

Dyspnée chez le sportif

Dr GÉRALD GREMION^a

Rev Med Suisse 2018; 14: 175

La dyspnée est une sensation inconfortable au niveau de la respiration, une gêne subjective ou une difficulté à respirer dont se plaint le sportif. Il s'agit d'un déséquilibre entre la demande en oxygène à l'effort et la réponse que peut fournir l'organisme. C'est un symptôme assez fréquent qui motive à de nombreuses reprises le patient sportif à consulter.

Quand la dyspnée survient à l'effort, il faut systématiquement se poser la question d'une origine cardiaque du problème (même si ce n'est pas la cause exclusive). Cette difficulté peut être inspiratoire, expiratoire ou associer les deux phénomènes. Elle peut aussi se manifester sous la forme d'une augmentation de la fréquence respiratoire régulière ou non (polypnée).

Quand on parle de dyspnée d'effort, cela signifie une tolérance anormale à l'effort et par conséquent, une limitation de celui-ci. Le type d'exercice, son intensité et les conditions dans lesquelles il est réalisé sont importants à connaître (froid, chaleur, humidité, altitude). Ainsi, il faudra rechercher des signes accompagnateurs comme:

- Une toux, qui peut apparaître après l'effort.
- Un manque d'air, un effort respiratoire anormal.
- Des douleurs (douleur thoracique), une constriction thoracique.
- Des palpitations ou une sensation d'arythmie cardiaque.
- Des sensations de jambes qui se dérobent.
- Des troubles visuels.
- Une perte de connaissance, la survenue d'un malaise.

La dyspnée d'effort est liée à la défaillance de l'un des maillons du transport de l'oxygène dans le corps: système respiratoire, système de transport de l'oxygène (anémie), système cardiovasculaire (cœur et vaisseaux), les muscles et leur système énergétique au niveau cellulaire.

La sollicitation importante qu'impose la pratique sportive peut démasquer l'une ou l'autre pathologie débutante de l'un de ces 4 systèmes. Il va donc falloir explorer ces fonctions de manière clinique et par des examens spécifiques afin de déterminer la cause précise du problème.

Le plus souvent, la dyspnée a pour étiologie une pathologie des voies respiratoires. En effet, la prévalence de l'asthme et de la bronchoconstriction induite par l'exercice (BIE)¹ est plus élevée chez les athlètes d'élite que dans la population générale. Une dysfonction des cordes vocales (DCV) peut imiter l'asthme et la BIE comme une cause de dyspnée chez les sportifs.²

À l'examen clinique, au cabinet, c'est l'auscultation cardiaque qui révélera peut-être une anomalie cardiaque (dysfonction valvulaire audible par un souffle ou un rythme cardiaque anormal) ou respiratoire. Il sera ainsi possible de mieux orienter la suite de la prise en charge. Un électrocardiogramme (ECG) de repos sera toujours effectué malgré la fréquente négativité de cet examen. Une prise de sang sera demandée systématiquement à la recherche d'une anémie dont il faudra rechercher la cause.

Généralement, l'examen clé est l'épreuve d'effort cardiorespiratoire, qui permet d'explorer les différents maillons de la chaîne du transport de l'oxygène. On y associe l'analyse des échanges gazeux ainsi qu'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)³ afin d'éliminer un asthme d'effort. En fonction des résultats de cet examen, une échographie cardiaque et un Holter pourront être proposés en cas de suspicion de pathologie cardiaque liée à l'effort. Lors des atteintes cardiaques, qu'elles soient ventriculaires, atriales ou encore liées à un trouble du rythme, l'angoisse qui accompagne ces symptômes peut aussi expliquer l'importance de la dyspnée.⁴

Il existe aussi des pathologies musculaires signant une myopathie qui va entraîner une prise en charge ultra-spécialisée. Les myopathies sont des affections rarissimes. Il faut cependant rappeler qu'elles sont souvent révélées par l'effort.⁵ C'est en particulier le cas des cytopathies mitochondriales.⁶ L'intolérance à l'effort apparaît comme le symptôme révélateur le plus fréquent qui se manifeste par une dyspnée d'effort. La biopsie musculaire sera l'élément clé du diagnostic.

Le cas de l'enfant est particulier et demande une prise en charge différente, car le plus souvent il s'agit soit d'un asthme d'effort, soit d'une dysfonction des cordes vocales qui sont responsables de la dyspnée d'effort.²

^a Swiss Olympic Medical Center, CHUV, 1011 Lausanne
gerald.gremion@chuv.ch

1 Couto M, Moreira M. The athlete «out of breath». Eur Ann Allergy Clin Immunol 2016;48:36-45.
2 Hanks Ch D, Parsons J, Benninger C, et al. Etiology of dyspnea in elite and recreational athletes. Phys Sportmed 2012;40:28-33.
3 Wasserman K, Hansen J, Sue D, et al. Principles of exercise testing and interpretation. Philadelphia: Lea & Febiger, 1987;11-61.
4 Wilhelm FH, Gevirtz R, Roth WT. Respiratory dysregulation in anxiety,

functional cardiac and pain disorder. Behav Modif 2001;25:513-45.
5 Kuntzer Th. Myopathies révélées par l'activité physique: quelles investigations? Schweiz Z Med Traumatol 2011;59:27-33.
6 Flaherty KR, Wald J, Weisman IM, et al. Unexplained exertional limitation: characterization of patients with a mitochondrial myopathy. Am J Respir Crit Care Med 2001;164:425-32.