

Athlètes atteints de valvulopathie et sports de compétition : prise de position de la section de cardiologie de sport de l'Association européenne de cardiologie préventive

Dr Lobna Laaroussi

La cardiopathie valvulaire est généralement un processus dégénératif lié à l'âge, affectant principalement les individus à partir de leur cinquième décennie. L'exercice régulier doit être encouragé dans la population âgée avec atteinte valvulaire pour éviter le déconditionnement physique et la fragilité tout en équilibrant les risques et les conséquences d'une progression accélérée. Cependant, il existe une population pertinente de personnes plus jeunes atteintes de maladie valvulaire congénitale, dont beaucoup sont asymptomatiques, et certaines aspirent à participer à des exercices de compétition et de loisir. Les personnes d'âge moyen et plus âgées constituent jusqu'à 40% des participants à des épreuves d'endurance de masse et une proportion significative ont une atteinte valvulaire asymptomatique. Le diagnostic de maladie valvulaire chez un athlète pendant l'examen cardiaque de routine ou de pré-participation soulève souvent des questions sur la participation continue à un sport de compétition avec une forte dynamique ou une composante statique et le niveau d'effort physique admissible pendant un exercice récréatif.

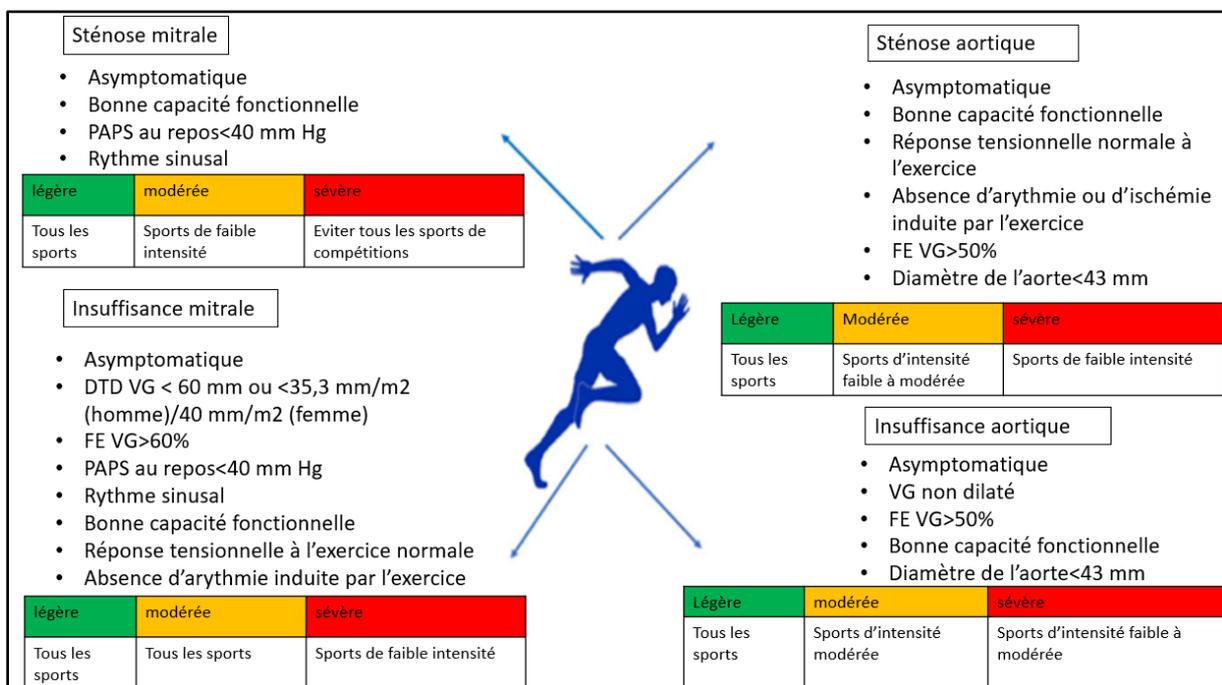


Figure 1 : Recommandations concernant la participation à des sports de compétition chez les athlètes asymptomatiques atteints de cardiopathies valvulaires

Les différentes disciplines ont été divisées en quatre groupes, notamment les sports d'habileté, les sports de puissance, les sports mixtes et les sports d'endurance conformément avec leurs réponses hémodynamiques et leur impact à long terme sur le débit cardiaque et le remodelage cardiaque

Les maladies valvulaires avec prédominance fuyante sont souvent mieux tolérées que les lésions sténotiques.

Tous les athlètes atteints de maladie valvulaire légère à modérée devraient faire un test d'effort ou un test d'effort cardio-pulmonaire utilisant un protocole qui ressemble beaucoup au niveau d'effort attendu du type de sport souhaité pour évaluer la capacité fonctionnelle, la réponse de la pression artérielle à l'exercice et la présence ou l'absence d'ischémie myocardique et d'arythmies. L'échocardiographie d'effort et l'échocardiographie 3D peuvent fournir des informations supplémentaires utiles pour quantifier la gravité du dysfonctionnement valvulaire et peut être utilisé si l'échocardiographie produit des résultats équivoques.

L'imagerie par résonance magnétique cardiaque permet de quantifier les volumes régurgitants, d'identifier la présence de fibrose myocardique ventriculaire gauche et fournit une quantification précise des volumes et de la fonction bi ventriculaires.

Une échocardiographie transoesophagienne doit également être envisagée lorsque la qualité de l'ETT est sous-optimale et chez les athlètes présentant un dysfonctionnement de la valve prothétique

1. Sténose mitrale

Les athlètes asymptomatiques atteints de sténose mitrale légère peuvent pratiquer tous les sports si la PAPS au repos est <40 mmHg. Les athlètes asymptomatiques avec une sténose mitrale modérée (surface mitrale entre 1,0–1,5 cm²) peuvent participer à des sports de compétition de faible intensité et des sports récréatifs d'intensité faible à modérée lorsque la PAPS au repos est <40 mmHg et un test d'effort a montré une bonne capacité fonctionnelle associé à une réponse tensionnelle normale. En cas de sténose mitrale sévère ou de PAPS au repos > 40 mmHg, tous les sports de compétition doivent être évités.

Les individus atteints de sténose mitrale et qui sont anticoagulés pour fibrillation atriale ne doivent pas participer à des sports de collision. En cas d'annuloplastie valvulaire mitrale, les recommandations de pratique sportive sont basées sur le degré résiduel de sévérité de la sténose.

En cas de remplacement de la valve mitrale, les sports d'habileté et les disciplines mixtes peuvent être pratiquées à condition que la fonction valvulaire soit satisfaisante et qu'il n'y ait aucun signe de perturbation hémodynamique

2. Insuffisance mitrale

Les athlètes asymptomatiques atteints d'insuffisance mitrale légère peuvent participer à tous les sports de compétition. Les athlètes asymptomatiques atteints d'insuffisance mitrale modérée peuvent également participer à tous les sports si le DTD VG est ≤ 60 mm (ou 35 mm / m² chez les hommes et 40 mm / m² chez les femmes), la fraction d'éjection VG est $> 60\%$, la pression artérielle pulmonaire au repos est < 50 mmHg et un test d'effort maximal qui montre une excellente capacité fonctionnelle avec une réponse hémodynamique normale et absence d'arythmies ventriculaires significatives.

En cas de prolapsus valvulaire mitral associé à une régurgitation légère à modérée, tous les sports de compétition peuvent être pratiqués en l'absence d'inversion de l'onde T dans les dérivations inférieures, d'arythmies ventriculaires sur l'Holter ECG de 24 h Holter et d'antécédents familiaux de mort subite. Les patients anticoagulés pour FA devraient éviter les sports de collision

3. Sténose aortique

Les athlètes asymptomatiques avec une sténose aortique légère, une taille du VG et une fonction VG normales peuvent participer à tous les sports de compétition.

Les athlètes asymptomatiques avec une sténose aortique modérée, une fonction VG normale, une bonne capacité fonctionnelle, une réponse hémodynamique normale et sans arythmies complexes lors d'un test d'effort maximal, peuvent également pratiquer tous les sports de compétition.

En cas de bicuspidie aortique, les personnes ayant une racine aortique ≥ 43 mm chez les hommes de grande taille et ≥ 39 mm chez les femmes de grande taille ne devrait pas participer à des sports associés à une charge accrue sur l'aorte telles que la dynamophilie et les exercices isométriques. Les recommandations générales conseillent que chez les individus ayant une bicuspidie aortique et une dimension de la racine aortique de 45–50 mm, seulement les sports d'endurance mixtes ou de faible intensité sont recommandés.

4. Insuffisance aortique

Les athlètes ayant une insuffisance aortique légère, une taille et une fonction VG normales et des tests d'effort normaux sans arythmie peuvent pratiquer tous les sports. Les athlètes ayant une insuffisance aortique modérée avec un VG non dilaté et une fraction d'éjection du VG $> 50\%$, une bonne capacité fonctionnelle et une racine aortique < 43 mm peuvent pratiquer les sports d'intensité modérée. Les athlètes atteints d'insuffisance aortique sévère peuvent pratiquer les sports d'intensité faible à

modérée. Cependant, une évaluation au cas par cas est recommandée dans les cas où le ventricule gauche est légèrement dilaté (DTD VG 55–65 mm) et la capacité fonctionnelle est normale.

Les personnes atteintes d'insuffisance aortique sévère avec dilatation progressive du VG ou ayant une arythmie ventriculaire au repos ou à l'effort ne doivent pas pratiquer les sports de compétition.

5. Sténose tricuspide

Les athlètes asymptomatiques avec une sténose tricuspide légère et une fonction ventriculaire normale, peuvent participer à tous les sports. En cas de sténose modérée à sévère, tous les sports doivent être évités.

6. Insuffisance tricuspide

Les athlètes asymptomatiques avec une insuffisance tricuspide légère peuvent participer à tous les sports.

En cas d'insuffisance tricuspide modérée avec fonction systolique biventriculaire normale, un test d'effort normal et une PAPS <40 mmHg au repos, tous les sports sont autorisés. Les individus avec n'importe quel degré d'insuffisance tricuspide, ayant une PAPS > 50 mmHg au repos et un dysfonctionnement du ventricule droit ne peuvent participer qu'à des sports de faible intensité. Tous les sports de compétition doivent être évités si la pression auriculaire droite est supérieure à 20 mmHg et ceci quel que soit le degré de l'insuffisance tricuspide.

Référence

Athletes with valvular heart disease and competitive sports: a position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology

[Frank van Buuren](#), [Sabiha Gati](#), [Sanjay Sharma](#), [Michael Papadakis](#), [Paolo Emilio Adami](#), [Josef Niebauer](#), [Antonio Pelliccia](#), [Volker Rudolph](#), [Mats Börjesson](#), [Francois Carre ... Show more](#)
[Author Notes](#)

European Journal of Preventive Cardiology, zwab058, <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab058>