

Anti-vitamines K et sport

Autoriser ou non un patient sous traitement par anti-vitamines K à pratiquer une activité sportive est une décision à prendre au cas par cas et pour laquelle la relation médecin-malade reste un élément essentiel.

Pr Emile Ferrari (Service de Cardiologie, Hôpital Pasteur, CHU Nice)

Un patient traité par anti-vitamines K (AVK) peut-il pratiquer une activité sportive de loisir ? De compétition ? Voilà une question très pertinente qui, dans notre pratique, ne se pose probablement pas suffisamment. Et la littérature ne nous aide pas beaucoup à trouver une réponse. Nous n'avons retrouvé que des descriptions "d'histoires de chasse". Il existe, bien sûr, des recommandations sur les pathologies cardiaques et le sport, mais le problème des AVK, faute de données, n'y est pas correctement traité.

Nous allons envisager les différentes facettes du problème qui peuvent se poser et essayer d'apporter des éléments de réponse quand il y en a.

Quelle crainte doit-on avoir chez un sportif traité par AVK ? Quelle peut-être l'influence des AVK sur la condition physique ? Y a-t-il une influence "du mode de vie du sportif" sur l'équilibre du traitement AVK ? L'activité physique elle-même peut-elle influencer l'équilibre du traitement AVK ? De l'autre côté du problème, la pratique sportive peut-elle influencer l'indication du traitement par AVK ? Y a-t-il des problèmes de jurisprudence ?

> Quels risques ?

Risque hémorragique

Quelle crainte pourrions-nous ren-

contrer à autoriser un patient traité par AVK à pratiquer du sport ? La première qui vient à l'esprit est le risque de traumatisme, de blessure, avec des conséquences hémorragiques chez un patient anticoagulé. Les recommandations conseillent d'éviter les sports de contact "prononcés" ou les sports à "risque de traumatisme important" chez les patients prenant des AVK pour une cardiopathie (1, 2). Qui de nous irait établir un certificat autorisant la pratique de la boxe anglaise ou du *full-contact* chez un patient nécessitant une décoagulation avec un INR à 3 ? La question ne se pose pas non plus pour un joueur de rugby ou de football américain.

Indication de l'AVK

Si le risque de saignement existe, le problème le plus grave n'est, à notre sens, pas celui-là. La limitation prépondérante est bel et bien la cardiopathie ou l'affection qui aura fait poser l'indication de l'AVK. Il est donc essentiel de savoir quelle est l'indication de l'anticoagulant. Il existe des recommandations européennes et américaines du nord qui, en fonction de la pathologie cardiaque concernée, conseillent le niveau d'activité physique acceptable et déconseillent certaines autres pratiques sportives (1, 2). Mais aucune de ces recommandations n'envisage le problème par le seul fait du traitement anticoagulant.

Afin de rester proche des préoccupations de pratique quotidienne, nous allons envisager 3 exemples.

1. Lorsqu'il s'agit d'une pathologie valvulaire, la nécessité d'un traitement par AVK signe souvent une affection avancée, en arythmie, parfois avec une dilatation d'une ou plusieurs des cavités cardiaques, avec des risques d'arythmie. Le risque du traitement par AVK vient alors se rajouter au risque de la pathologie sous-jacente et oriente encore plus vers une éventuelle contre-indication. Par exemple, pour les recommandations américaines (1), une sténose mitrale modérée en rythme sinusal ou en arythmie complète n'est pas une contre-indication à une activité sportive en compétition, si la pression pulmonaire systolique ne dépasse pas 50 mmHg à l'effort. En revanche, dans ces mêmes recommandations, la nécessité d'un traitement AVK pour une arythmie auriculaire qui compliquerait une sténose mitrale fait déconseiller tout sport de compétition à risque traumatique.

2. Chez le coronarien, qui aurait présenté un infarctus du myocarde et qui voudrait continuer à pratiquer un sport de haut niveau, le problème ne serait pas tant celui de la prescription de l'AVK que celui des séquelles de sa nécrose myocardique.

Il faut alors s'interroger sur :

- la fraction d'éjection ;
- la tolérance hémodynamique à l'effort ;
- le risque de troubles du rythme ventriculaires au repos et à l'effort ;
- l'ischémie résiduelle à l'effort.

Tout en sachant que la nécessité absolue d'un AVK en post-infarctus dénote une situation critique, telle que :

- une arythmie associée ;
- une large séquelle d'infarctus ;
- a fortiori, une dyskinésie ventriculaire ;
- un thrombus intra-ventriculaire gauche.

3. En revanche, lorsque l'AVK est donné en prévention d'une récurrence d'embolie pulmonaire, chez un sujet qui n'aurait aucune séquelle de ces épisodes emboliques pulmonaires antérieurs, la situation est toute différente. Le seul risque ici est bel et bien celui du saignement, dont la survenue peut effectivement être majorée par certaines activités physiques. Mais l'investissement du patient dans son sport et le bien-être que peut lui apporter la pratique de cette activité ne peuvent être occultés.

Principe de précaution

Le principe de précaution ne doit pas inhiber les autorisations d'une pra-

tique sportive de loisir ou de "petite" compétition. Le cyclisme, que ce soit le cyclotourisme ou l'activité cyclo-sportive, n'est pas, à mon sens, contre-indiqué, pour peu que l'impétrant ne soit pas un "casse cou" qui aurait chuté 14 fois lors de sa dernière saison. Ceux qui, par le sacro-saint principe de précaution, seraient tentés de contre-indiquer le cyclotourisme ou la pratique du cyclo-sport, se sont-ils assurés que tous leurs patients traités par AVK ne se déplacent jamais en 2 roues dans leur vie quotidienne ?

Il nous paraît difficile d'établir la liste des pratiques sportives qui seraient "autorisables" et celles qui ne le seraient pas. Beaucoup d'éléments entrent en compte : le risque de traumatisme, le niveau d'activité, le temps par semaine ou par mois dévolu à cette activité, mais aussi le désir du patient et sa "dépendance" à l'activité sportive.

> Influence du mode de vie sur l'équilibre du traitement

Interférence pharmacologique

Il ne faut pas perdre de vue que dans le sport de compétition, certains



La compétition en golf n'est pas contre-indiquée.

pourront être tentés de prendre des compléments alimentaires, parfois des traitements antalgiques, voire des anti-inflammatoires ou plus, ou encore des traitements qui peuvent interférer avec le traitement anticoagulant.

Le cas du paracétamol, antalgique banal s'il en est, qui, à des doses de 4 g, interfère considérablement avec l'AVK en augmentant l'INR, est un bel exemple (3). La règle, dans ce cas, doit rester la même que chez n'importe quel autre patient traité par AVK. Un contrôle de l'INR doit être fait quelques jours après une modification importante et durable de l'alimentation ou la prise d'un quelconque substitut.

Compliance

Lorsque la prise d'AVK ne contre-indiquerait pas la pratique de la compétition (tennis de table, golf...), il faut aussi veiller, chez le sujet sportif de haut niveau faisant beaucoup de déplacements et de compétitions, à s'assurer que le traitement est bien suivi et que le stress de la compétition, ajouté aux absences répétées du domicile, n'entraîne pas (trop souvent) l'oubli de prise de l'AVK.

Pharmacocinétique

L'augmentation, parfois pendant de longues durées, du débit cardiaque



Chez un patient traité par anticoagulant, il est possible d'autoriser la pratique raisonnée du cyclisme.

dans les sports aérobies peut-il accélérer le métabolisme des AVK ?

La sudation importante peut-elle contribuer à une modification de l'élimination ?

Nous n'avons pas trouvé de réponse spécifique à ces questions dans la littérature, mais ces hypothèses nous semblent peu probables.

> La nécessité du traitement par AVK

La pratique sportive doit-elle influencer la nécessité du traitement par AVK ? Le problème peut effectivement se poser en ces termes. La mise en évidence d'une valvulopathie (non avancée), chez un footballeur plein de promesses qui postule à une carrière professionnelle, doit inciter, après discussion, à la mise en place d'une bioprothèse plutôt que d'une prothèse mécanique. Ce problème s'est déjà posé chez un footballeur de très haut niveau, faisant partie d'une des meilleures équipes européennes. Après une embolie pulmonaire idiopathique, l'incontournable obstination d'un alpiniste à vouloir grimper un sommet de plus de 7 000 m doit représenter un fort argument pour une contre-indication à la prolongation du traitement AVK.

Il faut aussi prendre en compte, lorsqu'on peut, le risque du sportif dans le choix du niveau d'anticoagulation. Cela est possible dans l'embolie pulmonaire. Après les 6 premiers mois de traitement, il nous paraît pertinent, chez un patient ayant déjà présenté 3 thromboses veineuses profondes, de diminuer l'INR cible aux alentours de 1,5 à 2 (4). Cette option est en revanche inapplicable à la fibrillation auriculaire, pour laquelle un INR inférieur à 2 n'est pas efficace chez un porteur de valve mécanique aortique. En effet, dans ce cas, l'INR doit se situer aux alentours de 2,5. Sur une valve mitrale

d'ancienne génération, l'INR doit être proche de 3,5.

> Influence de l'AVK sur la condition physique

Si certains traitements utilisés en cardiologie (bêtabloquants) peuvent donner une impression d'asthénie, il n'y a pas beaucoup d'arguments, tant dans notre expérience personnelle que dans la littérature, pour penser que l'AVK peut limiter les capacités physiques d'un sujet... Sauf à penser que l'AVK aurait entraîné une anémie par spoliation.

> Problème de jurisprudence ?

Un patient chez qui l'AVK aurait été prescrit et qui présenterait un accident hémorragique au décours d'une activité sportive pourrait-il se "retourner" contre le prescripteur ? Dans notre société de processifs querulents, sûrement. D'où la nécessité, lorsqu'on prescrit et re-prescrit un AVK, d'une part d'interroger le patient sur son mode de vie, ses activités de loisirs et, d'autre part, lorsqu'une autorisation de pratique sportive serait à délivrer, de l'informer, devant témoin si possible, du risque inhérent au traitement. Pour le même "potentiel" sportif, deux sujets pourront réagir de façon totalement opposée à la décision de continuer ou d'arrêter leur pratique sportive après avoir pris connaissance des risques de complications hémorragiques. Le prescripteur, s'il doit faire avec la volonté du patient, n'a certainement pas le droit de choisir pour lui. Ceci souligne encore l'importance de l'acte de la prescription d'un AVK et, aussi, de l'éducation permanente à mettre en place pour ce traitement.

> En conclusion

Tout est donc affaire de cas par cas,

l'élément décisionnel essentiel restant la raison de la prescription de l'AVK. Le bilan de l'affection sous-jacente est l'élément clef qui autorisera ou non la pratique d'un sport. Il faut ensuite passer du temps à discuter avec le patient pour situer sa pratique sportive, la quantifier, mesurer les risques de traumatismes, mais aussi le bénéfice qu'il en tire.

Finalement, dans ce contexte, le bon sens médical et la relation médecin-malade restent les éléments essentiels d'aide à la décision et ceci nous semble plutôt une bonne chose. ■

MOTS CLÉS

Traitement anti-vitamines K, activité sportive, risque hémorragique, mode de vie, jurisprudence, nécrose myocardique, valvulopathie, arythmie, embolie pulmonaire

Bibliographie

1. Pelliccia A, Fagard R, Bjornstad HH et al. Recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease: a consensus document from the study group of sports 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 : 1422-45.
2. Maron BJ, Zipes DP. Eligibility recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities: 36th Bethesda conference. *J Am Coll Cardiol* 2005 ; 45 : 1318-21.
3. Mahe I, Bertrand N, Drouet L et al. Paracetamol: a haemorrhagic risk factor in patients on warfarin. *Br J Clin Pharmacol* 2005 ; 59 : 371-4.
4. Ridker PM, Goldhaber SZ, Danielson E et al. Long-term, low-intensity warfarin therapy for the prevention of recurrent venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 1425-34.