

Cardiologie du sport : de nouvelles recommandations moins restrictives

Paris, France — Les nouvelles recommandations américaines concernant la pratique sportive en cas de pathologie cardiovasculaire « restent prudentes, mais sont globalement moins restrictives, notamment sur les coronaropathies », a souligné le **Dr Jean-Michel Chevalier** (Centre de rééducation Avicenne, Libourne), lors d'une présentation aux [Journées européennes de la Société française de cardiologie](#) (JESFC 2017) [1].

Les dernières recommandations de l'American Heart Association (AHA) et de l'American College of Cardiology (ACC) dataient de 2005. Publiées fin 2015 dans *Circulation*, ces nouvelles recommandations, regroupées en 15 chapitres, concernent la pratique sportive en compétition, mais « peuvent être élargies à l'activité physique en général ».

« En dix ans, de nombreux progrès ont été enregistrés », a commenté le cardiologue. « Notamment, avec le suivi de larges cohortes de sportifs, le développement du diagnostic par l'utilisation de l'IRM, de la génétique et de la rythmologie ou encore l'amélioration de certaines thérapies, comme l'angioplastie. »

Le sport en neuf catégories

Dans le premier chapitre des recommandations, les activités sportives sont énumérées (70 au total) et [classées en neuf catégories](#), selon leur caractéristique statique (I, II, III) et leur dynamique (A, B et C).

Dans la catégorie IA, on trouve par exemple le golf ou le yoga. Les arts martiaux sont dans la même dynamique, mais avec davantage de travail musculaire (IIIA).

En 1B, se place le tennis de table ou le volleyball. On retrouve dans les catégories statiques supérieures la natation synchronisée (IIB) ou encore le body building (IIIB).

En dynamique plus élevée, apparaissent le badminton, le football et la course longue distance (IC), le basketball (IIC), le triathlon et la boxe (IIIC).

Cardiomyopathie hypertrophique: la génétique évoquée

Dans le cas de la cardiomyopathie hypertrophique, première cause de mort subite chez les jeunes sportifs, « toute compétition reste interdite, sauf pour une activité de catégorie IA », le sport étant un facteur aggravant de la maladie.

« Le désir de pratiquer une compétition sportive ne justifie, en aucun cas, la pose d'un défibrillateur ou la prescription d'un traitement par bêtabloquants », a tenu à rappeler le Dr Chevalier.

La découverte de 11 gènes et de 1 500 mutations, en lien avec la maladie, a également amené à se prononcer pour les patients porteurs d'une anomalie génétique, mais asymptomatiques. « Tous les sports leur sont accessibles, à condition de n'avoir ni antécédent familial de mort subite, ni hypertrophie ventriculaire gauche, ni arythmie. »

Pour ce qui est de la dysplasie arythmogène, « les sports de compétition sont contre-indiqués, exceptés peut-être la classe IA, car l'activité physique favorise la dilatation du ventricule droit et surtout l'augmentation des arythmies ». Là encore, « la pose d'un défibrillateur n'est pas justifiée ».

« Récemment découverte et sous-estimée, même à l'autopsie », la non compaction du ventricule gauche a fait l'objet d'un sous-chapitre. Cette malformation cardiaque congénitale consiste en la présence de trabéculations importantes à la pointe du ventricule gauche (encore appelée myocarde spongieux).

« Tous les sports sont autorisés si les patients sont asymptomatiques, avec un ventricule gauche normal et sans arythmie ventriculaire », a indiqué le Dr Chevalier.

Myocardite: le sport possible après normalisation

Pour la myocardite, qui a le plus bénéficié de l'IRM, « le risque d'arythmie est majeur en phase aiguë ». La reprise d'une activité sportive est possible « uniquement après le retour à la normale de la fonction ventriculaire gauche et la normalisation des marqueurs de l'inflammation et de l'insuffisance cardiaque ».

S'agissant des cardiopathies congénitales, la pratique du sport en compétition est autorisée pour « les petits shunts gauche-droit, soit minimes, soient opérés sans séquelle », qui restent majoritaires. Les autres anomalies, souvent des cas particuliers, « nécessitent l'avis d'un cardio-pédiatre ».

Les adultes ayant été opérés pendant l'enfance d'une cardiopathie « doivent être régulièrement surveillés et évalués, notamment par épreuve d'effort, pour rechercher une éventuelle hausse de la pression artérielle pulmonaire. En général, les recommandations limitent la pratique aux sports de classe IA ».

Autre nouveauté dans ces recommandations: les patients opérés d'une tétralogie de Fallot, une cardiopathie congénitale cyanogène, peuvent être autorisés à la pratique de tous les sports, « à condition d'avoir un bon ventricule gauche, sans obstruction sur la voie pulmonaire, ni arythmie ».

Valvulopathies: aucun sport en cas de symptômes

En ce qui concerne les valvulopathies, les recommandations reprennent la classification de A à D. Pour les valvulopathies minimales (niveau A), « souvent une bicuspidie aortique ou un prolapsus », tous les sports sont autorisés, mais une surveillance est recommandée.

Lorsque les valvulopathies sont accompagnées de symptômes ou d'une dysfonction ventriculaire (niveau D), « aucun sport ne peut être pratiqué ».

Pour les valvulopathies asymptomatiques minimales à modérées (niveau B), les sports sont limités aux classes IA, IB et IIA, si l'épreuve d'effort est satisfaisante. Lorsque les valvulopathies sont accompagnées de symptômes ou d'une dysfonction ventriculaire (niveau D), « aucun sport ne peut être pratiqué ».

En cas d'insuffisance aortique, « la dilatation tolérable du ventricule gauche en fin de systole doit être inférieure à 50 mm chez les hommes et 40 mm chez les femmes ». Quant aux sujets porteurs d'une aorte de diamètre supérieur à 41 mm, « ils ne doivent pas pratiquer de sport à risque de collision ».

Après une valvuloplastie mitrale ou aortique, seuls les sports IA, IB et IIA peuvent être pratiqués, « même si la fonction du ventricule gauche est correcte ». La pose d'une bioprothèse conduit aux mêmes restrictions, « même sans séquelle ventriculaire gauche », avec un accès en plus aux sports de catégorie IC.

Maladie coronaire: la classification bas et haut risque disparaît

Concernant les pathologies aortiques, de nombreuses étiologies se sont ajoutées, avec l'amélioration de la génétique. « Le suivi doit être annuel et la complexité des pathologies requiert un avis médical dans des centres de référence ». Toutefois, après correction chirurgicale, « les sports IA peuvent être autorisés ».

Dans le cas des maladies coronaires, « les nouvelles recommandations sont devenues plus simples et moins restrictives ». La classification basée sur les bas et hauts risques a disparu. Seule la présence ou non d'une manifestation clinique est déterminante.

L'évaluation s'appuie principalement sur une épreuve d'effort et une évaluation de la fonction ventriculaire gauche. « Les statines sont recommandées pour éviter une rupture de plaque ». Le sport est alors autorisé, sans restriction, si la fonction ventriculaire est bonne et en l'absence de symptômes et d'ischémie.

La reprise du sport peut être envisagée trois mois après un infarctus ou une revascularisation. « En théorie, un coronarien stabilisé prenant bien son traitement peut pratiquer une activité physique », a souligné le Dr Chevalier.

REFERENCE:

1. Chevalier JM, Nouvelles recommandations en cardiologie du sport, JESFC 2017, 12 janvier 2017, Paris.