

Palpitations et baisse de la performance sportive

Dr Guy

Histoire clinique

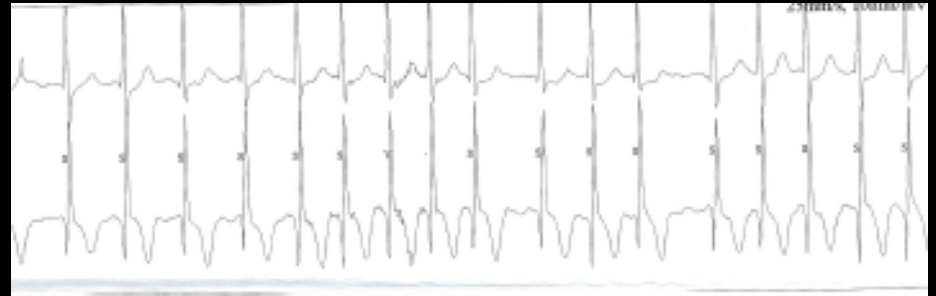
- Homme 52 ans ,ancien sportif (endurance longue)
- Actuellement vélo et course à pied , 6 heures par semaine , marathon 3H30 récent ,nombreuses cyclo-sportives
- Pas de facteurs de risque cardio-vasculaire
- Décrit depuis 1 mois dans des conditions d'effort intense (cols/fractionné) des palpitations accompagnées d'asthénie (jambes coupées) et de dyspnée
- Récupération « difficile »
- Et enfin des « chronos » plus lents lors des dernières sorties de course à pied
- « cœur pas normal !! »

Examen

- T 170 cm , P 67 Kg
- Examen cardiologique normal
- ECG RS 53/mn RAS
- Echographie cardiaque sans particularité :VG (57 mm) OG(42mm) FE 58% IM grade I

Demandez vous d'autres examens?

Holter en situation d'effort (vélo)



en récupération avant retour en
rythme sinusal



- Que proposez vous à ce sportif/patient?
 - Traitement ou pas ?
 - Recommandations vis-à-vis du sport (arrêt , poursuite comme avant , modifications ?

Recommandations Européennes pour le sport de compétition

– FA paroxystique

- En absence de cardiopathie et de pré-excitation (WPW)
- Cadence ventriculaire d'effort adaptée
- Episodes brefs
- Après 3 mois de rythme sinusal stable
- Tout sport de compétition sans restriction
- Suivi annuel

– FA permanente

- En absence de cardiopathie
- Réponse ventriculaire adaptée à l'effort
- Fonction VG adaptée
- Tout sport de compétition
- Suivi semestriel

ESC Eur Heart J. (2005)26:1422-45

Conseils

- Diminuer la charge d'entraînement
- Pas de compétition pendant les trois mois puis holter
- Endurance seule , éviter intensité +++ et fractionné
- Pill in the pocket
- Surveillance annuelle (holter ecg , EE)
- Risque de passage en FA permanente?

Histoire clinique (suite)

- 2010 : poursuit des activités sportives moins intenses , mais aussi longues (velo), nette amélioration clinique .
- 2011 :Récidive de palpitations irrégulières avec en plus sensations lipothymiques post jogging (toujours sous Flécaine) mais pas à chaque sortie
 - nouveau Holter sur 3 jours

Recommandations sur l'activité physique de loisir et le sport de compétition

- **En cas d'étiologie curable**, le sport de loisir et de compétition doit être suspendu et repris après correction et maintien d'un rythme sinusal stable depuis 2 mois
- **En absence de cause et d'anomalie structurelle**
 - Une conduction AV rapide peut être à l'origine d'une mauvaise tolérance à l'effort (dyspnée, syncope...)
 - Recommandations vis-à-vis du sport dépendant de la cadence ventriculaire durant les épisodes de FA
 - Holter ECG en situation,
 - Test d'effort
 - Enregistrement longue durée
 - En cas de FA rapide, indication d'un traitement bradycardisant

Recommandations sur l'activité physique de loisir et le sport de compétition

- FA permanente: contrôler la fréquence cardiaque
 - Béta bloqueurs
 - Mauvaise tolérance
 - Limitation de la performance
 - Titration de la dose en raison de la bradycardie de repos
 - Digitaliques et calciques bradycardisants
 - Peu efficace sur la cadence ventriculaire à l'effort
 - Souvent combinaison de traitement
 - Tous les sports peuvent être autorisés
 - En absence de mauvaise tolérance à l'effort
 - Si la Fc est bien contrôlée à l'effort

Recommandations sur l'activité physique de loisir et le sport de compétition

- **Episode unique ou Fibrillation Atriale Paroxystique rare**
 - Tout sport autorisé sans traitement
 - Si Rythme Sinusal > 3 mois
 - « pill-in-the-pocket »
- **Précautions avec les anti arythmiques de classe I**
 - Propafenone, flecainide...
 - En monothérapie, risque transformation de FA en flutter lent à conduction 1/1
 - Flécainide \Rightarrow dépression du nœud sinusal et \uparrow repolarisation ventricul.
 - Risque d'imprégnation du VG par les Class I et risque de TV ou mort subite
 - Pb de la demi-vie des anti arythmiques de Classe I
 - attendre 2 demi-vies après cardioversion chimique

Recommandations pour le sport de compétition

- Américaines: *Bethesda JACC 2005 (45)8:1354-1363*
 - FA sans anomalie structurelle ni symptômes
 - Réponse ventriculaire adaptée à l'effort
 - Avec ou sans traitement
 - Tout sport de compétition
 - Si anomalie structurelle avec réponse ventriculaire adaptée
 - Restrictions ≠ cardiopathie sous-jacente
 - Si AVK
 - Contre-indication aux sports avec risque de collision
 - Si Ablation
 - Tout sport sans restriction
 - 4 à 6 semaines sans récurrence ou en absence de FA induite/EEP

Conclusion

- La prévalence de la fibrillation atriale chez les athlètes peut augmenter de 5% par décade après l'âge de 30 ans
- Intérêt du holter en situation par rapport au test d'effort seul
- Abstention thérapeutique avec la « pill-in-the-pocket » est une attitude possible si FA parox.
- L'isolement des veines pulmonaires semble aussi efficace chez l'athlète que dans le cœur sain et après ablation
 - La pratique sportive peut rester autorisée Tout sport sans restriction
 - 4 à 6 semaines sans récurrence ou en absence de FA induite/EEP