

Kasuistik

Ugeskr Læger 2023;185:V12220791

Wolff-Parkinson-Whites syndrom hos midaldrende mand med permanent atrieflimren

Louise Egedal Lind & Andi Eie Albertsen

Hjertesygdomme, Regionshospitalet Viborg

Ugeskr Læger 2023;185:V12220791

Patienter med Wolff-Parkinson-Whites syndrom (WPW) er født med en eller flere accessoriske ledningsbaner, som forbinder atrier og ventrikler uden om atrioventrikulær (AV)-knuden, og den hyppigst forekommende arytmi er en ortodrom AV-re-entry-takykardi. Når banen er i stand til at lede anterogradt, ses præexcitation i ekg – en deltatak. WPW defineres som tilstedeværelse af en deltatak i ekg'et hos en patient med anamnestisk takykardi. Patienter med WPW-syndrom udvikler oftere atrieflimren (AFLI), og såfremt den accessoriske ledningsbane er i stand til at lede hurtigt anterogradt, kan der ved debut af AFLI opstå en potentielt livsfarlig arytmi, præexciteret AFLI, der kan degenerere til ventrikelflimren.

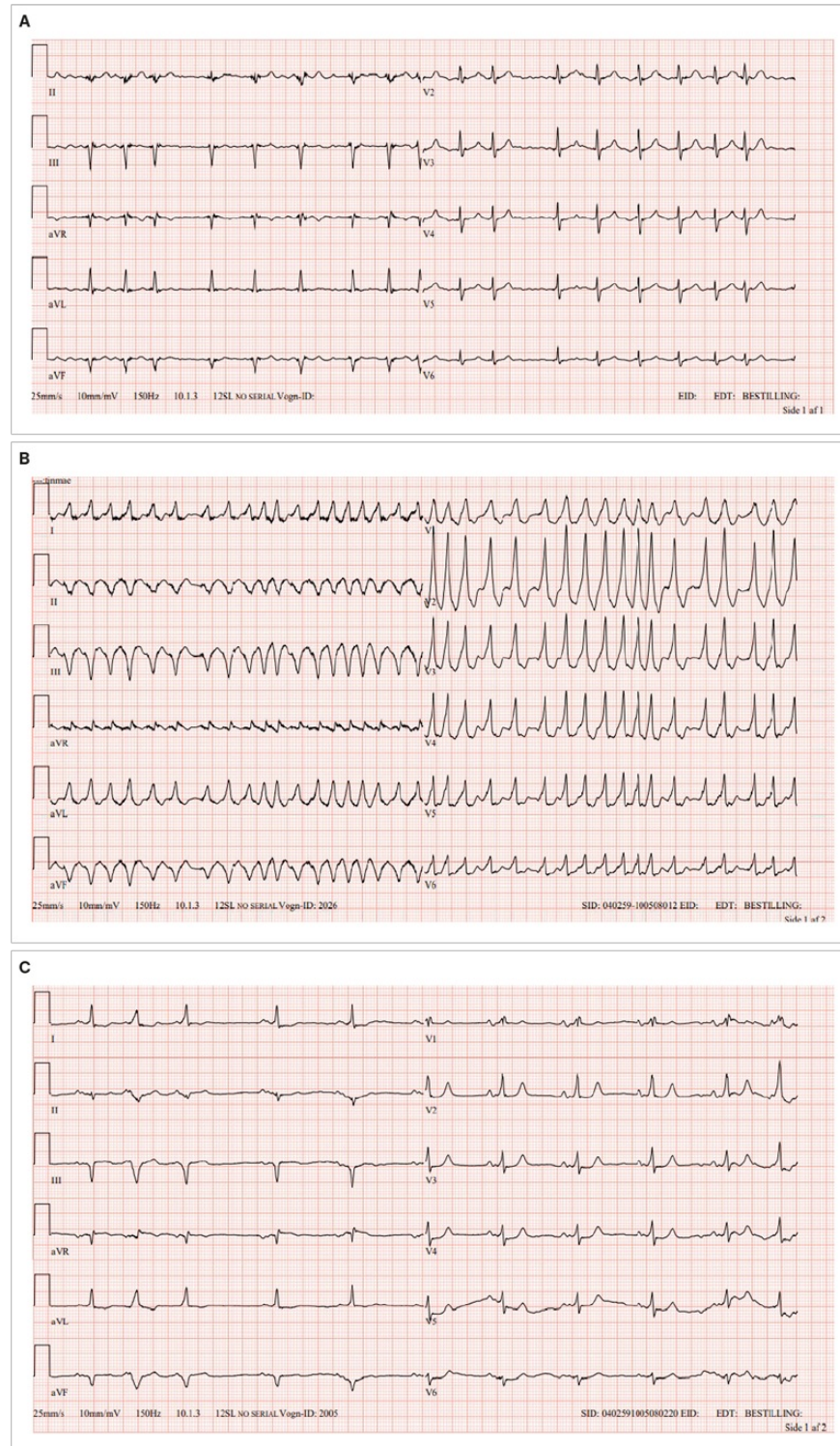
SYGEHISTORIE

En 63-årig mand diagnosticeret med hypertension, behandlet med losartan og amlodipin, og permanent AFLI, behandlet med apixaban og metoprolol, igennem fem år henvendte sig til lægevagten grundet tiltagende åndenød igennem to uger. Patienten blev visiteret til akutmodtagelsen pga. ekg med takykardi og breddeøgede QRS-komplekser. Objektivt fandt man kun patienten lettere akut påvirket med funktionsdyspnø og deklive ødemer. Blodtryk var 118/84 mmHg, let febrilia 38,2 °C, respirationsfrekvens 28 pr. min og ilt saturation 92%. Biokemiske test afslørede nyrepåvirkning med kreatininkoncentration = 117 µmol/l (eGFR = 34 ml/min/1,73m²) og let forhøjede infektionsparametre (CRP-koncentration = 21,1 mg/l og 8×10^9 leukocytter/l).

Telemetriovervågning viste en uregelmæssig breddeøget takykardi med frekvens kortvarigt op til 290 pr. min. Arytmien blev initialt tolket som AFLI med nyopstået grenblok, og patienten blev behandlet med digoxin peroralt og furosemid i.v. Patienten blev tilset hurtigt af en kardiolog, og der blev rejst mistanke om præexciteret AFLI. Ældre ekg'er blev gennemset uden tegn på præexcitation (**Figur 1**). Ekkokardiografi viste nedsat ejection fraction på 25% og central

overhydrering. Der blev givet amiodaron 150 mg i.v. ad to omgange uden effekt. Der blev foretaget DC-konvertering, og efter andet stød opnåede patienten sinusrytme, nu med tydelig deltatak i ekg (Figur 1).

FIGUR 1 Patientens ekg'er. **A.** Atriefimren (AFLI), ekg taget forud for indlæggelse. **B.** Præexciteret AFLI ved ankomst til akutmodtagelsen. **C.** Sinusrytme med deltatak efter DC-konvertering.



Patienten fik recidiv af præexciteret AFLI inden for det første døgn og forsøgte DC-konverteret med i alt seks stød uden held. Patienten blev cirkulatorisk ustabil med et blodtryk på 83/70 mmHg, og han blev overflyttet til en højtspecialiseret enhed og fik foretaget akut ablation af en accessorisk ledningsbane ved mitralannulus med anatomisk lokalisering kl. 5. DC-konvertering blev forsøgt igen uden held. Der blev startet amiodaronbehandling, hvorpå patienten efter to ugers behandling opnåede sinusrytme.

DISKUSSION

Udvikling af AFLI hos en patient med en accessorisk ledningsbane, som er i stand til at lede anterogradt med kort refraktærperiode, menes at være baggrunden for den øgede risiko for pludselig hjertedød hos patienter med WPW på 0,6% pr. patientår [1]. Denne sygehistorie skiller sig ud, da patienten først efter fem år med permanent AFLI og i en alder af 63 år udviklede konduktion over sin medfødte ledningsbane. Et studie har peget på, at patienter med intermitterende præexcitation i ekg ikke er i stand til at lede hurtigt over en accessorisk ledningsbane, og det står i kontrast til den aktuelle kasuistik, hvor korteste RR-interval var på 207 ms svarende til en frekvens på 290 slag pr. minut, hvilket disponerer til pludselig hjertedød [2, 3].

Denne kasuistik fremhæver vigtigheden af at erkende præexciteret AFLI med uregelmæssig ventrikelaktion og skiftende QRS-bredde med ensartet akse. I ekg'et blev der set positiv konkordans i prækordiale afledninger, altså hverken klassisk højre- eller venstresidig grenblok.

Den akutte behandling af en hæmodynamisk påvirket patient med præexciteret AFLI er DC-konvertering, og det anbefales, at patienten konfereres med en højt specialiseret enhed med henblik på subakut radiofrekvensablation [4]. Ofte vil amiodaron blive anvendt i den akutte situation, imens flecainid/propafenon anbefales i ventetiden på ablation hos patienten med strukturelt normalt hjerte [4].

Korrespondance Louise Egedal Lind. E-mail: loihol@rm.dk

Antaget 7. marts 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 24. april 2023

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V12220791

SUMMARY

Wolff-Parkinson-White in patient with permanent AFLI

Louise Egedal Lind & Andi Eie Albertsen

Ugeskr Læger 2023;185:V12220791

Ugeskr Læger 2023;185:V12220791

Side 3 af 4

A 63-year-old man with permanent atrial fibrillation through five years presents to the emergency room with dyspnea and an ECG showing pre-excited afib. The ECG was initially perceived as afib with bundle branch block and treated with digoxin. After that, treatment with amiodaron was given; also without success. After DC-conversion, multiple times and relapse, the patient was transferred to a highly specialised hospital, and an accessory pathway was performed ablated. This is a case report of a patient who had permanent atrial fibrillation and whose initial presentation of Wolff-Parkinson White syndrome was pre-excited atrial fibrillation.

REFERENCER

1. Fitzsimmons PJ, McWhirter PD, Peterson DW, Kruyer WB. The natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in 228 military aviators: a long-term follow-up of 22 years. *Am Heart J.* 2001;142(3):530-6.
2. Pietersen AH, Andersen ED, Sandøe E. Atrial fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Am J Cardiol.* 1992;70(5):38A-43A.
3. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E et al. 2019 Guidelines for the management of supraventricular tachycardia, 2019. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/5/655/5556821> (11. dec 2022).
4. Sommer A, Alhede C, Pedersen SB. 17. Supraventrikulær takykardi. www.nbv.cardio.dk/svt (15. feb 2023).