

La COVID 19 et le cœur des joueurs de football professionnel : une enquête de la FFF auprès des médecins de clubs s'avère rassurante

Contexte :

Dès le début de l'épidémie de COVID 19, des atteintes cardiaques liées à cette infection ont été décrites chez les patients symptomatiques et hospitalisés, atteintes généralement associées à un pronostic plus défavorable. Mais la question d'éventuelles lésions myocardiques séquellaires chez des personnes COVID+ non ou modérément symptomatiques est mal établie. Cette question est importante chez le footballeur, et plus généralement chez l'athlète, car les séquelles des myocardites, avec les cicatrices fibreuses qu'elles génèrent, sont une des principales causes de troubles du rythme ventriculaire graves et de mort subite du jeune sportif.

Dans les mois qui ont suivi les premiers cas, la Fédération Française de Football (FFF) s'est penchée sur le problème et a proposé aux médecins des clubs professionnels, comme amateurs, inquiets à juste titre, une conduite à tenir consensuelle basée sur les connaissances du moment, et l'expertise des membres cardiologues et infectiologues de la commission médicale fédérale.

Le problème résidait dans la difficulté de savoir jusqu'où mener le bilan cardiologique après une infection non ou pauci symptomatique pour à la fois protéger les joueurs tout en évitant de prescrire systématiquement à tous les joueurs COVID + des IRM. En effet, cet examen est coûteux, d'accessibilité parfois difficile, et dans le contexte est parfois difficile à analyser. Un grand nombre d'IRM aurait en effet pu montrer des anomalies qu'il aurait été difficile de rapporter l'atteinte COVID ou à une séquelle ancienne d'une autre origine passée inaperçue.

Il a ainsi été proposé de ne pas réaliser d'IRM systématiquement mais seulement en cas de d'anomalies cliniques ou paraclinique (ECG, échocardiographie, épreuve d'effort, Holter ECG ou biologie avec notamment élévation de la troponine). Les médecins de club ont donc été laissés libres de décider avec leur cardiologue du bilan à effectuer vu de nos recommandations

Méthodologie :

En décembre 2020, la commission COVID (médecins, cardiologues et infectiologues) de la fédération française de football a réalisé une enquête auprès des médecins de 38 clubs de football professionnels, pour apprécier la situation "sur le terrain".



Résultats :

348 footballeurs professionnels ont présenté une infection à la COVID-19. 47.1% d'entre eux ont présenté une forme asymptomatique (n = 164) (tableau 1).

Les bilans cardiologiques réalisés à la libre appréciation des médecins de clubs, ont été plus fréquemment réalisés chez les sportifs symptomatiques (80% de bilans cardiologiques chez les asymptomatiques vs 96% chez les symptomatiques,) et de manière plus exhaustives (avec notamment plus de réalisation d'ECG, d'ETT, de dosages de troponine et d'IRM ; mais un taux similaire de holters ECG et d'épreuves d'effort).

Il n'a pas été retrouvé d'anomalie statistiquement plus fréquente chez les sujets symptomatiques.

En effet, parmi les patients COVID+ asymptomatiques, 2 anomalies du bilan cardiologique ont été retrouvées : une IRM anormale, sans autre anomalie sur le reste du bilan ; et une suspicion de péricardite sans atteinte myocardique en IRM. Parmi les patients COVID+ symptomatiques, 5 anomalies du bilan cardiologique ont été retrouvées : des extrasystoles ventriculaires banales à l'épreuve d'effort sans aucune atteinte morphologique ; une séquelle de myocardite; une péricardite et 2 simples décollements péricardiques en imagerie.

Aucun événement clinique grave n'a été observé dans cette étude, et à notre connaissance ceci s'est confirmé après un suivi de plus de 6 mois (juillet 2021).

Conclusion :

L'attitude proposée par la FFF a permis de limiter l'usage des IRM cardiaques, puisque seuls 5.5 % des joueurs COVID + asymptomatiques et 16.6% des joueurs COVID + symptomatiques soit 40 joueurs ont bénéficié d'une IRM.

Des anomalies du bilan cardiologique ont été retrouvées dans 2% des cas (1.2% des sujets asymptomatiques et 2.7% des symptomatiques, $p=0.320$) sans aucun événement clinique grave. Ces chiffres sont maximalistes et certaines anomalies mineures sont peut-être sans rapport avec l'affection COVID (ESV à l'effort, simples décollements péricardiques).

Nos résultats, sont en accord avec les dernières publications (Réf 1), et permettent de se montrer rassurant quant aux anomalies cardiaques que pourraient présenter des joueurs COVID+ asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Dans ces cas, le simple arrêt temporaire du sport est souhaitable, comme de coutume après une affection virale ou fébrile, en dehors de tout point d'appel clinique et comme le propose un récent consensus (tableau 1).



F Schnell, F Carré, E Orhant, JF Chapellier, E Aliot, pour la commission médicale de la FFF

Références

Daniel X Augustine, Tracey Ketepee-Arachi, Aneil Malhotra Coronavirus Disease 2019: Cardiac Complications and Considerations for Returning to Sports European Cardiology Review 2021

Nos Remerciements vont à tous les médecins des clubs français professionnels qui ont acceptés de participer à cette enquête.

Tableau 1 : Caractéristiques du bilan cardiologique

	Joueurs de football COVID+ (n=348)		p
	Asymptomatique 47.1% (n=164)	Symptomatique 52.9% (n=184)	
% de joueurs avec un bilan cardiaque	80.0% (n=132)	96.0% (n=177)	<0.0001
% de joueurs avec un ECG	70.7% (n=116)	94.0% (n=173)	<0.0001
% de joueurs avec une échographie	63.4% (n=104)	87.5% (n=161)	<0.0001
% de joueurs avec une épreuve d'effort	57.9% (n=95)	67.4% (n=124)	0.068
% de joueurs avec un dosage de troponine	30.5% (n=50)	52.7% (n=97)	<0.0001
% de joueurs avec un bilan holter	22.6% (n=37)	25.0% (n=46)	0.594
% de joueurs avec une IRM cardiaque	5.5% (n=9)	16.8% (n=31)	0.001
% de joueurs avec anomalie cardiaque	1.2% (n=2)	2.7% (n=5)	0.320



Tableau 2 :

Adapté d'après Daniel X Augustine, Tracey Keteep-Arachi, Aneil Malhotra
 Coronavirus Disease 2019: Cardiac Complications and Considerations for Returning
 to Sports European Cardiology Review 2021.

COVID-19: Cardiac Considerations for Athletes

Table 1. Summary of Recent Return to Training Consensus Statements
 in Athletes with Confirmed or Suspected COVID-19

	COVID-19 Symptoms	COVID-19 Test Result	Recommendations
Exercise in the SARS-CoV-2 era ²²	Positive	Positive	<ul style="list-style-type: none"> Self-isolate 7–14 days No exercise until symptom-free for 7 days Consider troponin and CRP If troponin positive, consider ECG; CMR; TTE; ECG monitoring If no cardiac involvement, graduated return to play after symptom-free for 7 days Consider repeat COVID-19 testing to ensure negative status prior to return to training
	Negative	Positive	<ul style="list-style-type: none"> No exercise for 7 days from test result If symptom-free at day 7 then graduated return to training Consider repeat COVID-19 testing to ensure negative status prior to return to training
	Positive	Negative	<ul style="list-style-type: none"> Manage as coryzal symptoms If high index of suspicion for COVID-19 then re-test or treat as though COVID-19 positive
A game plan for the resumption of sport and exercise after COVID-19 infection ¹⁷	Negative	Negative	<ul style="list-style-type: none"> No limitations
	Negative	Positive	<ul style="list-style-type: none"> No exercise for 14 days then slow monitored resumption
	Mild – not hospitalised	Positive	<ul style="list-style-type: none"> Following symptoms, no exercise for 14 days Before resumption of activity 12-lead ECG, TTE, high sensitivity troponin and additional tests as guided by symptoms
	Significant symptoms – hospitalised	Positive	<ul style="list-style-type: none"> Troponin and cardiac investigations in hospital as needed If troponin/cardiac study abnormal then investigate for myocarditis If normal hospital cardiac investigations: no exercise for first 14 days while asymptomatic; consider cardiac testing if not done in hospital; slow resumption of activity
	Positive	Negative	<ul style="list-style-type: none"> Consider following pathway as if COVID-19 positive
Return to sports after COVID-19 infection ²⁰	Negative	Positive	<ul style="list-style-type: none"> No intense or competitive exercise for 14 days If symptom-free and normal ECG then return to full competitive sports
	Positive	Positive	<ul style="list-style-type: none"> Clinical investigations according to severity If no evidence of myocarditis then sports restriction for at least 2–4 weeks. Subsequent cardiology follow-up; if normal then return to full competitive sports. If abnormal and not in keeping with myocarditis then consider differential diagnosis If evidence of myocarditis then treat as per recognised guidelines
	Positive	Negative	<ul style="list-style-type: none"> Treat as COVID-19 positive Repeat COVID-19 testing