

Super Wolff

Super Wolff

M. Jourdain · C. Le Beuan · M.-O. Duweltz

Reçu le 26 juin 2017 ; accepté le 8 août 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

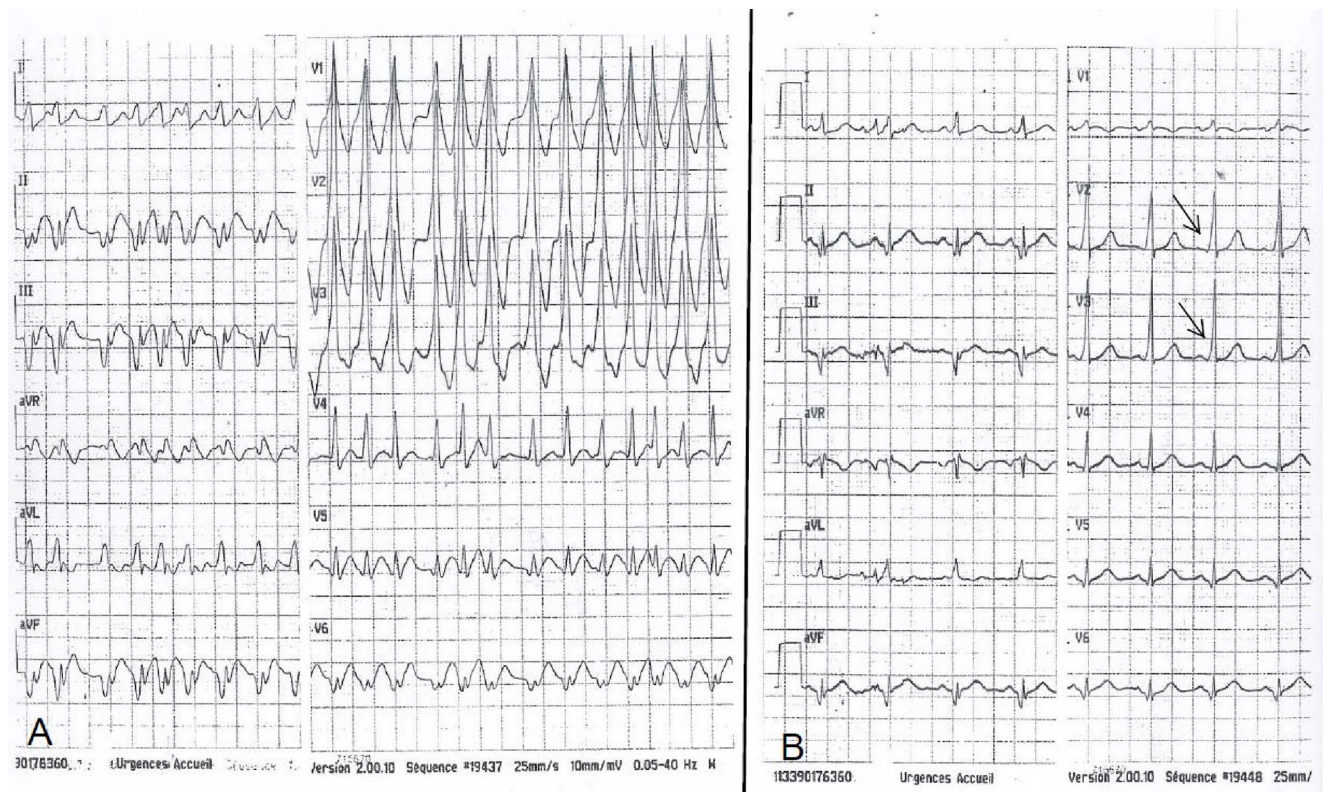


Fig. 1 A : ECG montrant une FA rapide avec des QRS dits « en accordéon » (plus ou moins larges et de morphologie atypique) ; B : ECG en rythme sinusal montrant une espace PR court et une onde delta (flèches) signant la présence d'un faisceau de Kent (voie accessoire)

Une patiente de 34 ans, tabagique, sans antécédents connus, se présente aux urgences pour des palpitations évoluant depuis environ une heure. La patiente n'a pas de douleur thoracique, l'hémodynamique est stable. Les bruits du cœur sont rapides et irréguliers à environ 200 battements/minute. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque. Un ECG est réalisé en salle d'urgences vitales (Fig. 1A). Celui-

ci montre une fibrillation atriale (FA) rapide avec des QRS très irréguliers, de morphologie atypique et plus ou moins larges dits « en accordéon » très en faveur d'un super Wolff. Après avis cardiologique, un traitement intraveineux par flécaïne est débuté, permettant un retour en rythme sinusal rapide. L'ECG réalisé alors montre une onde delta bien visible en VII et VIII (flèches, Fig. 1B). La patiente a rapidement été orientée vers un centre de rythmologie interventionnelle pour une ablation de cette voie accessoire. Le super Wolff correspond à un passage en FA chez un patient porteur d'un syndrome de pré-excitation de type Wolff-Parkinson-White [1]. La conduction de la FA se faisant

M. Jourdain (✉) · C. Le Beuan · M.-O. Duweltz
Services urgences et SMUR, hôpital Jean Bernard,
avenue Désandrouin, F-59322 Valenciennes, France
e-mail : mat_jourdain@hotmail.com

par les voies nodales et la voie accessoire, les QRS sont irréguliers et plus ou moins larges selon la fréquence, ce qui donne un aspect en accordéon typique du super Wolff. Dans notre cas, la positivité des QRS en VI, VII, DI et aVL et leur négativité en DII, DIII, aVF signe la présence d'une voie accessoire plutôt postéroseptale gauche. Selon la tolérance, la prise en charge repose sur un traitement anti-arythmique (flécaïne ou amiodarone) intraveineux ou un choc électrique externe associé ou non à un traitement anticoagulant en prévention d'un événement cardio-embolique. Les traitements anti-arythmique bloqueurs de

la voie nodale type bêtabloquant sont contre-indiqués car ils favorisent la conduction rapide par la voie accessoire. Une prise en charge dans une unité de rythmologie pour la réalisation d'une ablation de la voie accessoire doit être proposée au patient dans les plus brefs délais.

Référence

1. Kulig J, Koplán BA (2010) Wolf-Parkinson-White syndrome and accessory pathways. *Circulation* 122:e480–3