giltig till: 2028-03-30

Granskad av: Davood Javidgonbadi, (davja), Överläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Övriga arytmier

Supraventrikulära extraslag (SVES) och nodala extraslag (NES).

Sällan behandlingsindikation.

På HIA: Frekventa SVES kan ibland vara uttryck för hjärtsvikt eller förebåda förmaksflimmer. Försök optimera svikt och hemodynamik. Kontrollera elektrolyter.

Ventrikulära extraslag (VES)

Vanligen ej behandlingsindikation. Kan dock vara riskindikator och bör föranleda utredning angående bakomliggande hjärtsjukdom och eventuell ischemi. I första hand med ekokardiografi och arbetsprov. På Holter är <150 VES/dygn normalfynd. Holterfynd av >10% VES bör som tumregel utredas med UCG och arbets-EKG. Vid nedsatt EF kan ablation övervägas.

På HIA: VES behandlas som regel inte men om arytmorsakad cirkulationspåverkan t.ex. bigeminirytm ges läkemedel som vid VT.

Överväg orsaker som svikt, ischemi, elektrolytrubbning och digitalisintoxikation.

ICD-patienter med tillslag, se ICD.

RVOT – VES och VT

VES från höger kammars utflödesområde (RVOT) är relativt vanliga. VES-utseende som vänstergrenblock med inferior elaxel. Ibland är ursprunget i LVOT.

Dessa patienter kan ha ökande VES eller VT vid ansträngning. Tillståndet är benigt men måste skiljas från ARVC som kan ha en allvarlig prognos.

Differentialdiagnos:

- Vilo-EKG: normalt vid RVOT-VES, vid ARVC T-neg i V1-3 och/eller epsilonvåg.
- Ekokardiografi med högerkammerprojektioner.
- MRT.

Behandling

- Betablockad.
- Om dålig effekt övervägs kateterburen ablation.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Davood Javidgonbadi, (davja), Överläkare

Granskad av: Davood Javidgonbadi, (davja), Överläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10067-2089204900-124

Version: 4.0

Giltig från: 2026-03-30

Giltig till: 2028-03-30