

Złośliwe migotanie przedsionków w przebiegu zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a

Serge S. Barold

Division of Cardiology, University of South Florida College of Medicine,
 Tampa General Hospital, Tampa, Florida, USA

Przedrukowano za zgodą z: *Cardiology Journal* 2007; 14: 95–96



Na rycinie przedstawiono zapis elektrokardiograficzny uzyskany przed wdrożeniem terapii u 45-letniego mężczyzny, uprzednio zdrowego, u którego nie występowały żadne objawy. Pacjent zgłosił się do lekarza w stanie przedomdleniowym, ciśnienie tętnicze było niskie. Zapis przedstawiający chaotyczny, szybki rytm składający się z bardzo nieregularnych zespołów komorowych oraz zmienna morfologia zespołu QRS są cechami charakterystycznymi dla migotania przedsionków występującymi

w przebiegu zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a. Całkowita dezorganizacja rytmu wyklucza rozpoznanie polimorficznego częstoskurczu komorowego. W przypadku gdy w analizowanym elektrokardiogramie występuje rytm komorowy o szybkości przekraczającej 300 uderzeń/min, a nawet osiągający częstość 350 uderzeń/min, nie można jednoznacznie rozróżnić migotania przedsionków w przebiegu zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a od trzepotania komór. Wniosek ten wynika z faktu, iż u chorych z rozpoznaniem zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a często obserwowano rytmy komorowe o częstości około 350 uderzeń/min (czas trwania odstępu RR \leq 190 ms). U pacjentów z tej grupy istnieje ryzyko nagłej śmierci z powodu progresji do

Adres do korespondencji: S. Serge Barold, MD
 5806 Mariner's Watch Drive, Tampa, FL 33615, USA
 faks: 813 891 1908; e-mail: ssbarold@aol.com

migotania komór. Większość obserwowanych kompleksów QRS w opisywanym elektrokardiogramie jest szeroka i są one skutkiem przedwczesnej depolaryzacji mięśniówki komór serca poprzez drogę dodatkową. W odprowadzeniu aVL widoczny jest wąski zespół QRS powstały prawdopodobnie na skutek przewodzenia impulsu elektrycznego poprzez normalny szlak aktywacji komór serca. Drugi relatywnie wąski zespół QRS obserwowany w odprowadzeniu aVL odzwierciedla komorową fuzję prawidłowego pobudzenia schodzącego do komór przez węzeł przedsionkowo-komorowy oraz pobudzenia przewodzonego przez drogę dodatkową (pierwsza ewolucja w odprowadzeniu III). Podczas aktywacji komór poprzez drogę dodatkową obserwowany zespół QS w odprowadzeniu I oraz aVL, a także dominujący załamek R w prawostronnych odprowadzeniach przedsercowych sugerują obecność lewostronnobocznej dodatkowej drogi przewodzenia. Zmienna morfologia zespołu QRS rejestrowana w odprowadzeniu V6 wskazuje z kolei na przewodzenie inną, kolejną drogą dodatkową. Jest to

bardzo cenne spostrzeżenie, ponieważ u pacjentów z zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a, u których rozwija się migotanie komór, obserwuje się większą częstość występowania wielu dodatkowych dróg przewodzenia. U niniejszego chorego natychmiast przeprowadzono kardiowersję, uzyskując powrót rytmu zatokowego, po czym wykonano badanie elektrokardiograficzne, w którym wykazano typowe cechy zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a. Przeprowadzone badanie elektrofizjologiczne ujawniło obecność dodatkowej, pojedynczej, lewostronnobocznej drogi przewodzenia o bardzo krótkim efektywnym okresie refrakcji wynoszącym 190 ms. U pacjenta przeprowadzono skuteczną ablację pojedynczej dodatkowej drogi przewodzenia. W okresie 15 lat nie zauważono nawrotu arytmii. Powyższa obserwacja uświadamia fakt istnienia dużego ryzyka nagłej śmierci sercowej u chorych, u których występuje dodatkowa droga przewodzenia o bardzo krótkim efektywnym czasie refrakcji. Nagła śmierć z powodu migotania komór jest sporadycznie pierwszym objawem zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a.