

LE CŒUR QUI MENT

Michael Matthews, 2e du monde 15 mois après une embolie pulmonaire. Ce que son histoire dit du sang des sportifs, et ce que presque personne ne sait lire.

Dimanche, à Montréal, Michael Matthews a pris la 2e place du championnat du monde, à 13 secondes du vainqueur, au lendemain de ses 36 ans. En juin 2025, ses 2 poumons étaient remplis de caillots. Il pensait à des allergies, et il continuait de s'entraîner. Ce dossier ne raconte pas un exploit, il décortique un signal. Pourquoi son cœur plafonnait à 120 sur le vélo et montait à 140 en marchant. Pourquoi un sportif sur 2 qui fait un caillot est d'abord mal diagnostiqué. Pourquoi les scores des urgences sont construits pour des cœurs qui ne ressemblent pas au tien. Pourquoi le marqueur qui sert à écarter une embolie peut s'allumer le lendemain d'un marathon. Ce que l'altitude, l'avion et la déshydratation font à ton sang, et le chiffre que tu cherches pour la performance qui est aussi celui qui l'épaissit. Et ce que je lis, concrètement, dans ta prise de sang avant un stage ou une course lointaine.

Emmanuel Gutierrez · TrainingPerf · 18 ans de terrain, lecture biologique de l'athlète

Ce document ne constitue pas un avis médical. Il ne remplace ni un examen, ni une prescription, ni le suivi de ton médecin. Une douleur thoracique, un essoufflement inhabituel, un cœur qui s'emballe au repos ou un mollet gonflé d'un seul côté relèvent des urgences, le jour même, avant toute lecture de bilan. Rien dans ce dossier ne concerne la conduite d'un traitement anticoagulant, qui appartient exclusivement à ton médecin.

MONTREAL, LA MEDAILLE QUE PERSONNE N'A LUE

Dimanche 27 septembre, 273,4 kilomètres autour du Mont-Royal. L'Américain Brandon McNulty part seul à 32 kilomètres de l'arrivée et ne sera plus revu. Derrière, un groupe revient sur les échappés juste avant la flamme rouge. Michael Matthews lance son sprint de loin, Mathieu van der Poel ne remonte pas. 2e, à 13 secondes. Il a eu 36 ans la veille.

En France, on a surtout parlé de crampes ce jour-là. La 2e place de Matthews est passée presque sans un mot. Pourtant, c'est la course la plus riche d'enseignements pour un sportif de plus de 35 ans, parce qu'elle arrive au bout de 15 mois où il a cru 2 fois que tout était fini.

DATE	CE QUI S'EST PASSÉ	CE QUE ÇA DIT
Juin 2025	Stage en altitude à Livigno, en Italie, autour de 1800 mètres. Douleur thoracique en coup de poignard, essoufflement, battements irréguliers. Il pense à des allergies.	Les signes sont là, et l'explication choisie est la plus banale.
Juin 2025	À fond sur le vélo, son cœur plafonne vers 120, pour un maximum habituel autour de 180. En marchant en ville, il monte à 130 ou 140.	Le signal décisif. On le décortique en partie 2.
Juin 2025	Prise de sang, puis scanner. Embolie pulmonaire, caillots dans les 2 poumons. Hospitalisé en Suisse. Un médecin lui dit que 2 ou 3 jours d'entraînement de plus auraient pu lui être fatals.	Le diagnostic arrive par la biologie puis l'imagerie.
Été 2025	3 mois sous anticoagulant. Retour en course le 31 août 2025.	La durée minimale usuelle, sans entraînement à risque de chute.
5 mars 2026	À l'entraînement derrière moto, choc frontal avec un camion de pompiers, environ 100 km/h cumulés selon lui. Les 2 bras et les 2 poignets fracturés, 2 opérations.	Un 2e accident, sans lien avec le 1er.
27 sept. 2026	2e du championnat du monde.	15 mois après l'embolie, 7 mois après la chute.

Faits et verbatims rapportés par ABC (28/09/2026 et 04/07/2026), Domestique, Cyclingflash, Cyclingnews, Bicycling Australia et le communiqué de son équipe du 13/06/2025. La cause de son embolie n'a jamais été publiée : ce dossier ne l'invente pas.

Il n'a pas couru Montréal avec des caillots. Il a couru Montréal après avoir failli ne pas les voir.

LE CŒUR QUI S'INVERSE

Relis ces 2 valeurs. **120 à fond sur le vélo. 140 en marchant.** Chez un athlète, c'est une inversion complète. Le cœur ne monte plus quand on lui demande tout, et il s'emballe quand on ne lui demande presque rien. Ce n'est pas un détail de capteur, c'est la signature mécanique d'un obstacle dans la circulation pulmonaire.

La chaîne, maillon par maillon

1	L'artère bouchée	Un caillot parti des veines se bloque dans une artère pulmonaire. L'air arrive toujours dans la zone concernée, mais le sang n'y passe plus. Cette partie du poumon ventile pour rien.
2	Le ventricule droit contre un mur	Le côté droit du cœur doit pousser tout le sang du corps à travers un réseau pulmonaire rétréci. Il est construit pour travailler à basse pression. Face à l'obstacle, il ne sait pas augmenter son débit.
3	Le plafond à l'effort	À l'effort maximal, le débit du cœur entier est limité par ce que le ventricule droit parvient à faire passer. Le cœur ne peut plus monter comme d'habitude, la puissance s'effondre. D'où le 120 là où il attendait 180.
4	L'emballement au repos	À faible effort, le corps compense autrement : il accélère le rythme pour maintenir l'oxygénation avec un débit par battement réduit. D'où le 140 en marchant, là où son cœur habituel ne fait presque rien.

Lecture physiologique de TrainingPerf à partir des chiffres qu'il a lui-même rapportés. Elle explique le tableau, elle ne remplace pas un diagnostic.

Le piège : ça ressemble trait pour trait à un surentraînement

Un cœur qui ne monte plus à l'effort, un pouls de repos qui grimpe, une fatigue sans raison apparente : c'est exactement la description qu'un entraîneur fait d'un athlète en surmenage. C'est pour ça qu'on le rate. Le sportif réduit un peu la charge, attend que ça passe, et le caillot a le temps de grossir. Voici ce qui sépare les 2 tableaux.

SIGNAL	SURMENAGE	CAILLOT PULMONAIRE
Installation	Progressive, sur des semaines de charge.	Rapide, en quelques jours, parfois sans lien avec la charge.
Poitrine	Rien, ou des courbatures diffuses.	Douleur qui pique à l'inspiration, souvent d'un seul côté.
Souffle au repos	Normal.	Essoufflement disproportionné, à la marche, en parlant.
Repos de quelques jours	Le pouls redescend, la sensation revient.	Rien ne s'améliore, ou ça empire.
Jambe	Rien.	Parfois un mollet gonflé, chaud ou douloureux d'un seul côté.

Un surmenage s'améliore quand tu te reposes. Un caillot, non. Si 3 jours sans charge ne changent rien à ton souffle, ce n'est plus une question d'entraînement.

1 SUR 2 D'ABORD MAL DIAGNOSTIQUÉ

Des chercheurs ont rassemblé les cas publiés de 47 athlètes entraînés ayant fait une thrombose veineuse ou une embolie. **53 % avaient d'abord reçu un autre diagnostic.** Il s'écoulait en moyenne 56 jours entre les premiers symptômes et le bon diagnostic, avec des écarts énormes d'un cas à l'autre. Côté jambe, le symptôme dominant était une douleur prise pour une douleur musculaire, dans 81 % des cas. Côté poumon, c'était l'essoufflement, dans 78 % des cas.

Taylor et al., Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 2019, revue de 47 cas publiés. Une revue de cas porte un biais de publication : elle décrit ce qui a été raconté, pas une fréquence dans la population.

Les auteurs de ce type de revue avancent une explication : un athlète a une réserve cardio-respiratoire si grande qu'il compense longtemps ce qu'un sédentaire sentirait au premier escalier. C'est cohérent avec la mécanique de la partie 2, mais c'est une hypothèse, personne ne l'a mesurée. Ce qui est mesuré, c'est le résultat : le sportif et son entourage cherchent une explication sportive, et ils la trouvent.

Les scores des urgences sont construits pour d'autres cœurs

Aux urgences, avant tout examen, le médecin estime la probabilité d'une embolie avec des règles validées. L'une d'elles, la règle PERC, permet d'écarter l'embolie sans aucun examen si 8 critères sont réunis chez un patient jugé à faible risque : moins de 50 ans, **fréquence cardiaque sous 100**, saturation en oxygène d'au moins 95 %, pas de crachat de sang, pas de traitement hormonal œstrogénique, pas d'antécédent de caillot, pas de jambe gonflée d'un seul côté, pas de chirurgie ni de traumatisme récent. Elle est fiable dans la population pour laquelle elle a été construite.

Maintenant, prends un coureur dont le pouls de repos habituel est à 47. S'il arrive avec un pouls à 90, il a presque doublé. Pour la règle, il est sous 100, donc rassurant. Un cas publié décrit exactement ça : un basketteur universitaire de 20 ans, pouls de repos entre 47 et 60, qui arrive avec un pouls à 79, tous les critères de la règle réunis, et une embolie. Ses auteurs recommandent une prudence particulière avec cette règle chez l'athlète.

Règle PERC : Kline et al., Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2008. Cas du basketteur : Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine, 2020. C'est un cas isolé, pas une série. Pour Matthews, le 140 en marchant dépassait 100 : chez lui le critère aurait sonné. Le vrai signal était l'inversion, pas le seuil.

CE QUE TU DIS EN ARRIVANT AUX URGENCES

Tu donnes ton pouls de repos habituel, en chiffre. Tu dis : **normalement je suis à 48 le matin, là je suis à 90 assis.** Tu dis ton volume d'entraînement, tes derniers vols, ton dernier séjour en altitude, une course longue récente. Tu dis si quelqu'un dans ta famille proche a fait un caillot. Ce sont les informations qui manquent à un médecin qui ne connaît pas ton cœur, et qui ne figurent dans aucun score.

La saturation mérite la même prudence dans l'autre sens. Le seuil de 95 % a été validé chez des patients vus en plaine. En altitude, une saturation plus basse peut être normale. Un chiffre bas en stage ne prouve rien à lui seul, un chiffre normal non plus. C'est une lecture de TrainingPerf, sans étude publiée dédiée.

LE MARQUEUR QUI S'ALLUME APRÈS UN MARATHON

Il existe une prise de sang qui sert à écarter un caillot : les D-dimères. Ce sont des fragments libérés quand le corps dissout un caillot. Quand ils sont bas chez un patient à faible probabilité, on peut écarter l'embolie. Quand ils sont hauts, ils ne prouvent rien : ils montent dans beaucoup d'autres situations. **Et l'effort d'endurance en fait partie.**

Au marathon de Boston 2010, des chercheurs ont prélevé 41 coureurs avant la course, juste après, et le lendemain. Ils ont séparé ceux qui avaient pris un vol de plus de 4 heures pour venir et les locaux. Chez les voyageurs, les D-dimères passaient en moyenne de 142 à 387 juste après l'arrivée, contre 85 à 233 chez les locaux. Le lendemain, **6 voyageurs sur 23 dépassaient le seuil de 500** utilisé pour écarter une thrombose. Aucun local.

Parker et al., American Journal of Cardiology, 2012. Petite cohorte prospective. Les efforts courts et intenses, eux, ne font parfois rien bouger. On ne connaît pas avec précision la durée de l'élévation au-delà de 24 heures.

Ce que ça change pour toi

1	Le combo le plus chargé	Ce n'est ni le vol seul ni la course seule, c'est le vol suivi de la course. Les 2 agressions s'additionnent sur la même coagulation.
2	Un chiffre haut ne condamne pas	Des D-dimères élevés le lendemain d'une épreuve longue sont peu spécifiques. Ils imposent l'imagerie si les symptômes sont là, ils ne font pas le diagnostic.
3	Le contexte doit être dit	Si tu consultes dans les 48 heures après une épreuve longue, dis-le. Sinon le chiffre est lu comme s'il venait d'un patient au repos.
4	Jamais en dépistage	Je ne demande jamais de D-dimères dans un bilan de terrain. Hors symptômes, un chiffre haut n'apprend rien et inquiète pour rien. C'est un outil d'urgence, entre les mains des urgences.

Le marqueur qui sert à écarter un caillot peut s'allumer chez un coureur en parfaite santé. La date du tube compte autant que le chiffre.

OÙ NAÎT UN CAILLOT, ET POURQUOI L'IMMOBILITÉ LE FABRIQUE

Un caillot veineux ne se forme pas n'importe où dans la veine. Il démarre presque toujours au même endroit : **dans le sinus valvulaire**, la petite poche située juste derrière chaque valve de tes veines de jambe. C'est ce détail d'anatomie qui explique pourquoi l'avion, la voiture et l'immobilité comptent autant.

1	Un revêtement protecteur	La paroi de cette poche est tapissée d'un endothélium naturellement anticoagulant, riche en thrombomoduline et en récepteur endothélial de la protéine C, 2 molécules qui freinent la coagulation en permanence.
2	La stase	Quand tu restes assis longtemps, la pompe du mollet s'arrête. Le sang ne circule presque plus dans la poche derrière la valve.
3	L'oxygène chute	Un sang qui stagne s'appauvrit en oxygène. Au fond du sinus, la paroi se retrouve en manque.
4	La bascule	Privé d'oxygène, cet endothélium perd son profil protecteur et devient pro-coagulant. La poche qui empêchait le caillot devient l'endroit où il naît.
5	La valve détruite	En s'organisant, le caillot abîme la valve qui l'a vu naître. Une valve détruite ne repousse pas. C'est pour ça qu'on traite un caillot tôt, et qu'on ne laisse pas l'histoire se répéter.

Le déclencheur n'est pas chimique. C'est le sang qui ne bouge plus. Ton mollet est une pompe, et en avion elle est à l'arrêt.

L'avion, les vrais chiffres

Le programme de recherche de l'Organisation mondiale de la santé sur le voyage aérien a montré qu'**au-delà de 4 heures de vol, le risque de thrombose veineuse est environ doublé**, et qu'il augmente avec la durée et avec les vols rapprochés. Dans une grande cohorte de 8755 salariés d'organisations internationales, le risque était multiplié par 3 environ après un vol long. En valeur absolue, cela restait 1 thrombose pour environ 4656 vols longs. Ce n'est pas une raison d'avoir peur de l'avion, c'est une raison de ne pas empiler les facteurs.

Kuipers et al., PLoS Medicine, 2007, et fiche OMS sur la thromboembolie veineuse du voyageur. Le terme de syndrome de la classe économique est impropre : c'est l'immobilité qui compte, pas la classe. La voiture, le bus et le train exposent aussi.

Ce qui s'empile chez un sportif : un vol long, l'air sec de la cabine, une hydratation négligée la veille d'une course, la course elle-même, puis parfois un vol retour le lendemain, jambes lourdes, assis 8 heures. Aucun de ces éléments n'est dangereux seul. C'est leur enchaînement qui fait la différence.

L'ALTITUDE ET LE CHIFFRE À DOUBLE TRANCHANT

La cause de l'embolie de Matthews n'a jamais été publiée. On ne la connaîtra peut-être jamais. Mais le décor mérite qu'on le lise, parce que c'est celui que des milliers de sportifs recherchent volontairement chaque année : le stage en altitude.

Ce que l'altitude fait vraiment à ton sang

En arrivant en altitude, **ton volume plasmatique se contracte, surtout dans les 24 premières heures**. À 2000 mètres, la baisse est modeste, moins de 0,3 litre. Vers 3500 mètres, elle atteint 6 à 14 %. Ton sang se concentre avant même d'avoir fabriqué un seul globule rouge supplémentaire. Ensuite, à partir de la 2e semaine, la masse d'hémoglobine commence à monter : c'est l'adaptation que le stage cherche.

Siebenmann, Journal of Physiology, 2023. La contraction plasmatique est surtout une redistribution des fluides, pas seulement une perte par les urines.

Sur la coagulation elle-même, la science est franchement partagée, et je préfère te le dire. En 2000, une étude a montré qu'une exposition de 8 heures à une pression équivalente à 2400 mètres multipliait certains marqueurs d'activation de la coagulation par 2 à 8, de façon transitoire. En 2006, une étude plus large n'a retrouvé aucun effet. Les chiffres spectaculaires qui circulent sur les soldats en très haute altitude concernent des séjours de plus de 10 mois entre 3000 et 6500 mètres : ils ne disent rien d'un stage de 3 semaines à 1800 mètres.

Bendz et al., The Lancet, 2000. Toff et al., JAMA, 2006. Anand et al., National Medical Journal of India, 2001. Verdict honnête : non tranché.

L'hématocrite, le chiffre que tu cherches et qui épaissit ton sang

L'hématocrite, c'est la part de ton sang occupée par les globules rouges. Pour un sportif d'endurance, c'est le chiffre de la performance : plus il est haut, plus ton sang transporte d'oxygène. C'est aussi un chiffre de risque. Dans la grande cohorte norvégienne de Tromsø, **chaque tranche de 5 points d'hématocrite supplémentaire était associée à un risque de thrombose veineuse augmenté d'un quart**. Chez les hommes au-dessus de 46 %, le risque de thrombose sans cause provoquante était multiplié par 2,4.

Braekkan et al., Haematologica, 2010. Cohorte prospective en population générale, pas chez des athlètes.

La vraie question n'est donc jamais le niveau de ton hématocrite. C'est **ce qui l'a fait monter**. Le même chiffre n'a pas du tout le même sens selon sa cause.

CE QUI FAIT MONTER	CE QUI SE PASSE	CE QUE JE REGARDE
Déshydratation	Moins de plasma, les globules sont concentrés. Aucun globule en plus.	Le chiffre retombe dès que tu es réhydraté. L'état d'hydratation le jour du tube.
Altitude, 1ers jours	Contraction plasmatique, même mécanisme que la déshydratation.	La date du tube par rapport à l'arrivée en altitude.
Altitude, semaines suivantes	Vraie hausse de la masse d'hémoglobine. L'adaptation recherchée.	La réserve en fer, qui conditionne cette adaptation.
Testostérone exogène	Stimulation de la production de globules rouges. Signal suivi de près en médecine.	Mentionné à titre informatif, voir ci-dessous.
Apnée du sommeil	Le manque d'oxygène nocturne stimule la production de globules rouges.	Ronflements, réveils non reposants, tour de taille.

Un mot sur la testostérone, à titre strictement informatif. Depuis 2014, l'autorité sanitaire américaine exige une mise en garde sur le risque de thrombose veineuse sur tous les produits à base de testostérone. Une étude rétrospective publiée en 2022 retrouvait un risque de thrombose multiplié par 1,5 chez les hommes traités dont l'hématocrite dépassait 52 %. Dans le grand essai randomisé TRAVERSE, publié en 2023, les embolies pulmonaires étaient de 0,9 % sous testostérone contre 0,5 % sous placebo, sur un critère secondaire. Ce n'est pas un sujet à traiter entre sportifs : c'est un sujet à poser, chiffres en main, devant un médecin.

FDA, juin 2014. Ory et al., Journal of Urology, 2022. Lincoff et al., New England Journal of Medicine, 2023. TrainingPerf lit le signal hormonal endogène, ne prescrit ni ne recommande aucun produit hormonal.

PARTIE 7

CE QUE JE LIS DANS TA PRISE DE SANG AVANT UN STAGE

Je ne dépiste pas les caillots. Personne ne le fait avec une prise de sang de routine, et c'est normal. Ce que je lis, c'est **le terrain** : ce qui rend ton sang plus concentré, ta récupération plus lente, et ton adaptation à l'altitude rentable ou pas. Voici l'ordre dans lequel je travaille.

1	La date avant le chiffre	Tube 6 semaines avant le départ, pour avoir le temps de corriger. Le matin, à jeun, hydraté normalement, au moins 72 heures après une compétition et 48 heures après une séance dure. Un bilan pris le lendemain d'un effort long mesure l'effort, pas toi.
2	L'hémogramme, lu avec ton hydratation	Hémoglobine, hématocrite, globules rouges, volume globulaire moyen. Jamais seuls : je les lis avec les protéines totales et l'albumine, qui témoignent de ta concentration sanguine le jour du tube. Un hématocrite haut avec des protéines hautes, c'est souvent un sang concentré. Un hématocrite haut avec des protéines normales, là je cherche une cause.
3	Ta trajectoire, pas une norme	Ton hématocrite de ce bilan contre tes bilans précédents, à état d'entraînement comparable. Une hausse de plusieurs points sans altitude, sans changement d'hydratation, c'est une question à poser à ton médecin.
4	La réserve en fer	Ferritine et coefficient de saturation de la transferrine. L'adaptation à l'altitude consomme du fer : sans réserve suffisante, tu paies la fatigue du stage sans le gain de globules. Le protocole de l'Institut australien du sport module l'apport en fer selon 3 paliers de ferritine, sous 40, sous 100, au-dessus de 100.
5	L'inflammation de fond	Protéine C-réactive ultrasensible. Une inflammation qui traîne fausse la lecture du fer, car la ferritine monte aussi avec l'inflammation. Une ferritine correcte avec une CRP haute peut masquer une réserve vide.
6	L'histoire que le sang ne dit pas	Un parent proche qui a fait un caillot jeune, un antécédent personnel, une chirurgie ou un plâtre récent, un traitement hormonal. Ces informations valent plus qu'un marqueur. Si l'une d'elles est présente, c'est ton médecin qui décide s'il faut aller plus loin.

Govus et al., PLoS One, 2015, protocole fer de l'Institut australien du sport (178 athlètes, rétrospectif). Chez des athlètes de niveau mondial aux réserves normales, la ferritine de départ ne prédisait pas le gain : les paliers sont un protocole, pas une loi.

Les thrombophilies, sans fantasme

Certaines personnes portent une variante génétique qui favorise la coagulation. En France, la plus fréquente, le facteur V Leiden, concerne un peu moins de 4 % de la population, et la mutation de la prothrombine environ 3 %. Elles augmentent le risque de plusieurs fois, sans rien changer à la performance, et la plupart des porteurs ne feront jamais de caillot. **Leur recherche est un acte médical**, décidé par ton médecin sur une histoire personnelle ou familiale. Ce n'est pas un marqueur de bilan de sportif, et je ne le demande jamais à la place d'un médecin.

Prévalences françaises : Blood Coagulation and Fibrinolysis, 2009 (facteur V Leiden 3,84 %, prothrombine 3,07 %).

LES URGENCES, SANS DISCUSSION

CES SIGNES NE SE LISENT PAS DANS UN BILAN. ILS SE TRAITENT LE JOUR MÊME.

SIGNE	CE QU'IL FAUT RECONNAÎTRE	CONDUITE
Poitrine	Douleur qui pique à l'inspiration, souvent d'un côté, parfois prise pour une douleur musculaire ou une côte.	Urgences le jour même.
Souffle	Essoufflement brutal ou disproportionné, à la marche, en parlant, au repos.	Urgences le jour même.
Cœur	Pouls de repos nettement au-dessus de ta normale, palpitations, ou l'inversion : plafond à l'effort, emballement au repos.	Urgences si associé à un autre signe.
Mollet ou cuisse	Gonflement d'un seul côté, chaleur, douleur au toucher ou à la marche, sans choc.	Consultation le jour même.
Bras	Gonflement d'un bras, veines visibles à l'épaule, surtout après un effort répété des bras.	Consultation le jour même.
Malaise	Perte de connaissance, crachat de sang.	Appelle le 15.

La règle tient en une phrase : **si l'un de ces signes apparaît, tu ne t'entraînes pas pour voir si ça passe**. Matthews a continué de rouler plusieurs jours en pensant à des allergies. Un médecin lui a dit ensuite que 2 ou 3 jours de plus auraient pu suffire.

Après un caillot, ce qu'il faut savoir

Un 1er caillot survenu sans cause provoquante est le 1er facteur de risque du suivant. Après l'arrêt de l'anticoagulant, une méta-analyse de 7515 patients retrouve **environ 10 % de récurrence la 1re année et 25 % à 5 ans**. C'est pour cette raison que la durée du traitement se discute au cas par cas avec le médecin, et ne se décide jamais seul pour reprendre plus vite.

Khan et al., BMJ, 2019, 18 études. Chiffres valables pour une 1re thrombose non provoquée.

Sous anticoagulant, le consensus d'experts est clair : **pas de sport de contact ni à risque de chute**, et le cyclisme sur route en fait partie. C'est pour ça que l'équipe de Matthews ne voulait pas qu'il roule : sous anticoagulant, une chute banale peut provoquer un saignement grave. La reprise se décide entre cardiologue, hématologue et médecin du sport. Il n'existe aucun essai qui fixe un délai universel.

Et ses bras dans le plâtre, 7 mois plus tard ? Le plâtre d'une jambe est un facteur de risque de caillot bien documenté, et chez quelqu'un qui en a déjà fait un, il multiplie le risque de récurrence par 4,5. Pour un plâtre de bras, il n'existe pas de chiffre solide, et le risque est considéré comme faible. Je préfère te dire qu'on ne sait pas plutôt que d'inventer un chiffre.

Nemeth et al., PLoS Medicine, 2015. Données sur le plâtre de jambe. Swan et al., Blood Reviews, 2021, et Brennan, Current Sports Medicine Reports, 2022, pour le retour au sport sous anticoagulant.

Et le sport, alors ?

Je ne vais pas te dire que le sport protège des caillots : les grandes cohortes ne sont pas d'accord entre elles, et aucune ne porte sur les gros volumes d'endurance. Ce que le sport fait sans discussion, c'est protéger ton cœur, tes artères et ton métabolisme. Ce dossier ne te dit pas de moins t'entraîner. Il te dit de ne pas confondre un signal d'alarme avec de la fatigue, et de savoir ce que tu empiles avant un départ.

LE RÉSUMÉ, EN QUATRE PHRASES

1	Le signal	Un cœur qui plafonne à l'effort et s'emballe au repos n'est pas forcément un surmenage. Si le repos ne change rien, ce n'est plus de l'entraînement.
2	Le piège	Chez le sportif, 1 caillot sur 2 est d'abord pris pour autre chose, et les scores d'urgence ne connaissent pas ton pouls de repos. Donne-le.
3	L'empilement	Vol de plus de 4 heures, déshydratation, altitude, effort long, immobilité au retour. Aucun n'est dangereux seul, c'est l'enchaînement qui compte.
4	Le terrain	Ton hémocrite se lit avec son contexte et sa cause, ta réserve en fer se prépare 6 semaines avant de partir, et ton histoire familiale se dit à ton médecin.

Et maintenant, on part de toi.

Ce dossier t'a montré le mécanisme. Mais le mécanisme général, ce n'est pas ton corps. La vraie question, c'est ce que TA biologie raconte.

BioScan · offert.

Ta cartographie sur 5 axes, 10 minutes depuis ton téléphone, sans carte bleue. Le point de départ.

trainingperf.fr/bioscan

Décodage Performance · 197€ ou 3x66€.

Tu as déjà des analyses ? Je les lis vraiment, ligne par ligne. Protocole applicable inclus.

trainingperf.fr/decodage-performance

Bilan Performance · 697€ ou 3x232€.

La vue complète : 4 analyses qui dialoguent (biologie, posture, biomécanique, composition). Kit envoyé chez toi.

trainingperf.fr/bilan-performance

« C'est pas dans ta tête. C'est dans ta biologie. »

Emmanuel · TrainingPerf

Ce document est éducatif et ne constitue pas un avis médical. Les ranges fonctionnels TP diffèrent des ranges labo standards et sont issus de la pratique clinique TrainingPerf. Parles-en à ton médecin ; ce guide ne se substitue pas à une consultation ni à un suivi par un professionnel diplômé.

TrainingPerf : précision clinique par la biologie. Cabinet de consulting en performance biologique premium, France. trainingperf.fr