



COMMUNIQUE DE PRESSE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Montreuil, 31 mars 2014

Visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans : rien de nouveau depuis septembre 2012

La mort subite du sujet jeune au cours d'activités sportives est un événement dramatique. Sa prévention est l'un des objectifs de la consultation de non contre-indication à la pratique du sport. Celle-ci recherche des antécédents personnels (douleur ou inconfort thoracique, syncope inexpliquée, fatigue ou essoufflement anormal, notion de souffle cardiaque ou de pression artérielle anormale), des antécédents familiaux (décès subit avant 50 ans, ou maladies cardiaques chez des proches). L'examen clinique recherche des bruits ou souffles cardiaque anormaux, vérifie les pouls fémoraux et la pression artérielle (1). En cas de doute sur un sur risque, un avis spécialisé est demandé. Cette consultation est l'occasion d'actions d'éducation et de prévention auprès des adolescents et des adultes jeunes qui consultent rarement.

La Société française et la société européenne de cardiologie recommandent de réaliser un électrocardiogramme (ECG) standard tous les 2 ans entre 12 et 35 ans pour les certificats de sport en compétition afin de détecter les principales anomalies à l'origine de morts subites (2).

Ces recommandations reposent principalement sur les résultats d'une étude italienne en faveur d'une réduction du risque de mort subite (3,2 décès en moins pour 100 000 personnes dépistées/an) en cas de pratique d'ECG de dépistage (3). Cette étude avant/après, sans groupe témoin, non ajustée sur de nombreux facteurs confondants (type de sport, consommation de drogues licites ou non, origine ethnique) est de faible niveau de preuve. Ces résultats n'ont pas été confirmés par d'autres études (4, 5). Prévenir la mort subite lors d'activités sportives, par la réalisation d'un ECG standard systématique tous les 2 ans entre 12 et 35 ans ne remplit pas les critères définis par l'OMS pour préconiser un dépistage de masse (6) ; c'est un examen acceptable et sensible mais peu spécifique. L'acceptabilité personnelle et la valeur du rapport coût/efficacité de l'ECG, et des bilans complémentaires nécessités en cas d'ECG anormal ne sont pas établies.

En France, l'académie de médecine recommande de mettre en place des études cliniques expérimentales, d'évaluer l'intérêt du certificat de non contre-indication et d'apprendre au public les gestes de ressuscitation. Elle préconise d'installer et d'entretenir un défibrillateur cardiaque externe dans les enceintes sportives.

En septembre 2012, le CNGE a publié un premier communiqué sur l'absence de preuves étayant le bien fondé de l'ECG systématique lors de la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans. En mars 2014, le très faible niveau de preuve en termes de bénéfice individuel et le coût élevé pour la société ne permettent toujours pas de recommander un ECG standard tous les 2 ans entre 12 et 35 ans.

1. Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, et al. Recommendations and Considerations Related to Preparticipation Screening for Cardiovascular Abnormalities in Competitive Athletes: 2007 Update A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2007;115:1643-55. Disponible sur: <http://circ.ahajournals.org/content/115/12/1643>.
2. Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005;26:516-24.

3. Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. JAMA 2006;296:1593-601.
4. Maron BJ, Haas TS, Doerer JJ, Thompson PD, Hodges JS. Comparison of US and Italian experiences with sudden cardiac deaths in young competitive athletes and implications for preparticipation screening strategies. Am J Cardiol 2009;104:276-80.
5. Steinvil A, Chundadze T, Zeltser D, et al. Mandatory electrocardiographic screening of athletes to reduce their risk for sudden death proven fact or wishful thinking? J Am Coll Cardiol 2011;57:1291-6.
6. Wislon J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World health organization, Geneva, 1968. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>
7. Queneau P, Rieu M, Lecomte D, Goullé JP, Probst V, Jouven X, Vacheron X. Mort subite au cours des activités physiques et sportives . Recommandations pour des mesures préventives. Rapport à l'Académie nationale de médecine. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100186>.

Contacts presse :

Pr. Vincent Renard 06.25.80.33.29.

Pr. Alain Mercier 06.12.80.19.47