

Neuigkeiten aus Sportkardiologie und kardiologischer Rehabilitation

Von 30.11. bis 01.12.2018 fanden in Salzburg zeitgleich die D-A-CH Symposien Sportkardiologie und kardiologische Rehabilitation unter der Organisation von Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Niebauer, MBA und seinen Mitarbeitern statt. Insgesamt 250 Teilnehmer waren anwesend. Teil 1.

Einleitend führte Prof. Niebauer aus, dass Herz-Kreislauferkrankungen nach wie vor die Haupttodesursache weltweit sind; deren Entstehung wird durch verschiedene Risikofaktoren begünstigt. Bekanntermaßen können diese Risikofaktoren durch Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen positiv beeinflusst werden und somit die Lebensqualität und Lebenserwartung der Bevölkerung verlängert werden.

Im Rahmen dieser beiden Symposien berichteten und diskutierten Referenten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz über Aktuelles zum Thema Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen. Dabei bestand jede Sitzung aus drei Kurzvorträgen, die zu den jeweiligen Erkrankungen zunächst mit einem Vortrag über die Prävention begannen und gefolgt wurden von Vorträgen zur Rehabilitation und Sportkardiologie, so dass die Interventionsmöglichkeiten bei allen diskutierten Herz-Kreislauferkrankungen umfassend erörtert wurden.

Sport bei arterieller Hypertonie

Vorgestellt wurde durch Prof. Niebauer die von ihm in Zusammenarbeit mit weiteren Mitgliedern des Nukleus für Sportkardiologie der European Association of Preventive Cardiology, European Society of Cardiology, verfasste Positionspapier zum Thema Sport mit arterieller Hypertonie. Tatsächlich finden sich auch unter Leistungssportlern bis hin zu Olympioniken Sportler mit erhöhtem Bluthochdruck und es stellt sich die Frage, wie dieser wesentlicher Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen konsequent und gemäß aktueller Antidopingrichtlinien therapiert werden kann.

Auch bei Athleten wird – sofern zutreffend – eine Reduktion des Körperfetts, eine salzarme Diät, möglichst Verzicht auf Alkohol sowie auch ausreichendes Ausdauertraining angestrebt. Selbst eine vermeintlich geringe Abnahme des Blutdrucks um nur 2 mmHg führt zu einer Reduktion der Sterberate um 7%, sodass jede blutdrucksenkende Maßnahme konsequent um-

zusetzen im Wettkampf ausgetübt werden, es sind ggf. aber Einschränkungen, zu wie hochintensiver Kraftsport, zu überdenken. Details können unter Niebauer J et al., Eur Heart J 2018; 39:3664-3671 nachgelesen werden. Dieses Positionspapier ist das erste in einer Reihe zeitnah erscheinender Positionspapiere dieser Arbeitsgruppe, welches aktualisierte Empfehlungen bei kompetitiven Sportlern mit kardialen Erkrankungen gibt. Gemeinsam ist allen diese Abbildung, die Sportarten nach deren kardiovaskulärer Belastung einteilt, was hilfreich für die Auswahl des jeweiligen Sports ist (s. Abb.).



Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Josef Niebauer, Salzburg

© Wild&Team/SALK

Vorhofflimmern

Dr. Sarbean, ebenfalls vom Universitätsinstitut für präventive und rehabilitative Sportmedizin, Uniklinikum Salzburg, referierte über das Vorhofflimmern, welches die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung ist, wo ebenfalls das Risiko durch gering bis moderate Steigerung der körperlichen Aktivität gesenkt werden kann. Neueste Studien legen jedoch ein „J-Kurve“ nahe, nach der die Häufigkeit des Vorhofflimmerns mit Umfang und Intensität des Ausdauer-sports ansteigt.

Die oftmals empfohlene Reduktion der Dauer und Intensität der Sporteinheiten ist meist nicht durchführbar und würde das Karriereende bedeuten. Wie bei anderen Patienten auch besteht die Möglichkeit der katheter-interventionellen sowie medikamentösen Therapie und sollte unter Einbeziehung eines Sportkardiologen mit dem Patienten diskutiert werden. Bei Wettkampfsportlern mit persistierendem Vorhofflimmern wird meist eine Ablation favorisiert, die in Summe mit guten Ergebnissen einhergeht. Danach ist meist vorhofflimmerfreier Leistungssport wieder möglich.

Koronaranomalien und Aortendissektion

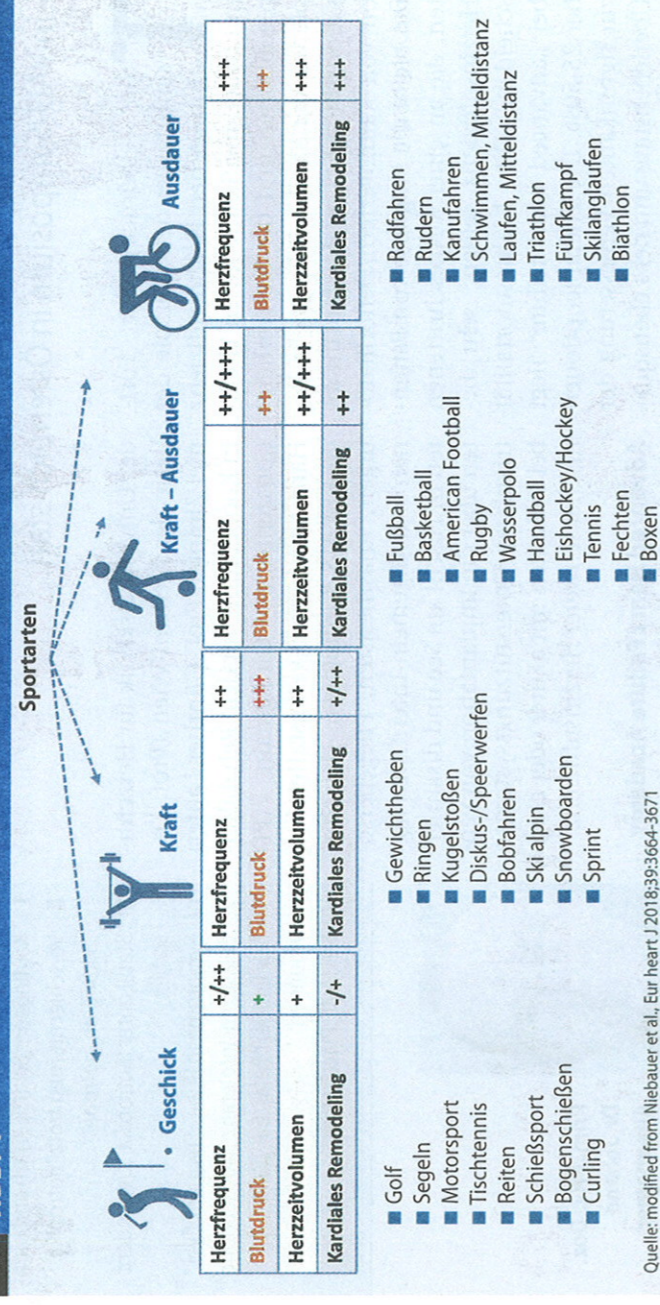
Neben dem Vorhofflimmern gibt es noch weitere Herz-Kreislauferkrankungen, bei denen Art, Volumen und Intensität sportlicher Betätigung

ren können, aber auch Aortenaneurysmen, welche besonders bei Kontaktsportarten die Gefahr einer Dissektion oder Ruptur bergen. Nichts desto trotz wird sowohl bei geringen Klappenanomalien als auch bei Patienten nach Aortendissektion eine adäquate körperliche Aktivität in kontrolliertem Umfeld empfohlen und durchgeführt. Ebenso profitieren Patienten nach katheter-interventioneller Klappenkorrektur von körperlicher Bewegung – sogar die Sterberate kann dadurch gesenkt werden. Eine sportkardiologische Anbindung ermöglicht eine individualisierte Empfehlung bezüglich Dauer und Intensität der körperlichen Aktivität bei diesen Krankheitsbildern.



© Stefan Schuler

» ABB. 1



Einteilung der Sportarten nach deren kardiovaskulärer Belastung © European Heart Journal/Oxford Press

Neues Ludwig-Boltzmann-Institut (LBI) am Uniklinikum Salzburg

Obwohl der Stellenwert körperlicher Aktivität in Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen unumstritten ist und neueste Studien deren Bedeutung weiter unterstreichen, wird dieser Risikofaktor in der Allgemeinbevölkerung nur selten nachhaltig positiv modifiziert. Das liegt einerseits daran, dass im Gesundheitswesen tätiges Fachpersonal zu selten die Patienten über die Bedeutung von körperlicher Aktivität in der Krankheitsentstehung bzw. -entwicklung aufklärt. Zum anderen schaffen es Betroffene nur selten, den Lebensstil nachhaltig in Richtung gesteigerter körperlicher Alltagsaktivität zu modifizieren. Im Rahmen eines Mitte 2019 neu am Uniklinikum Salzburg gegründeten LBI soll untersucht werden, wie innovative digitale Technologien dieses gesellschaftlich bedeutsame Problem lösen könnten.

Sport nach Myokarditis

Univ.-Doz. Dr. Günther Neumayr referierte über mögliche Einflussfaktoren bei der Entstehung der Myokarditis und deren Erscheinungsformen. Entscheidende Determinanten für die Vermeidung einer Myokarditis sind sowohl bei infektiösen, als auch bei nicht infektiösen Formen das angeborene und erworbene Immunsystem und eine allgemeine Infektionsprophylaxe wie z.B. Händewaschen und einfache Hygienemaßnahmen im Alltag. Empfohlen wird die Prüfung des Impfstatus, bei fieberhaften Infekten eine Trainings- und Wettkampfpause und bei nachgewiesener Myokarditis eine Sportpause von 3-6 Monaten, die nach wie vor

» Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Josef Niebauer, MBA, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Prävention und

rien mit hinzugezogen werden. Prof. Halle, München, stellte mögliche Algorithmen der Diagnostik und Therapie der Myokarditis vor. Zum Repertoire zählen Anamnese, klinische Untersuchung, Labor, EKG und Echo. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und ggf. Krankheitsgefühl gekoppelt mit erhöhten Entzündungsmarkern und/oder einer eingeschränkten linksventrikulären Myokardfunktion weisen auf eine Myokarditis hin. Die Endomyokardbiopsie ist nur in Ausnahmefällen führend, die Kernspintuntersuchung ist das bildgebende Verfahren der Wahl. Klinische Anzeichen sind thorakale Schmerzen, Arrhythmien, Schwindel und Müdigkeit. Die gefürchtete Komplikation ist der plötzliche Herztod. Bei Sportlern sind Auffälligkeiten wie die Erhöhung der Ruheherzfrequenz um 10 Schläge am Morgen mit einhergehender Leistungseinbuße als Hinweis auf Übertraining aber auch auf eine Herzerkrankung wie der Myokarditis ernst zu nehmen.

Sport nach Perikarditis

Dr. Christian Marc Schmied erläutert anhand eines Einzelfalls Fallgestaltungen zur Behandlung und weiteren Empfehlungen hinsichtlich des Sporttreibens von ambivalenten Patienten. Final wird anhand des Einzelfalles zusammengefasst, dass bei akuter Perikarditis und Fieberanzeichen Sportverbot indiziert ist. Nach einer sechsmonatigen Pause bei Perikarditis und Myokarditis ist eine sportliche Beanspruchung wieder möglich – unter Voraussetzung einer gründlichen Beobachtung des Late-enhancement.

» Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Josef Niebauer, MBA, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Prävention und