



Au repos, le cycliste endurant peut être sujet à un ralentissement du rythme cardiaque, asymptomatique c'est le témoignage d'un cœur performant et entraîné.

Savoir écouter son cœur

Troisième volet de notre entretien avec le P^r Carré, cardiologue du sport à Rennes, interrogé sur les particularités du rythme cardiaque du cycliste endurant.

> Propos recueillis par Patrice Delga, médecin fédéral

Nous avons déjà évoqué dans nos pages certaines pathologies cardiaques et leur compatibilité avec la pratique sportive (infarctus du myocarde, activité après un accident cardiaque, mort subite du cycliste, formation aux gestes qui sauvent, etc.). Lors de cet entretien avec le P^r Carré, nous avons voulu savoir s'il existe des points positifs et des troubles du rythme cardiaque plus fréquents du fait d'une pratique cycliste régulière depuis de nombreuses années.

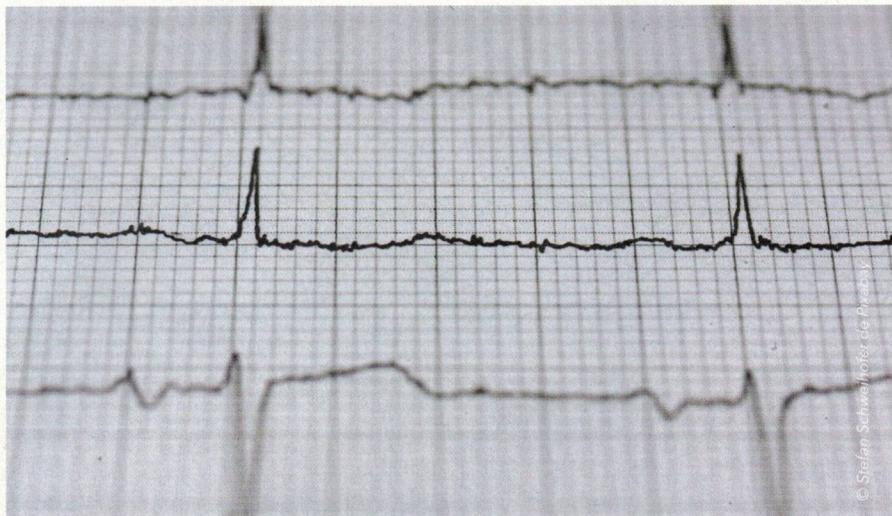
ENTRETIEN AVEC LE P^r CARRÉ

Quelles sont les particularités des anomalies du rythme cardiaque les plus fréquentes chez le cycliste vétérinaire expérimenté ?

Le phénomène le plus classique chez tout sportif endurant est un ralentissement du rythme cardiaque au repos. Cinquante battements cardiaques par minute sont habituels, parfois même, moins. Si elle est asymptomatique, cette bradycardie régulière de repos est le simple témoignage d'un cœur performant et entraîné.

Quelle signification a la survenue de palpitations à l'effort chez le cycliste vétérinaire ?

Les palpitations sont très souvent signalées en consultation de cardiologie. Elles sont décrites de façon très imagées par le patient, source d'inquiétude, bien que souvent bénignes. Elles ne doivent pas être néanmoins banalisées, surtout chez un sportif aguerri souvent discret sur l'intensité de son effort. On doit répondre à trois questions :



L'examen ECG est l'un des quatre examens pour mettre en évidence le trouble du rythme cardiaque.

- Quelle est l'importance de la symptomatologie ?
- Y-a-t-il une maladie cardiovasculaire sous-jacente qui évidemment change le pronostic, et devra d'abord être prise en charge ?
- La symptomatologie est-elle aggravée par l'effort ?

Quels sont les types d'arythmie d'origine auriculaire ?

Parmi les arythmies provenant de l'oreillette, on distingue :

- **La fibrillation auriculaire (FA) idiopathique (sans cause)** du sportif endurant vétérans serait due à une dilatation et une inflammation de l'oreillette gauche. La FA survient le plus souvent à l'effort, mais peut devenir permanente.
- **Le flutter auriculaire de l'oreillette droite qui bat la chamade** (jusqu' à 200 ou 300 battements/minute) un peu plus fréquent chez l'athlète senior que chez le sédentaire. Il serait dû à la dilatation de l'oreillette droite et peut coexister avec une FA.

Quelle est la fréquence de la fibrillation auriculaire (FA) chez le sportif ?

Le vétéran endurant qui a fait du sport toute sa vie, a trois fois plus de risques de présenter une FA que le sédentaire. Dans la grande majorité des cas, seul l'homme est concerné, la femme ne l'est en principe pas, sauf en cas de pathologie sous-jacente. La FA idiopathique concerne 1 à 2 % de la population générale, alors que pour le sportif âgé les statistiques doublent avec au moins 3 à 6 % de risques.

Si le sportif surajoute en présence d'une hypertension artérielle (HTA) préexistante, la FA est beaucoup plus fréquente.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) serait aussi un facteur favorisant, par une sorte de réaction inflammatoire de contiguïté.

Comment faire un diagnostic précis ?

Écoutons le cycliste, que nous décrit-il ? Une sensation de cœur qui tape plus fort, de simples ratés ou au contraire

de véritables crises plus ou moins prolongées. Il faut en apprécier la fréquence et son ancienneté. Quelles sont les circonstances de survenue : le repos, la période de digestion, ou uniquement à l'effort ? Voire dans les suites de celui-ci ? Quelle en est l'intensité et le ressenti ?

Le motif de la consultation du cycliste peut être un essoufflement ou une sensation de jambes coupées qu'il estime inhabituels pour son niveau. Son cardiofréquence-mètre peut, parfois l'alerter, quand il note un rythme cardiaque erratique, des variations de dix à vingt battements sans rapport avec la stabilité de l'effort qu'il produit. Quatre examens de principe sont nécessaires afin de mettre en évidence le trouble du rythme :

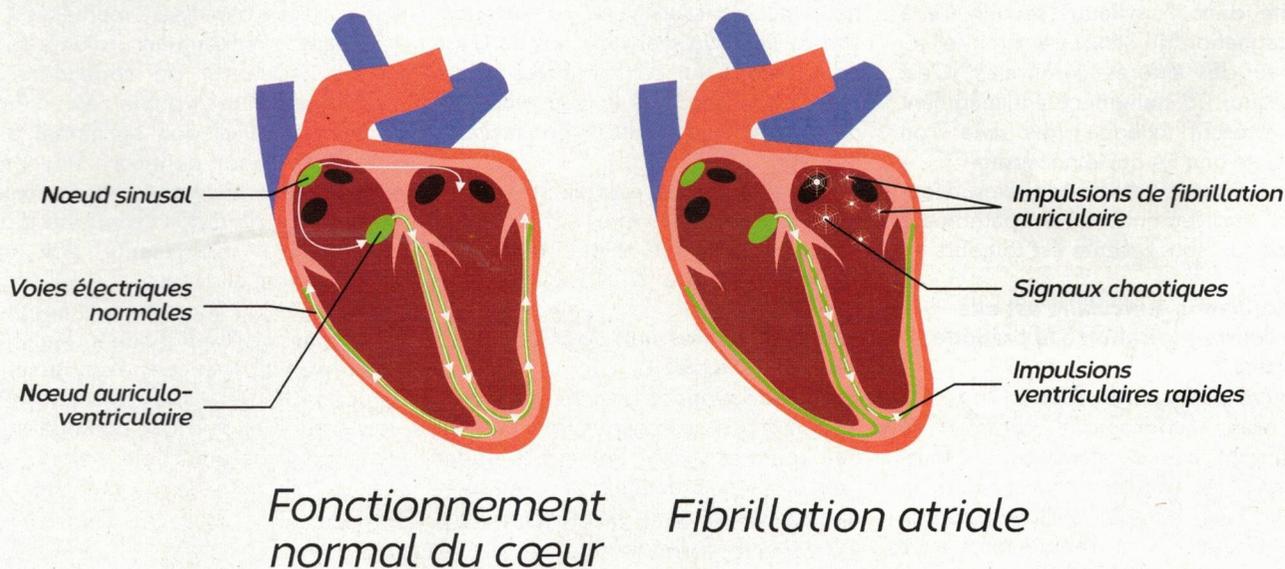
- ECG de repos.
- L'échocardiographie recherchera surtout une pathologie cardiaque sous-jacente.
- L'épreuve d'effort peut révéler dans près de la moitié des cas, le trouble du rythme.
- L'*Holter* (ECG de longue durée) sera incontournable en cas de négativité des précédents examens. Ce test en situation réelle permet l'enregistrement électrique en continu du cœur dans la vie courante, en particulier lors de la sortie habituelle du cycliste. L'appareillage simple, peut être porté, une semaine, voire un mois d'affilé, de jour et de nuit, pour débusquer l'arythmie transitoire soupçonnée.

Quelles sont les complications possibles de ce type d'arythmie ?

En l'absence de prise en charge adaptée, les deux complications possibles sont : l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'insuffisance cardiaque (IC).

> SCHEMA DE LA FIBRILLATION ATRIALE

Source : www.american-hospital.org





La pratique sportive n'est pas contre-indiquée mais parfois devra être adaptée.

Un traitement anticoagulant nécessite de mettre en garde le sportif sur le risque potentiel d'hémorragie en cas de chute. La FA permanente diminue habituellement le niveau de la performance sportive d'environ 20%.

- **L'AVC** : un fragment d'un caillot formé dans l'oreillette (secondaire à la stagnation du sang) peut migrer au niveau des artères cérébrales. C'est pourquoi un traitement anticoagulant est prescrit chaque fois que l'on constate une FA qui le nécessite.

- **L'insuffisance cardiaque** : elle survient très tardivement. Une pathologie cardiaque sous-jacente est toujours en cause.

La fibrillation auriculaire est-elle une contre-indication à la pratique sportive ?

- **En cas de FA paroxystique**

Le bilan cardiologique complet ne retrouvant pas de cardiopathie sous-jacente, sa réduction, c'est-à-dire le retour à un rythme cardiaque normal dit « sinusal », sera d'abord tenté avec

un simple traitement médicamenteux anti-arythmique. En cas d'échec, un choc électrique externe lors d'une courte hospitalisation sera proposé. Le rythme cardiaque étant redevenu normal, la pratique sportive est possible sans aucune restriction. À plus long terme, l'attitude vis-à-vis de l'activité sportive dépend de la récurrence ou non de la FA.

- **En cas de FA permanente**

Sans cause cardiaque retrouvée, l'instauration fréquente d'un traitement anticoagulant sera préconisée par le cardiologue traitant. La plupart des pratiques sportives sont autorisées. Un traitement anticoagulant nécessite de mettre en garde le sportif sur le risque potentiel d'hémorragie en cas de chute. La FA permanente diminue habituellement le niveau de la performance sportive d'environ 20%. C'est nous l'avons vu, cette impression de défaillance sportive, la cause initiale de la consultation, dans un bon nombre de cas.

Si par contre, une cardiopathie sous-jacente est découverte au cours du bilan initial, c'est cette pathologie qui conditionnera la possibilité de la pratique sportive.

Quel est le traitement de ce type d'arythmie atriale ?

Il peut être proposé un antiarythmique, associé à une anti coagulation. Mais, le traitement privilégié, est actuellement l'ablation (destruction) par radiofréquence de la zone électrique pathogène source de l'arythmie.

L'intervention se déroule sous anesthésie locale, l'abord se faisant au niveau d'une veine fémorale. Cette intervention peut être techniquement longue et compliquée ce qui explique que son indication doit être réfléchie.

La durée de la poursuite des anticoagulants après l'ablation sera adaptée à chaque patient. En général, l'intervention, quand elle est simple, dure une quinzaine de minutes, détruisant la zone atriale pathogène. Les anticoagulants sont poursuivis quelques semaines. Une surveillance cardiologique vérifie l'absence de récurrence.

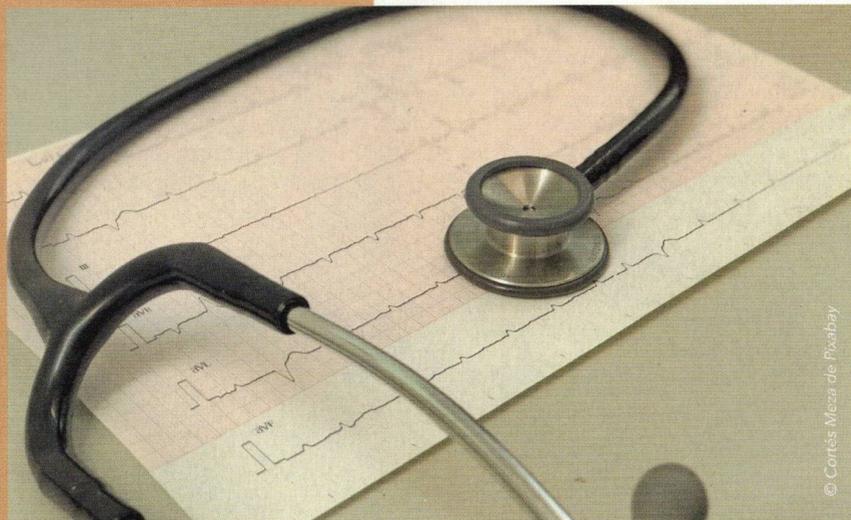
Conclusion

Le sportif doit savoir écouter des sensations inhabituelles et ne doit jamais les banaliser même s'il a bénéficié récemment d'un bilan cardiologique. Si on soupçonne la possibilité d'un trouble du rythme le bilan médical doit s'acharner à le débusquer pour permettre une prise en charge adaptée. Avant de parler de FA Idiopathique, l'hypothèse d'une cardiopathie sous-jacente doit être formellement éliminée.

La pratique du sport, parfois adaptée, n'est pas contre-indiquée. Mais les performances peuvent s'en ressentir. Sous anticoagulants, le cycliste doit être responsabilisé du risque hémorragique potentiel lors d'une chute. ■

> TÉMOIGNAGE

Recueilli auprès de Patrice, ce témoignage illustre bien la difficulté de mise en évidence du diagnostic mais aussi la possibilité de récurrence malgré un traitement invasif, par radio fréquence, de la zone pathogène.



© Cortés Meza de Pixabay

Patrice, 69 ans, a toujours été sportif. Jeune, ce sont les sports collectifs qui l'ont séduit : hand-ball et foot surtout. Mesurant 1,78 m son coup de fourchette et sa convivialité le faisaient flirter avec le quintal. L'entrée dans la vie active ralentit son activité physique qu'il ne reprendra par le tennis qu'à l'âge de 30 ans, brutalement interrompue par une balle reçue dans l'œil, responsable d'une cataracte traumatique débutante. C'est à 40 ans qu'il se dirige vers un sport porté d'autant que ses genoux commencent aussi à se manifester.

À vélo, il roule d'abord raisonnablement, environ 5 000 km par an. Son esprit compétitif, la lutte de toute sa vie contre son surpoids l'amène à augmenter sa pratique et à perdre 15 kg. Il devient un bon cycloportif mais aussi « cyclo santé » ! Progressivement il adopte le cardiofréquencemètre pour mieux gérer son effort. C'est à 60 ans qu'apparaît la première alerte : il se retrouve anormalement lâché dans une bosse avec une sensation de rythme cardiaque très rapide malgré un cardio non explicite. Il attribue cela au bol de café matinal trop fort ! Ces épisodes se renouveleront plusieurs fois uniquement en pratique sportive, jamais nocturne, ni dans la vie courante. Il voit un premier cardiologue à 62 ans, le test à l'effort est peu probant mais justifie quand même la réalisation d'une coronarographie. Celle-ci ne révèle que la présence de quelques plaques d'athérome, banales après 60 ans, sans rétrécissement de la lumière artérielle des coronaires. Compte tenu de sa morphologie, malgré ses efforts (85 kg), un médicament régulateur du rythme cardiaque associé à un traitement hypocholestérolémiant lui seront prescrits : un B bloquant, de l'aspirine à dose filée et des statines lui sont proposés. Son taux de cholestérol étant pourtant dans la

limite de la normale, il refusera de prendre les statines de si mauvaise réputation dans le milieu des sportifs ! Ces sensations de malaise, de quelque chose qui n'est pas normal, et pourtant si difficilement descriptible, avec ou sans nausée, avec ou sans sensation de palpitation vont se renouveler. Les crises sont de plus en plus longues, voire survenant aussi hors de l'activité sportive. Pourtant chaque fois qu'il voit un médecin, l'ECG se révèle normal. L'expérience de la surveillance du cœur par la pose d'un Holter pendant une semaine sera aussi peu concluante. Son cardiologue acceptera de le recevoir une fois en urgence, juste après une sortie vélo. Le diagnostic de fibrillations auriculaires (FA) sera immédiatement posé lors du simple ECG. Le niveau de risque de cette FA étant apprécié faible par le spécialiste, un traitement B bloquant sera uniquement prescrite. Il se révélera insuffisant, Patrice bénéficiera en août 2020 d'une intervention endovasculaire avec repérage et destruction par radiofréquence des zones électriques pathogènes. Le retour à une vie et une activité sportive presque normale ne durera qu'un an et demi. Patrice depuis reste, on le comprend, soucieux de ses sensations et circonspect sur sa santé.

Une nouvelle crise apparaît à la fin du printemps, au repos. La nuit il ne peut dormir sur le côté gauche sans être indisposé par des palpitations. Le traitement B bloquant associé à un anticoagulant ne semble pas suffisant, une nouvelle intervention est donc programmée pour novembre 2022. Heureusement que le chirurgien cardiologue, et son médecin traitant ont pris la précaution de bien lui spécifier la possibilité de récurrence et de réintervention.

À suivre...

Faire régulièrement un bilan chez le cardiologue dès 45 ans.

Les conseils de Vivons Vélo

La pratique du vélo chez le cycliste vétérinaire n'est pas interdite tout comme les autres activités sportives mais à partir d'un certain âge notre cœur peut être sujet, ponctuellement ou régulièrement, à des troubles du rythme cardiaque. Nos conseils :

- Lors de vos sorties vélo restez attentif à vos sensations et notamment aux sensations inhabituelles (palpitations, essoufflement, etc.) et signalez-les à votre cardiologue ou médecin.
- N'hésitez pas à utiliser un cardiofréquencemètre. Il pourra vous aider à détecter certaines anomalies du rythme cardiaque lors d'une sortie vélo.
- Faites régulièrement un bilan cardiologique complet (ECG, test d'effort,...) notamment après 45 ans.
- En cas de trouble du rythme cardiaque, adaptez si nécessaire, avec l'aide de votre médecin, votre activité physique.
- Avant toute sortie vélo, il est indispensable de bien s'hydrater et de s'échauffer.
- Ayez une bonne hygiène de vie (arrêt du tabac, de l'alcool, des excitants comme le café...).

vivons vélo

Rouler n'a jamais fait autant de bien

Retrouvez la communauté Vivons Vélo sur

