

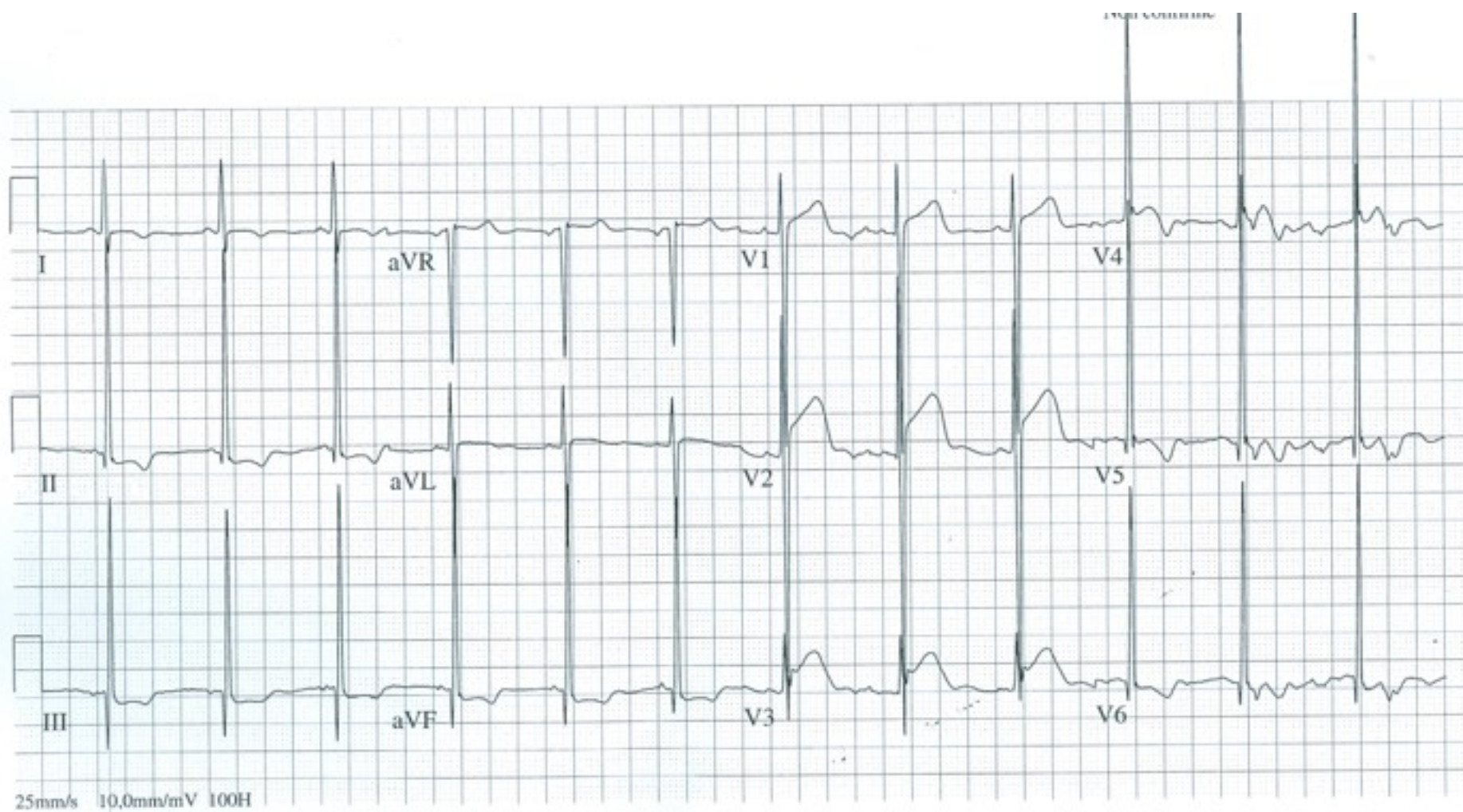
Rythmologie et Sport

Annecy – 06 juin 2012



Cas clinique 1 : Mr A, 18 ans

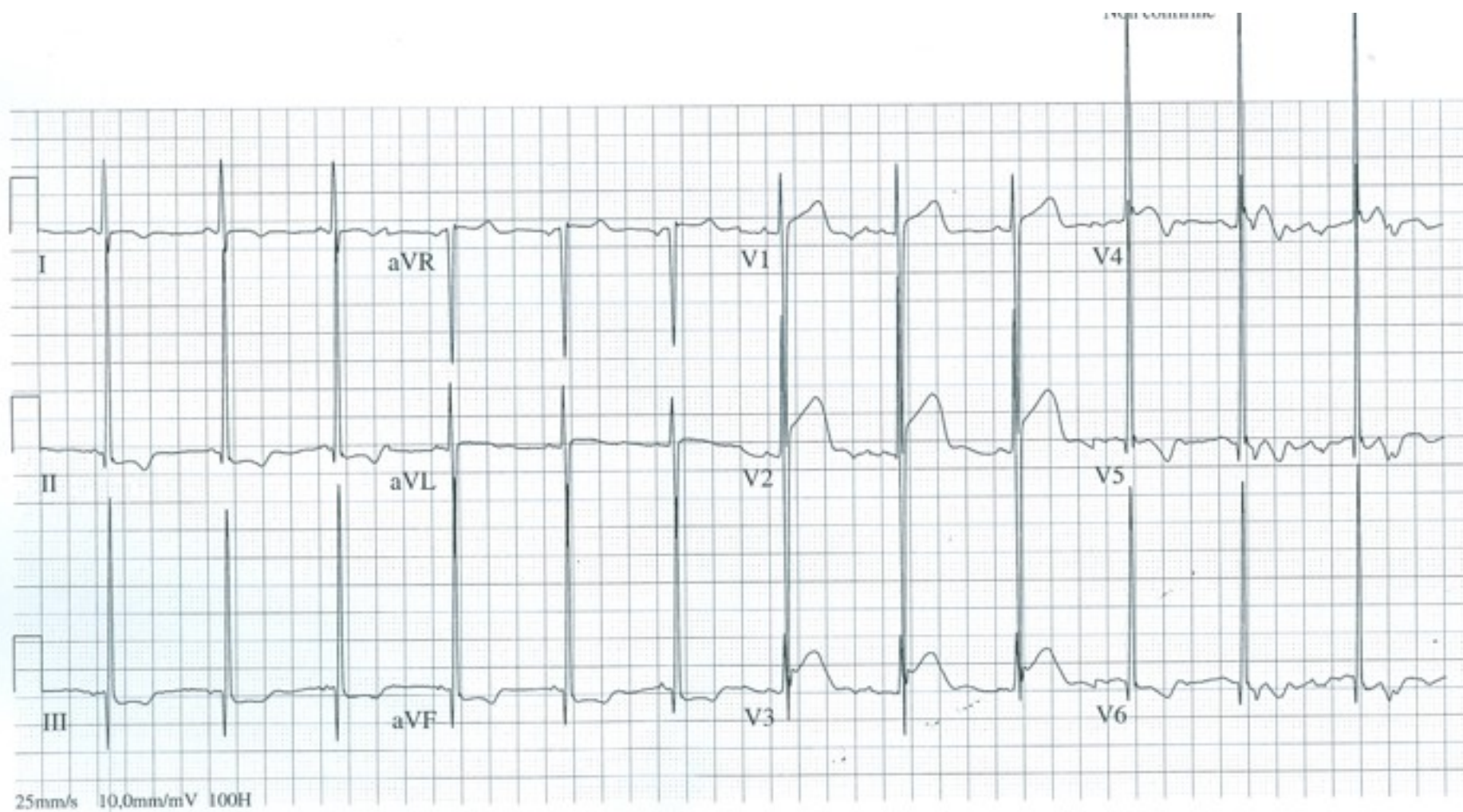
- Aucun ATCD personnel ou familial
- Sportif : 3 à 4h de sport par semaine (musculature et foot en salle). Pas de prise de toxique ou de produit dopant
- Malaise avec PC d'allure *plutôt* vagale, dans un contexte de GEA
- Examen clinique sans particularité
- ECG au SAU

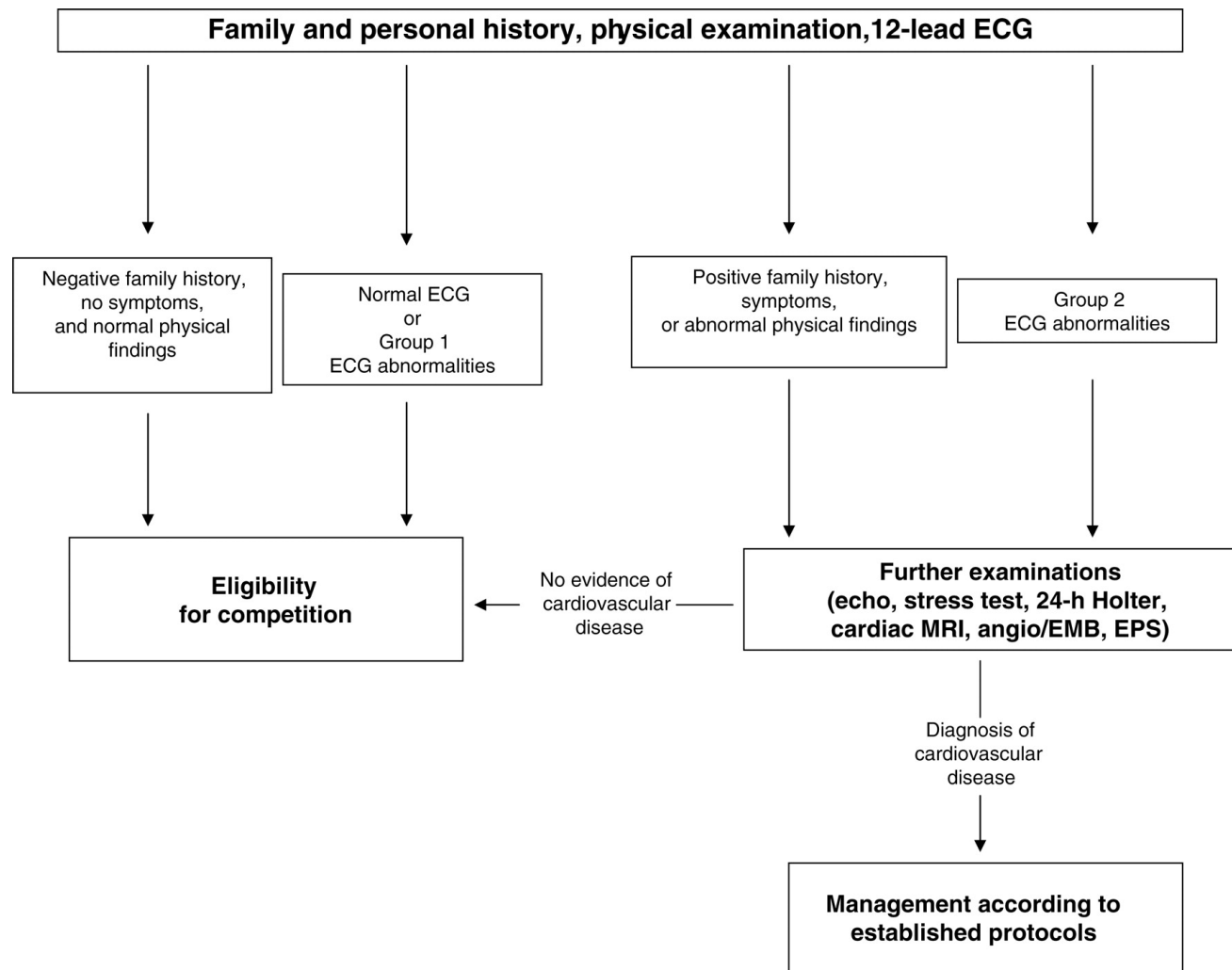




Anomalies ECG liées au sport ?

- Plus de 6-8h par semaine de sport
« intensif » (cad à plus de 60% du VO_2)
- Depuis plus de 6 mois...







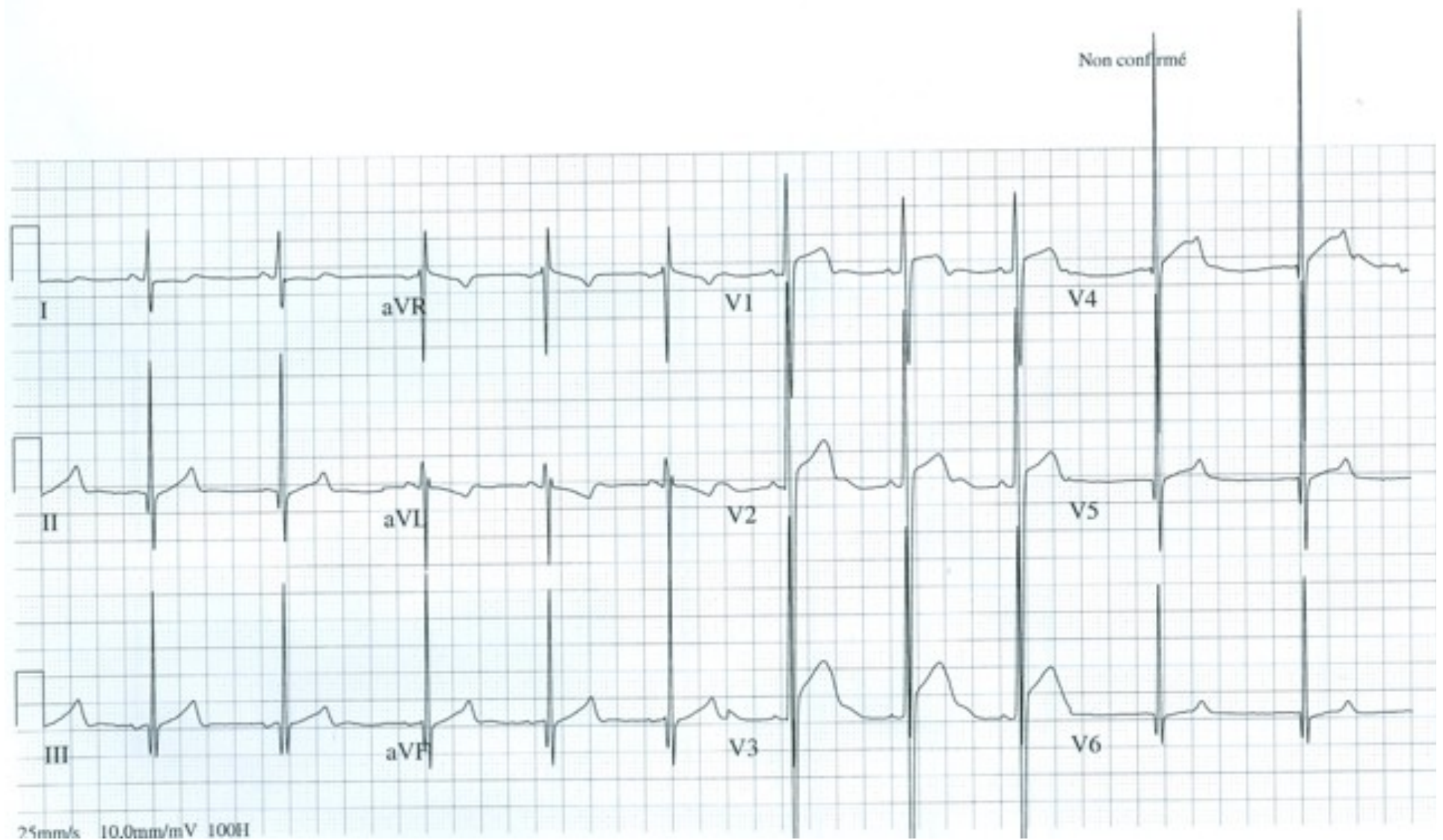
Cas clinique 1 : Mr A, 18 ans

- ETT sans anomalie évidente, notamment sans HVG notée
- Pas de normalisation de la repolarisation à l'effort, pas d'hyperexcitabilité ventriculaire, bonne ascension tensionnelle
- CAT ??



Cas clinique 1 : Mr A, 18 ans

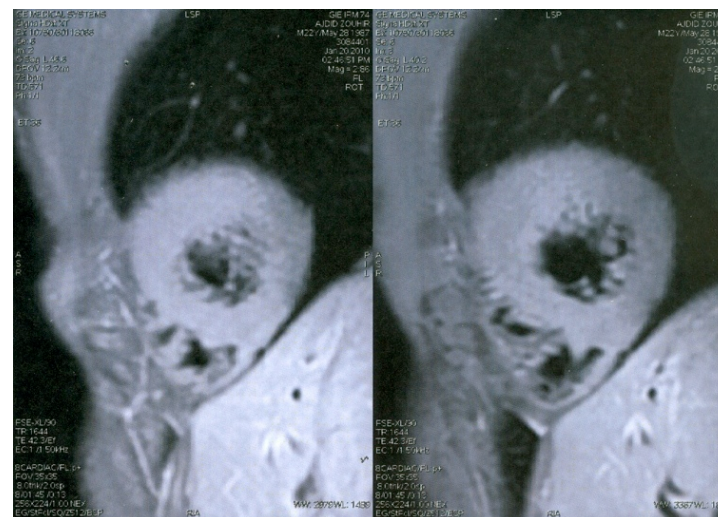
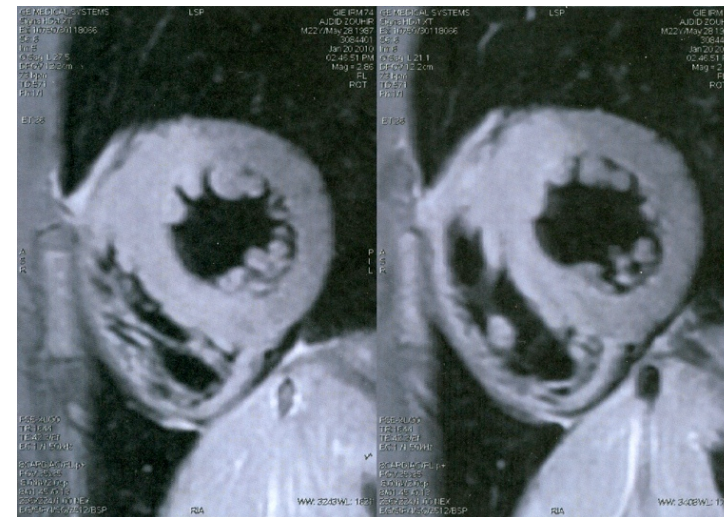
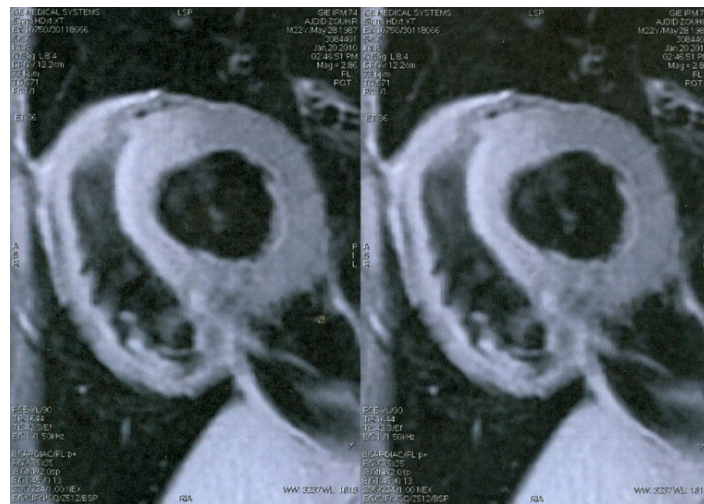
- Famille nombreuse, ECG réalisé chez les différents membres de la famille
- ECG anormal chez son jeune frère, 16 ans, également sportif (musculation, foot en salle, 3-4 heures par semaine)



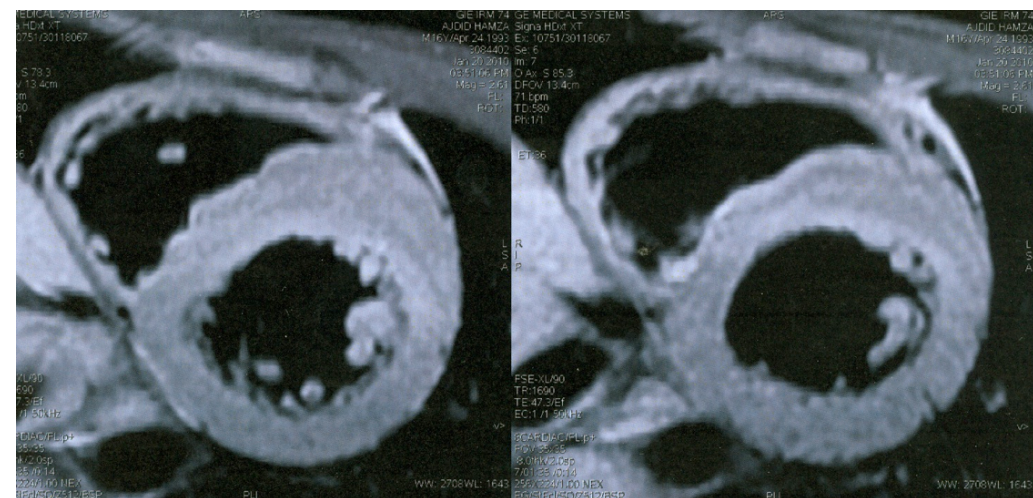
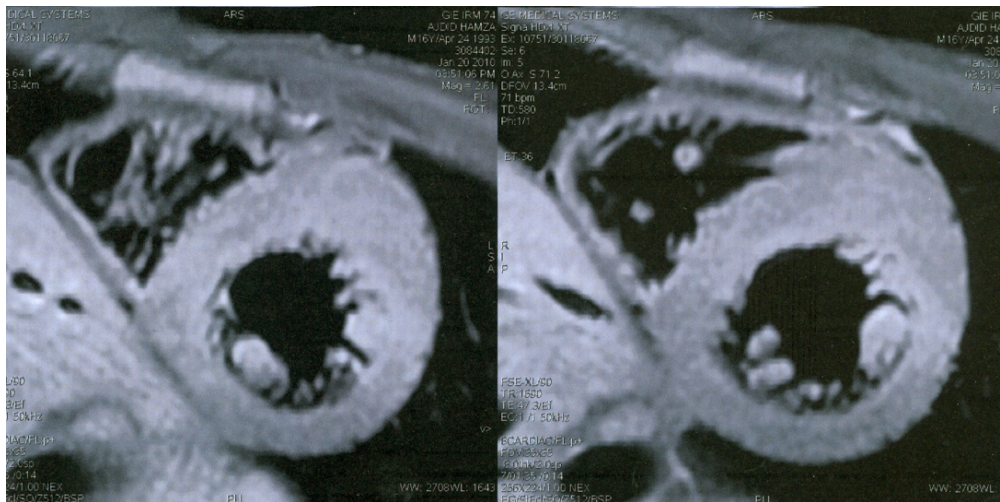
Cas clinique 1 : Mr A, 18 ans

- ETT chez son jeune frère : HVG asymétrique, septale, sans effet de sténose, 19mm au maximum
- EE : pas de disparition des troubles de repolarisation à l'effort, pas d'hyperexcitabilité ventriculaire, bonne ascension tensionnelle
- IRM chez les deux frères confirmant une CMH asymétrique, 17mm chez Mr A.

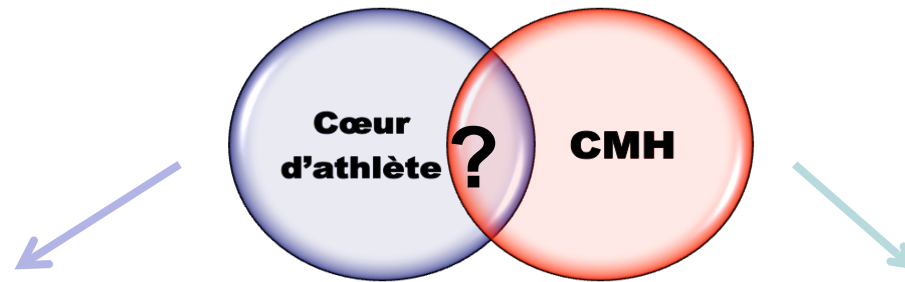
Mr A : épaisseur septale max 17mm



Frère : épaisseur septale max 22mm



CMH ? HVG du sportif ?



	Hypertrophie asymétrique
	DTD VG < 45 mm
DTDVG > 55 mm	
	OG dilatée
	Anomalies ECG
	Troubles du remplissage VG
	Sexe féminin
Influence du déconditionnement	
	Histoire familiale de CMH



Cas clinique 1 : Mr A, 18 ans

- CMH
- Etude génétique en cours
- CAT ?

Bétabloquants ? DAI ?

- FR de mort subite dans la CMH :
 - ATCD familial de MS (premier degré ou plusieurs MS)
 - ATCD personnel de syncope, ou MS
 - TVNS au holter
 - Inadaptation tensionnelle à l'effort (variation inf 20-25mmHg... surtout vrai avant 40 ans)
 - Epaisseur pariétale maximale : sup 30mm
 - 15-19 RR de MS 2,6
 - 19-24 RR de MS 7,4
 - 25-29 RR de MS 11
 - Sup 30 RR de MS 18,2

Bétabloquants ? DAI ?

- « Asymptomatique »
- Pas d' autre FR majeur
- Pas de traitement
- Idem pour son frère

Et le sport ?

Intensité élevée	Recommandations chez patient avec CMH
Basket	Proscrire
Body Building	Proscrire
Hockey sur glace	Proscrire
Squash	Proscrire
Escalade	Proscrire
Course à pieds (sprint)	Proscrire
Ski	A évaluer
Football	Proscrire
Rugby	Proscrire
Tennis (simple)	Proscrire
Planche à voile	Proscrire

D' après les recommandations américaines
(Maron et al, Circulation 2004 ; 109 :
2807-2816)

Intensité moyenne

Baseball
Vélo
Jogging
Surf
Voile
Natation
Vélo d'appartement
Haltérophilie
Randonnée soutenue
Tennis (double)
Randonnée tranquille
Bowling

Intensité faible

Equitation
Plongée sous-marine
Patinage
Nage avec masque
Marche rapide

Recommandations chez patient avec CMH

A évaluer
Autoriser
A évaluer
A évaluer
A évaluer
Autoriser
Autoriser
Proscrire
A évaluer
A évaluer
Autoriser
Autoriser
Autoriser
Autoriser
A évaluer
Proscrire
Autoriser
Autoriser
Autoriser



Cas clinique 2 : Mr S, 16 ans

- ATCD familiaux de MS sur CMH
- Père implanté d'un DAI en prévention primaire, une FV choquée
- Implanté en 2008 d'un DAI simple chambre en prévention primaire
- Traitement SOTALEX, observance limitée
- Contrôle DAI pour malaise

Bétabloquants ? DAI ?

- FR de mort subite dans la CMH :
 - ATCD familial de MS (premier degré ou plusieurs MS)
 - ATCD personnel de syncope, ou MS
 - TVNS au holter
 - Inadaptation tensionnelle à l'effort (variation inf 20-25mmHg... surtout vrai avant 40 ans)
 - Epaisseur pariétale maximale : sup 30mm
 - 15-19 RR de MS 2,6
 - 19-24 RR de MS 7,4
 - 25-29 RR de MS 11
 - Sup 30 RR de MS 18,2



Cas clinique 2 : Mr S, 16 ans

- Anamnèse : football, niveau départemental
- Goal...
- License signée tous les ans depuis 2008 par son médecin généraliste...



Cas clinique 2 : Mr S, 16 ans

- Trigger de la FV : Fatigue, Mauvaise prise de traitement, Compétition
- Facteurs de risque de FV indéfibrillable : Adrénaline, acidose, déshydratation...



Cas clinique 2 : Mr S, 16 ans

- Reprise et augmentation du Sotalex
- Contre indication au sport de compétition, rappel des risques (y compris risque de choc sur le boitier)
- Suivi : une TV choquée avec succès sous la douche après un match de football...
- Deuxième avis centre implanteur : compétition autorisée sous bêtabloquants...

Cas clinique 2 : Mr S, 16 ans

- Le défibrillateur ne suffit pas toujours...
- Mais peut sauver des vies quand même...



