

# Le Syndrome de Wolff-Parkinson-White

## A propos de deux cas cliniques

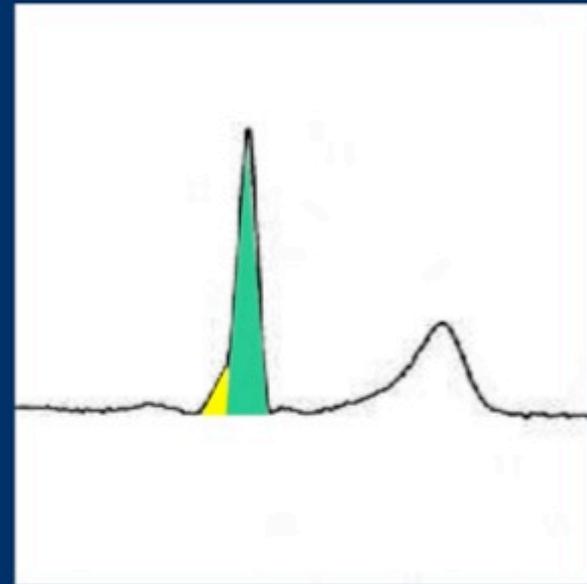
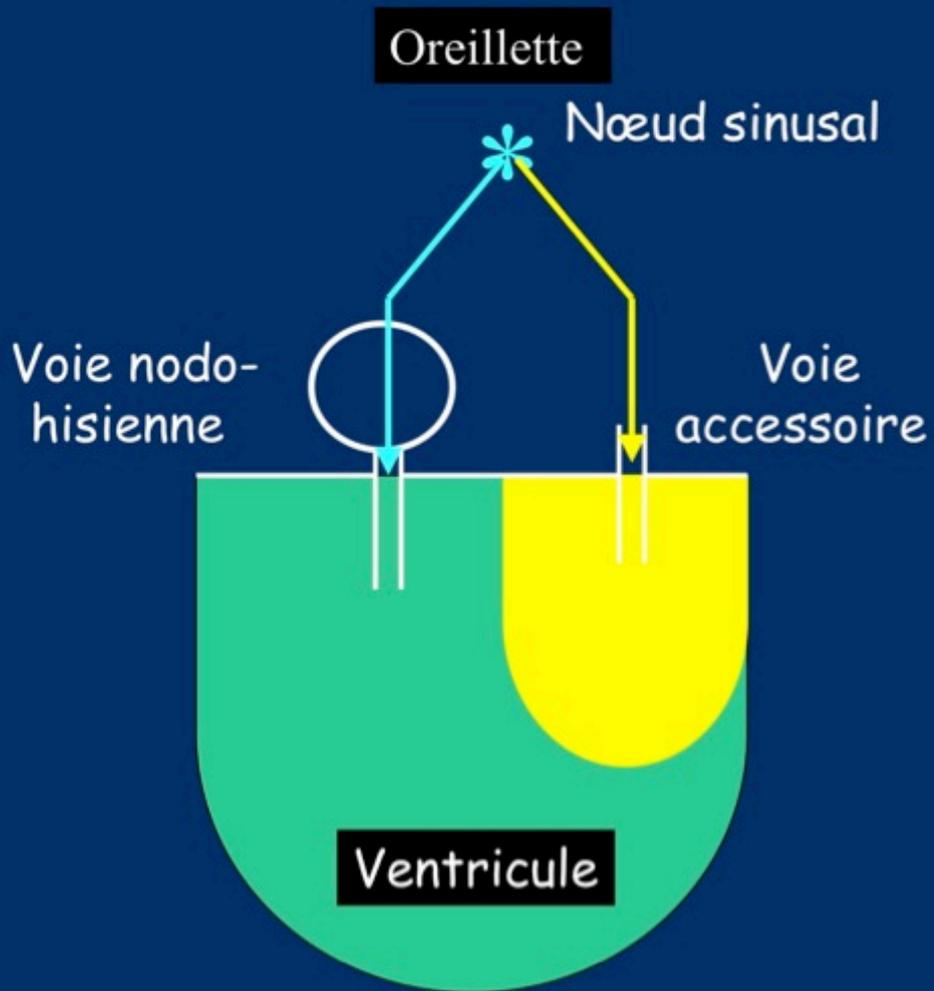


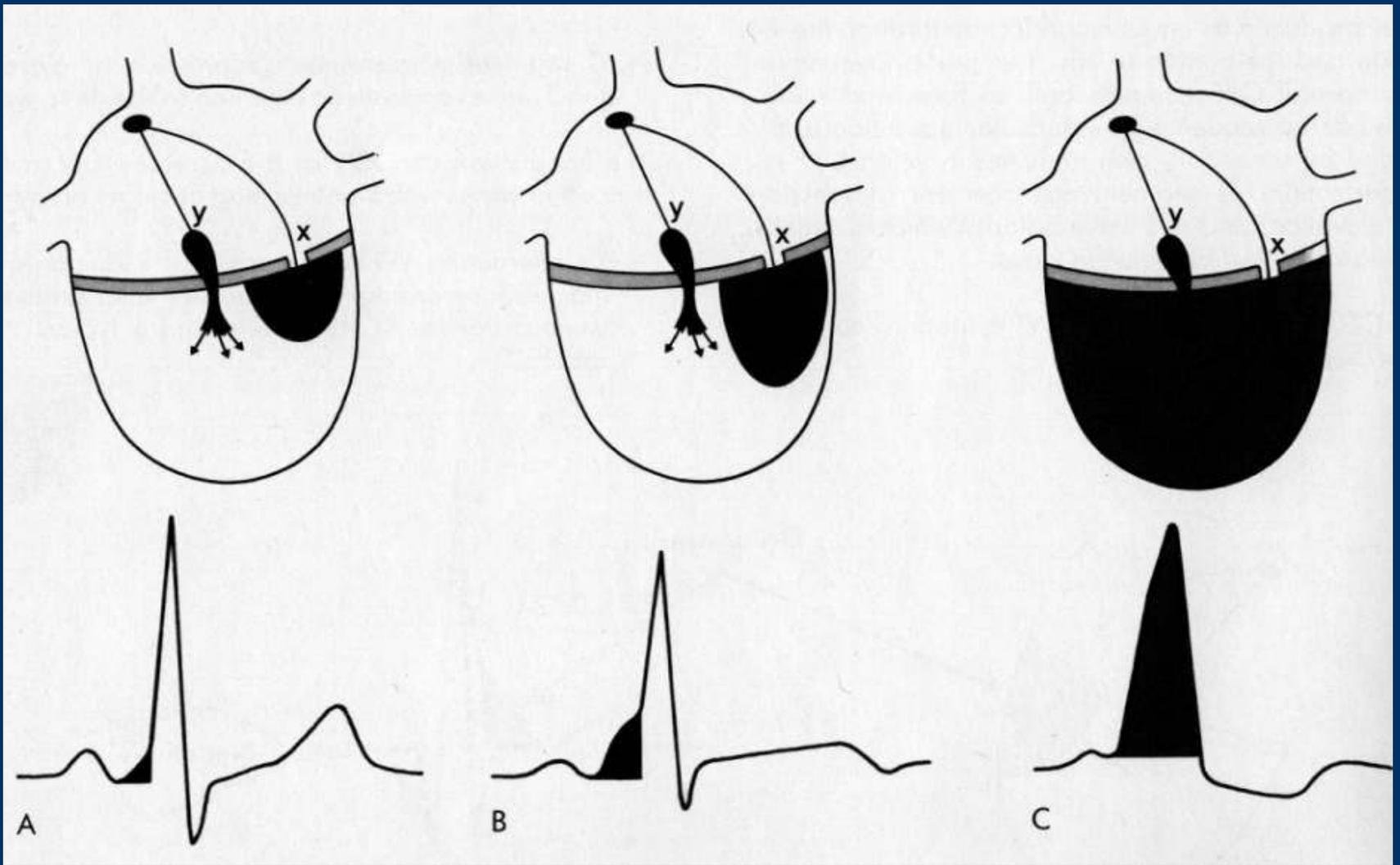
Rythmo Sud - 11 février 2014  
Dr CJ Mariottini / Institut A.Tzanck- St Laurent du Var



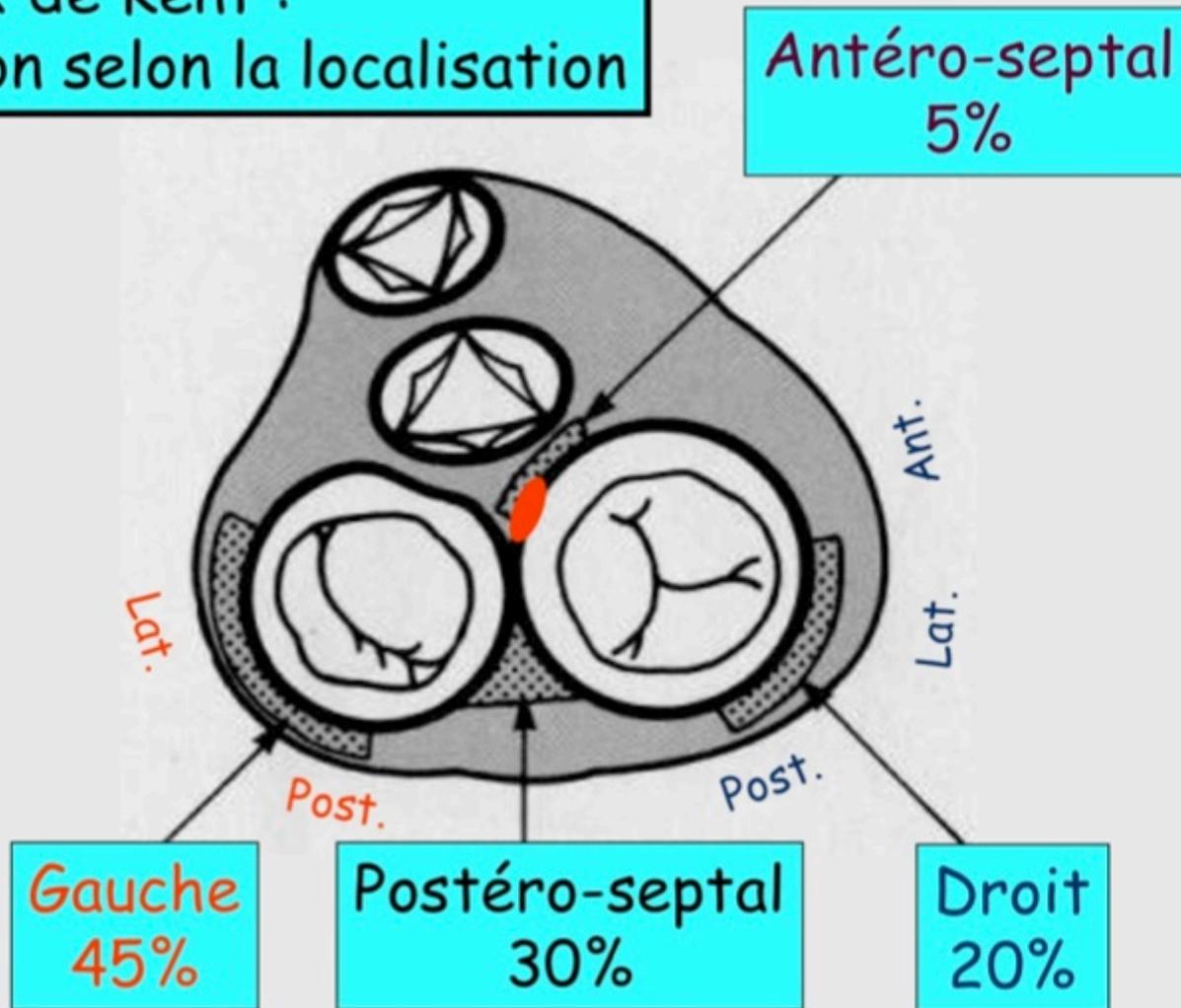
# Le Syndrome de WPW

- ◆ 0,1-0,3 % de la population
- ◆ 4 nouveaux cas / 100 000 habitants
- ◆ Existe des formes familiales ( mutation locus 7Q36, gène PRKAG2)
- ◆ 1,5 – 3 % asymptomatiques
- ◆ Ablation par radiofréquence, traitement de choix
  - 95 % succès
  - 5 - 8 % de récives
- ◆ Décision thérapeutique en fonction des symptômes et des critères de dangerosité
  - Appréciation de la période réfractaire
  - Age
  - Cardiopathie associée
  - ATCD familiaux ( mort subite, associée à une CMH )





Faisceaux de Kent :  
répartition selon la localisation



# Dérivation V1

QRS et  $\Delta$   
négatifs

QRS et  $\Delta$   
positifs

Fx de Kent Droit

Fx de Kent Gauche

QRS et  $\Delta$   
négatifs  
II, III VF

Axe  
inférieur

QRS et  $\Delta$   
négatifs  
II, III VF

Onde  $\Delta$  iso.  
ou négative  
I, L, V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>

Postéro-septal  
ou postérieur

Antéro-septal

Postérieur ou  
postéro-septal

Latéral

Axe  
gauche

Paroi libre VD

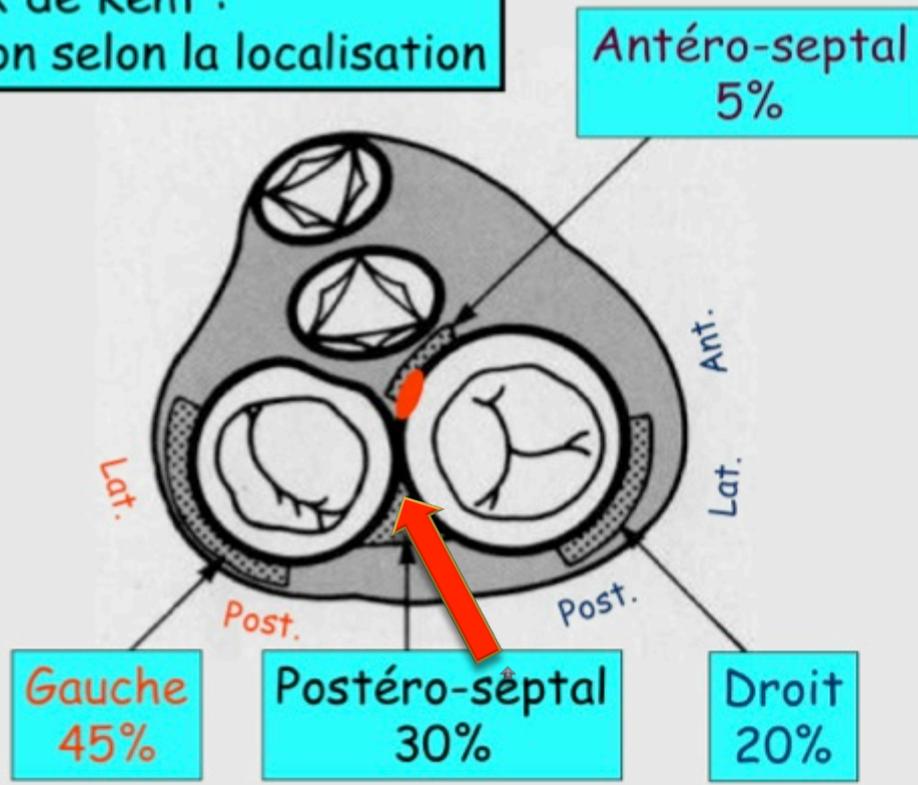


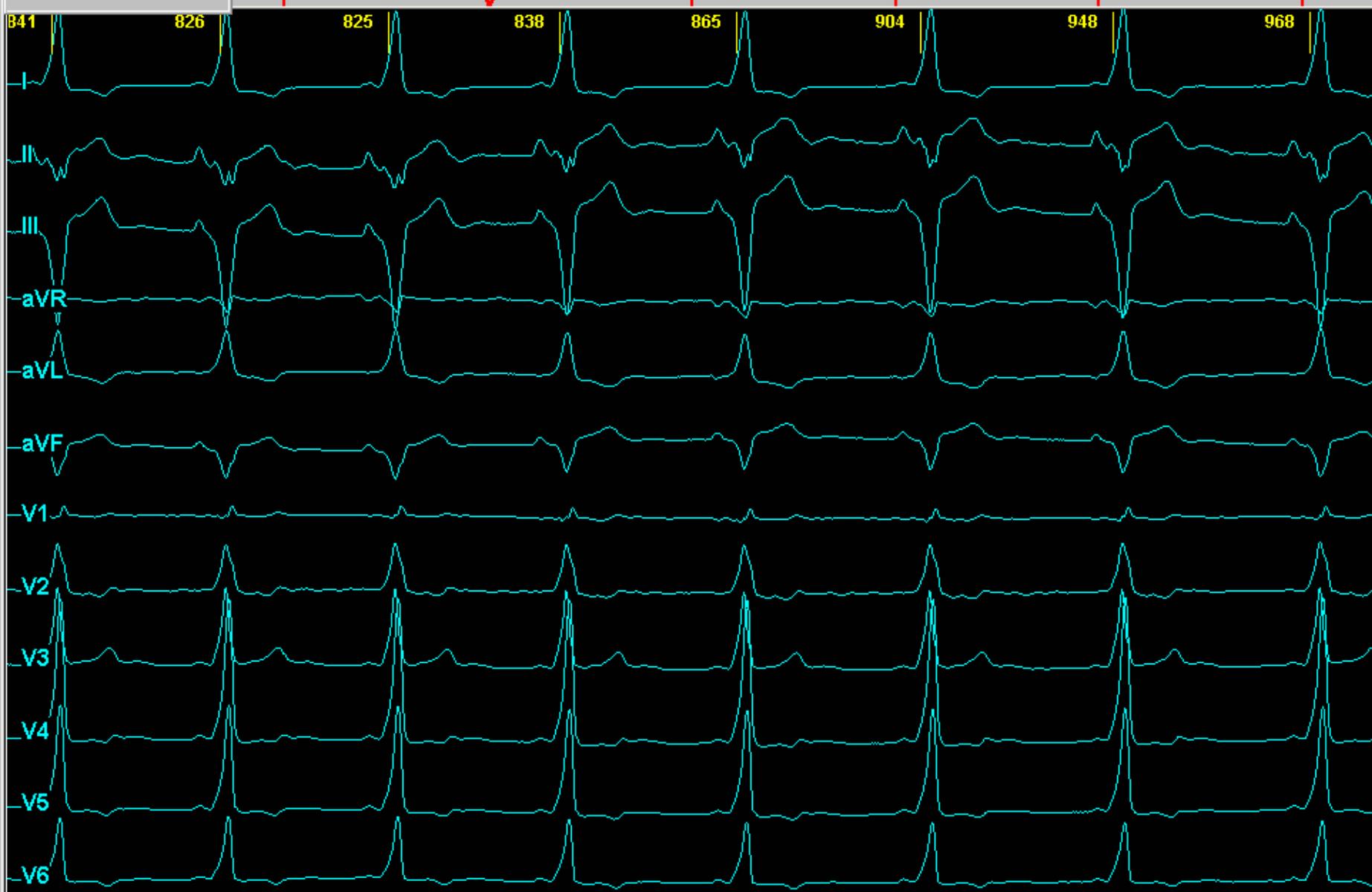
# CAS CLINIQUE N°1

- Homme 31 ans, pompier
- ATCD : Néant
- Mort subite récupérée / Match de football « Pompiers / Gendarmes)
- ECG de surface au décours :



### Faisceaux de Kent : répartition selon la localisation





HR

ECG icons: rhythm strip, lead selection, zoom, print, etc.

(MO min)

50



# Exploration électrophysiologique

Période réfractaire du Kent : 170 ms

Passage en Ac/Fa : Kent permanent >>> Syncope >> CEE

---- Ablation par radiofréquence



HR

ECG icons: rhythm strip, lead selection, zoom, print, etc.

MO min

EV

ECG icons: rhythm strip, lead selection, zoom, print, etc.

Auto

Navigation arrows

100

959

992

1078

v

V3

RF2-1/2

RF2-3/4

HIS-1/2

HIS-3/4

HIS-2/3



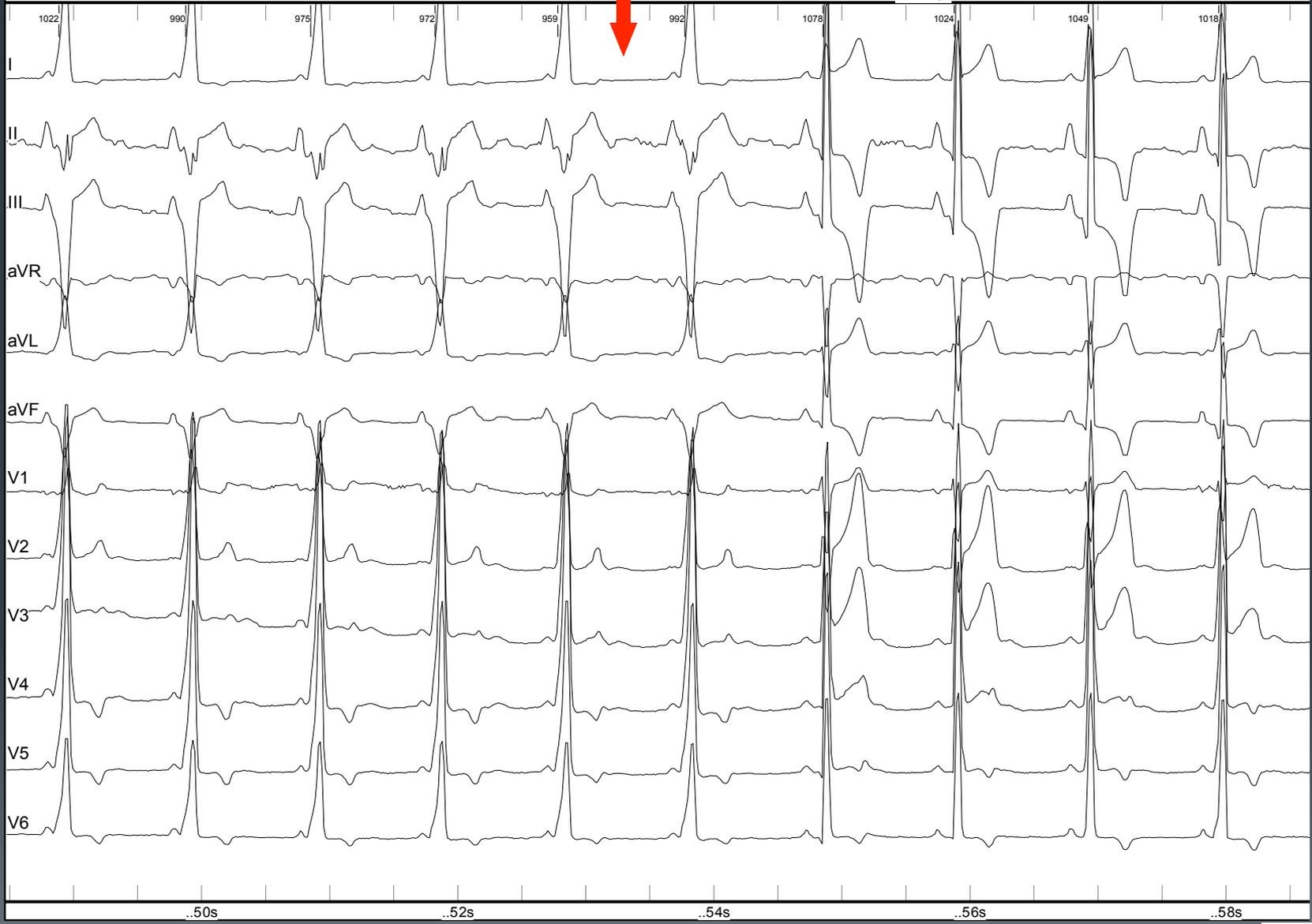
(MO)  
min

EV

UD  
ID: 01-16-A

31.01.2001  
14:22:54

BIOTRONIK  
EPControl



..50s

..52s

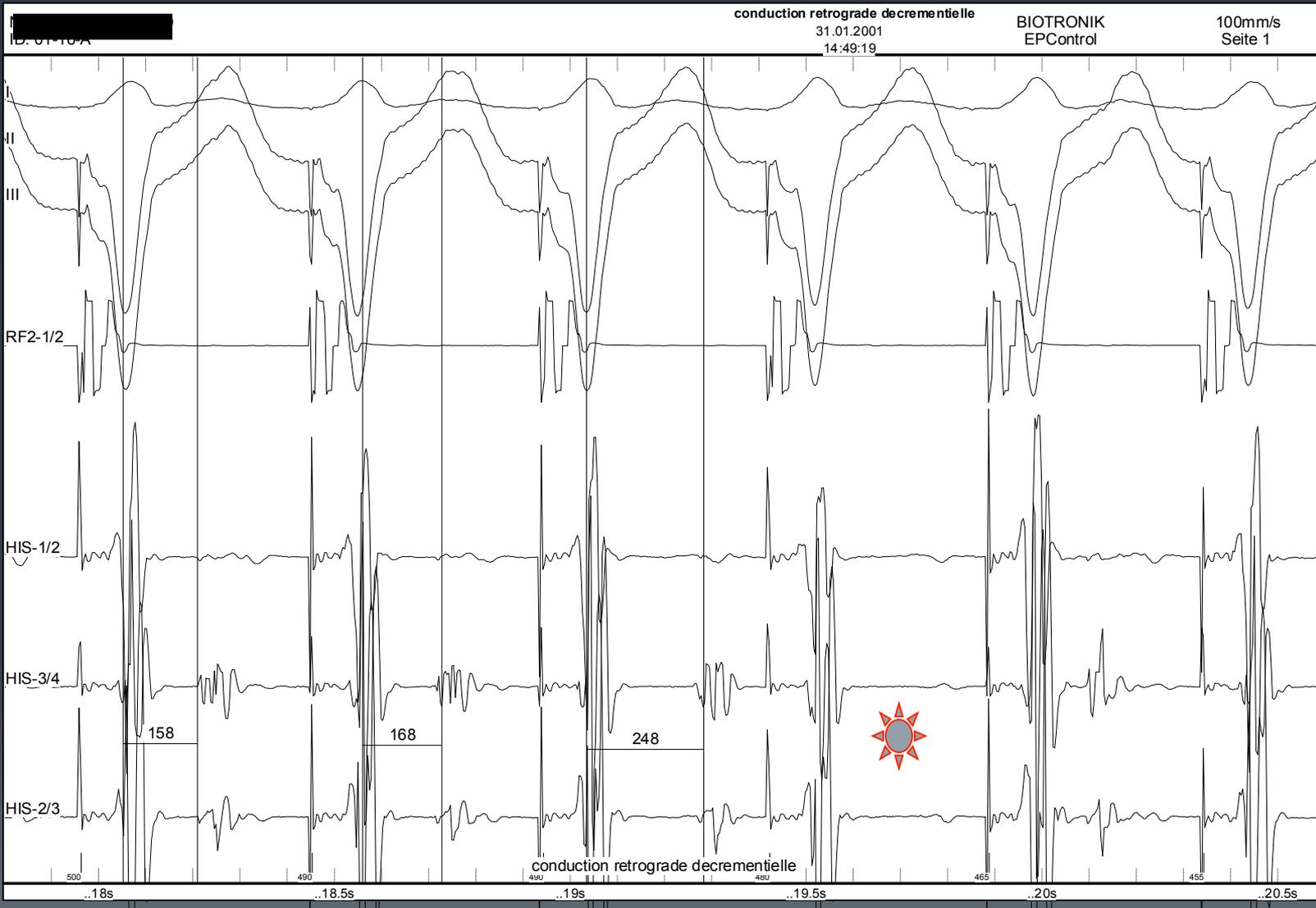
..54s

..56s

..58s

Disparition de la voie accessoire





# Conduction rétrograde

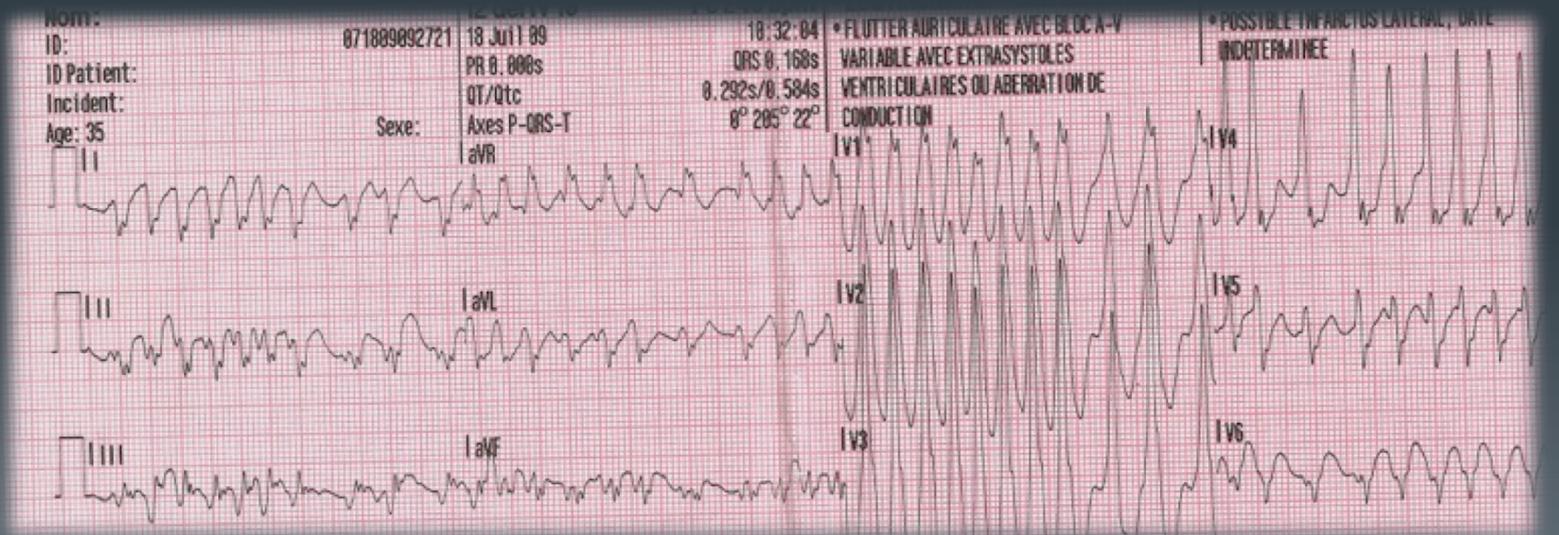
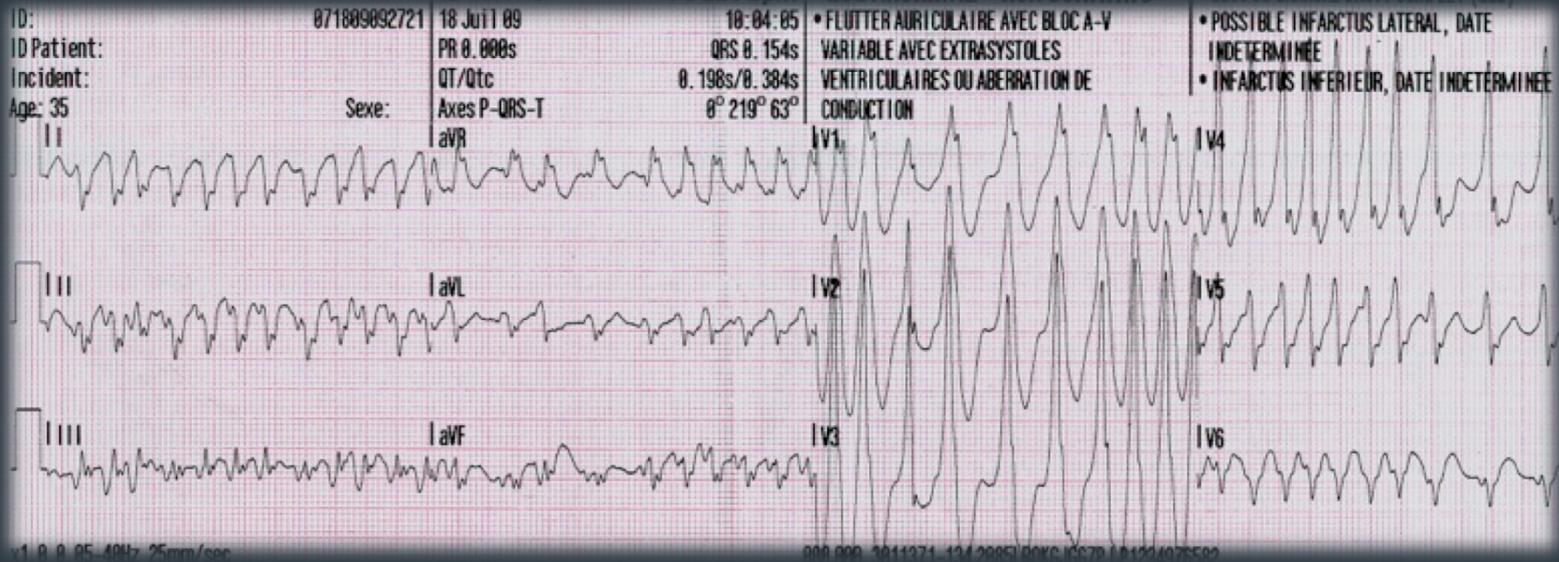


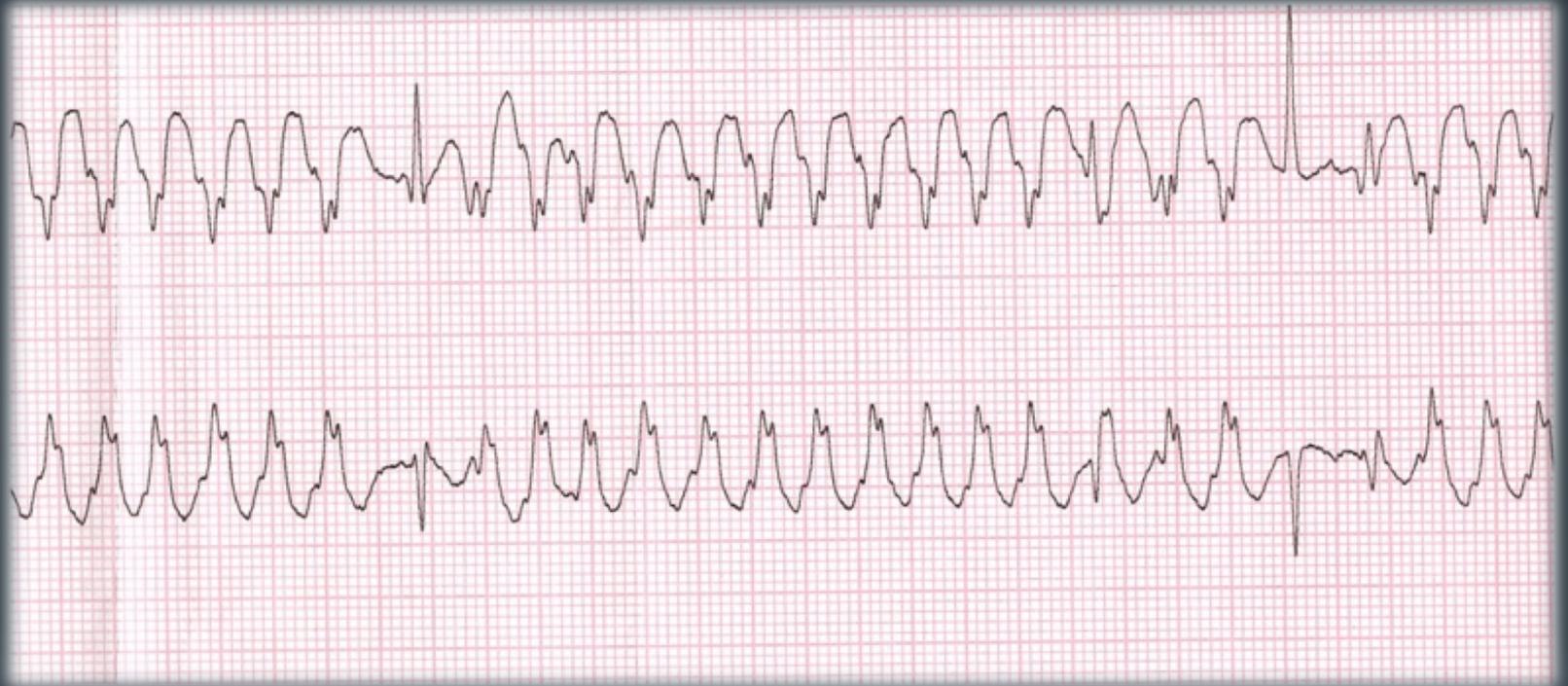




# Cas clinique N°2

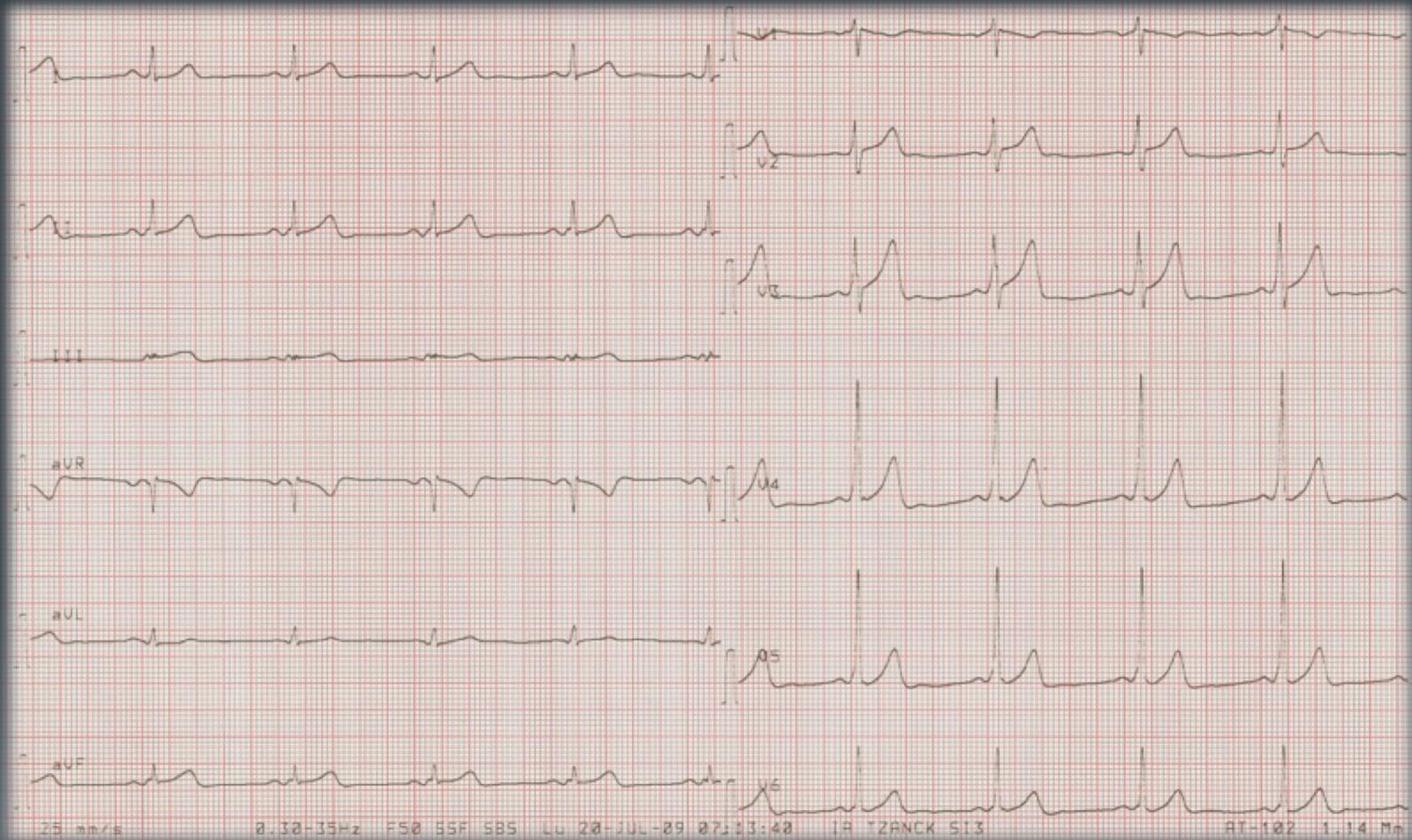
- Mr P.V 35 ans
- Syndrome de WPW connu depuis l'enfance
- Quelques épisodes de tachycardies
- N'a jamais été exploré, ni testé
- Hospitalisation en urgence pour tachycardie prolongée et syncopes répétées
- A l'admission / SAMU



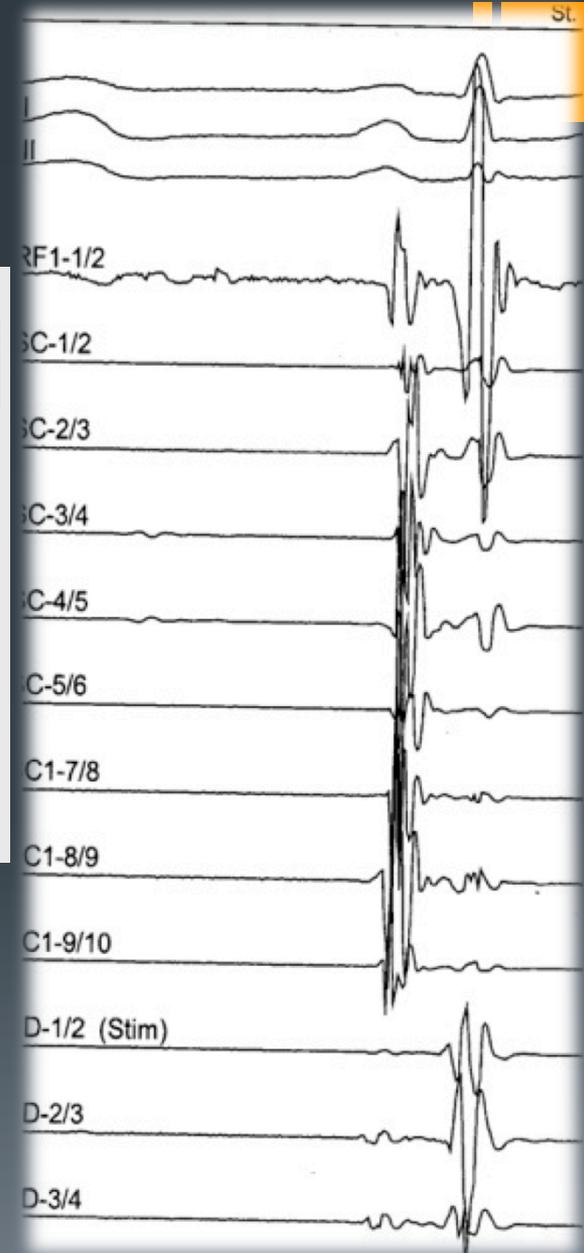
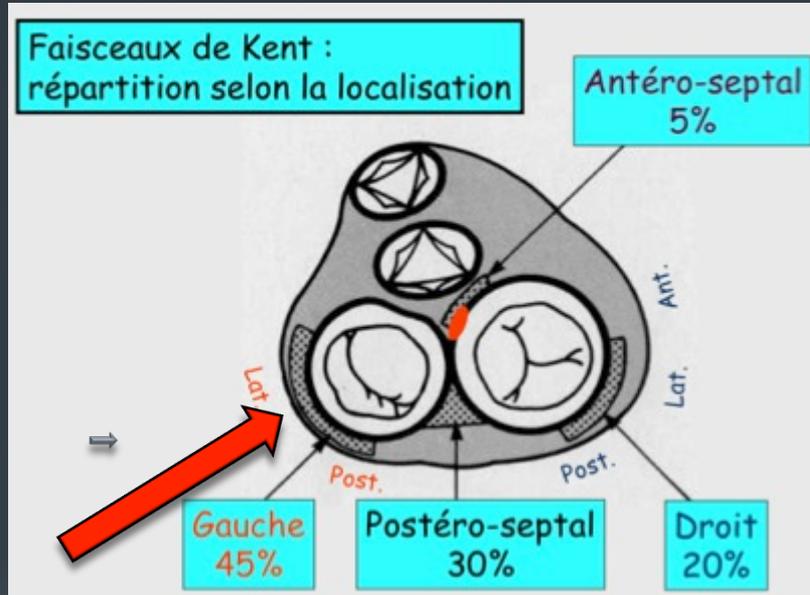
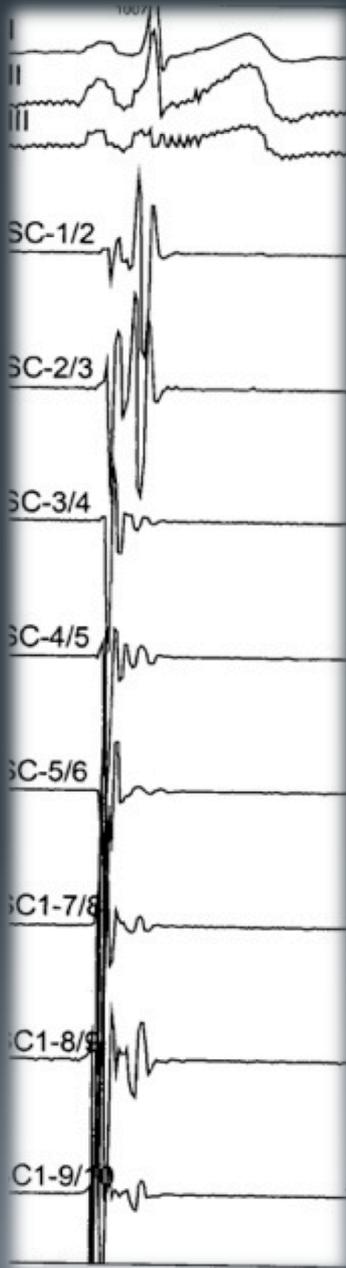


Arrêt cardio-circulatoire ---- Cardioversion en urgence.

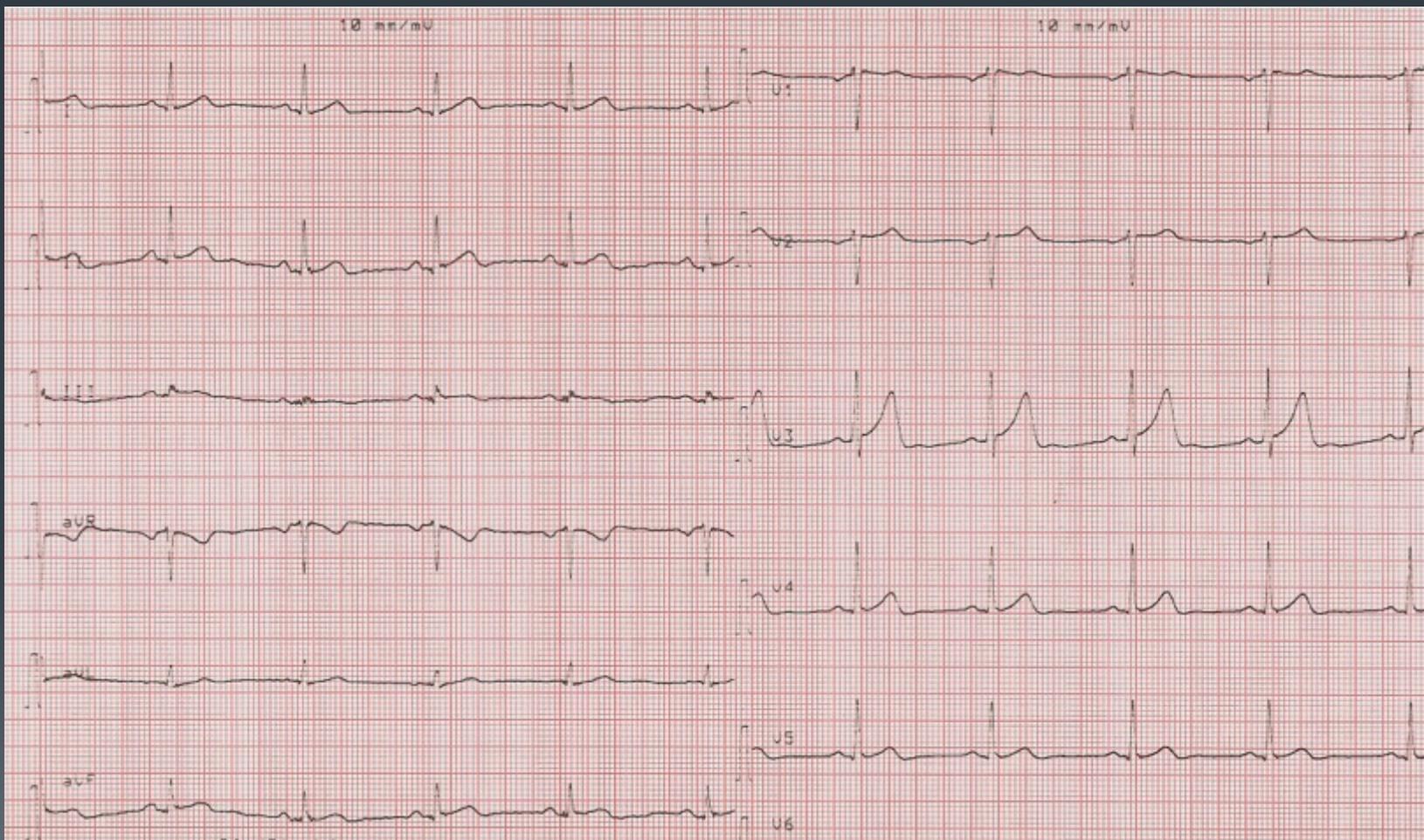
# ECG APRES CEE



# ABLATION



# ECG POST ABLATION



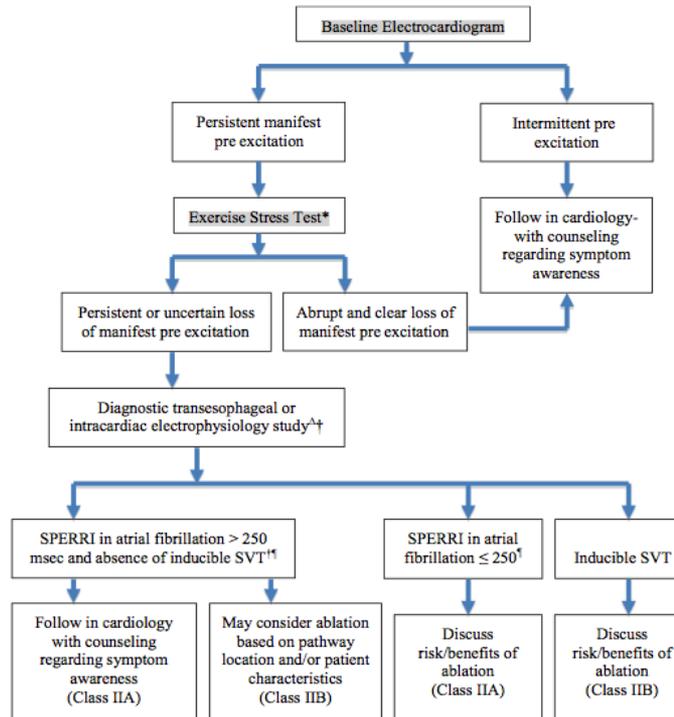


## WPW: les points essentiels.

- Rechercher les ondes delta, parfois difficile en fonction du degré de pré-excitation
- Localiser au mieux la voie accessoire / donne une idée sur le risque de l'ablation
- ATCD familiaux de syncope / mort subite .....
- Symptomatique / asymptomatique
- Intention de traiter ou non
- Age
- Intérêt de l'exploration électrophysiologique

# PACES/HRS Expert Consensus Statement on the Management of the Asymptomatic Young Patient with a Wolff-Parkinson-White (WPW, Ventricular Preexcitation) Electrocardiographic Pattern

Developed in partnership between the Pediatric and Congenital Electrophysiology Society (PACES) and the Heart Rhythm Society (HRS). Endorsed by the governing bodies of PACES, HRS, the American College of Cardiology Foundation (ACCF), the American Heart Association (AHA), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the Canadian Heart Rhythm Society (CHRS)



\* patients unable to perform an exercise stress test should undergo risk-stratification with an EP study  
 † prior to invasive testing, patients and the parents/guardians should be counseled to discuss the risks and benefits of proceeding with invasive studies, risks of observation only, and risks of medication strategy.  
 ‡ patients participating at moderate-high level competitive sports should be counseled with regards to risk-benefit of ablation (Class IIA) and follow the 36<sup>th</sup> Bethesda Conference Guidelines<sup>8</sup>  
 § in the absence of inducible atrial fibrillation, the shortest pre-excited RR interval determined by rapid atrial pacing is a reasonable surrogate