

Dossier thématique



CrossMark

Pathologies cardiaques à risque chez le jeune sportif

Pierre-Laurent Massoure, Olivier Camus, Marie-Caroline Chenilleau, Jean-Marie Gil,
Laurent Fourcade

Reçu le 24 janvier 2014
Accepté le 5 février 2014

Disponible sur internet le :
22 mai 2014

Hôpital Laveran, service de cardiologie, 13384 Marseille cedex 13, France

Correspondance :

Pierre-Laurent Massoure, hôpital Laveran, service de cardiologie, 4, boulevard
Alphonse-Laveran, 13384 Marseille cedex 13, France.
plmassoure@aol.com

■ Key points

Cardiac disease at risk in the young athlete

Physical training significantly reduces all cause mortality in the general population.

Eligibility for competitive sport participation in athletes with cardiovascular diseases is based on recommendations.

Incidence of sudden cardiac death in young athletes is low (0.5 to 2/100,000 athletes/year).

The most common cardiac diseases at risk are hypertrophic cardiomyopathies, congenital coronary arteries abnormalities, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy and acute myocarditis.

Pre-participation screening is based on the cardiovascular evaluation, including ECG (repeated every 3 years since the age of 12 and every 5 years since the age of 20 to the age of 35).

Some events are unpredictable (idiopathic ventricular fibrillation, sudden death related to congenital coronary arteries abnormalities or commotio cordis). A better access to public defibrillation is needed.

■ Points essentiels

Les activités physiques et sportives réduisent significativement la mortalité toute cause dans la population générale. L'aptitude sportive chez les porteurs de pathologies cardiaques à risque fait l'objet de recommandations.

L'incidence de la mort subite chez les sportifs de moins de 35 ans est faible (0,5 à 2/100 000 participants par an).

Les pathologies cardiaques à risque les plus fréquentes sont les cardiomyopathies hypertrophiques, les anomalies de naissance des coronaires, la dysplasie arythmogène du ventricule droit et les myocardites aiguës.

Le dépistage de ces pathologies cardiaques repose sur l'interrogatoire, un examen clinique cardiovasculaire complet et la réalisation d'un ECG à partir de l'âge de 12 ans renouvelé tous les 3 ans, puis tous les 5 ans après 20 ans jusqu'à 35 ans.

Certaines pathologies sont difficiles ou impossibles à dépister ou à prévoir (anomalies de naissance des coronaires, fibrillation ventriculaire idiopathique, mort subite par commotio cordis). Un meilleur accès public à la défibrillation est à promouvoir.

La pratique d'une activité physique et sportive réduit significativement la mortalité toute cause, ce d'autant qu'elle est quotidienne, prolongée et soutenue [1]. Tous âges confondus, on dénombre en France un millier de morts subites durant l'effort ou dans l'heure qui suit l'activité physique et sportive. La mort subite (MS) à l'effort du jeune athlète reste un événement rare mais particulièrement dramatique. Le sport n'est pas en cause en lui-même, mais un effort soutenu peut jouer le rôle de gâchette provoquant l'événement fatal, le plus souvent par arythmie ventriculaire maligne. La MS du jeune sportif est le plus souvent favorisée par l'existence d'une maladie cardiaque sous-jacente, connue ou pas. Leur dépistage dans cette population jeune est l'enjeu principal des visites de non contre-indication à la pratique sportive.

Épidémiologie de la mort subite du jeune sportif

Il y a près de 18 millions de licenciés sportifs en France, 37 % sont des femmes et 10 millions pratiquent le sport en compétition. Les sportifs de moins de 35 ans représentent la majorité des licenciés, notamment la tranche d'âge allant de 10 à 20 ans (plus de 5 millions de sportifs). Entre 12 et 35 ans, l'incidence de la MS à l'effort est comprise entre 0,5 et 2 pour 100 000 personnes par an selon les séries, avec des écarts importants [2,3]. Dans des séries Nord-américaines, basées sur des autopsies, cette incidence était de 13/100 000 pour les jeunes recrues militaires aux États-Unis, et de 1/150 000 parmi des athlètes âgés de 12 à 18 ans, toujours aux États-Unis, dans une série récente incluant plus de 2 millions d'individus [4,5]. À titre de comparaison, l'incidence annuelle de la mort subite à l'effort dans la population générale est de 1 à 4/100 000 participants et le nombre d'événements à l'effort (arythmie et syndrome coronarien non fatal, essentiellement) de 6,5/100 000 participants [6].

Dans une récente étude française menée sur 5 ans, 820 morts subites survenues durant une activité sportive ont été analysées et, parmi elles, 50 concernaient des sportifs de moins de 35 ans [7]. Dans ce travail, le risque relatif de mort subite chez les sportifs de moins de 35 ans était estimé à 4,5 par rapport à la population générale du même âge. Les femmes sont beaucoup moins exposées que les hommes avec un sex-ratio de 1/5 à 1/20 [6-8]. La proportion de femmes semble augmenter progressivement dans certains sports de masse (course à pied, football...) et il est possible que ces données évoluent.

La mort subite du sportif est liée à une coronaropathie dans plus de 80 % des cas après 35 ans, mais avant 35 ans, cette cause est beaucoup plus rare et de nombreuses anomalies cardiaques structurelles ou non sont rapportées. Les activités sportives les plus à risque sont les sports à forte composante statique et dynamique (cyclisme, triathlon, boxe...) ou à forte composante dynamique (course à pieds longue distance, marathon et

semi-marathon, football, tennis...). Le dopage est un facteur de risque potentiel dans la survenue d'événements adverses ou de mort subite à l'effort.

Pathologies cardiaques à risque

La prévalence des maladies cardiaques à risque est estimée entre 0,2 et 0,7 % dans la plupart des séries concernant les jeunes athlètes de 12 à 35 ans [9]. Elles sont dominées par les cardiopathies structurelles chez l'athlète masculin, alors que chez les jeunes athlètes féminines, plus de 50 % des cas de MS à l'effort surviennent sur des coeurs structurellement normaux [10]. Les pathologies cardiaques à risque les plus fréquentes sont les cardiomyopathies hypertrophiques (CMH), les anomalies de naissance des coronaires, la dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) et les myocardites aiguës (*encadré 1*). Il y a de grandes disparités d'un registre à l'autre. Par exemple, les CMH semblent très largement majoritaires aux États-Unis, alors qu'elles ne représenteraient que 10 % des causes de MS chez les moins de 35 ans en France [2,7]. Les CMH et les anomalies de naissance des coronaires sont significativement beaucoup plus représentées chez les athlètes nord-américains

ENCADRÉ 1

Prévalence des principales pathologies cardiaques à risque, estimée à partir des registres ayant analysé la mort subite des jeunes sportifs

Cardiopathies structurelles

- Congénitales :
 - cardiomyopathie hypertropique : 10 à 40 % ;
 - anomalie de naissance des coronaires : 10 à 30 % ;
 - dysplasie arythmogène ventriculaire droite : 4 à 25 % ;
 - cardiopathies congénitales < 5 % ;
 - cardiopathies valvulaires (prolapsus mitral, bicuspidie aortique...) < 5 % ;
 - Maladie de Marfan < 5 %.
- Acquises :
 - myocardites : 10 à 30 % ;
 - maladie coronaire prématûrée : 5 à 30 %.

Cardiopathies non structurelles

- Morts subites cardiaques inexpliquées (cœur structurellement sain) : 5 à 40 %
- « Canalopathies » (syndrome de Brugada, syndrome du QT long, syndrome du QT court, tachycardies ventriculaires polymorphes catécholaminergiques) : 3 à 5 %
- Syndrome de Wolff Parkinson White ≤ 2 %

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3817170>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3817170>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)