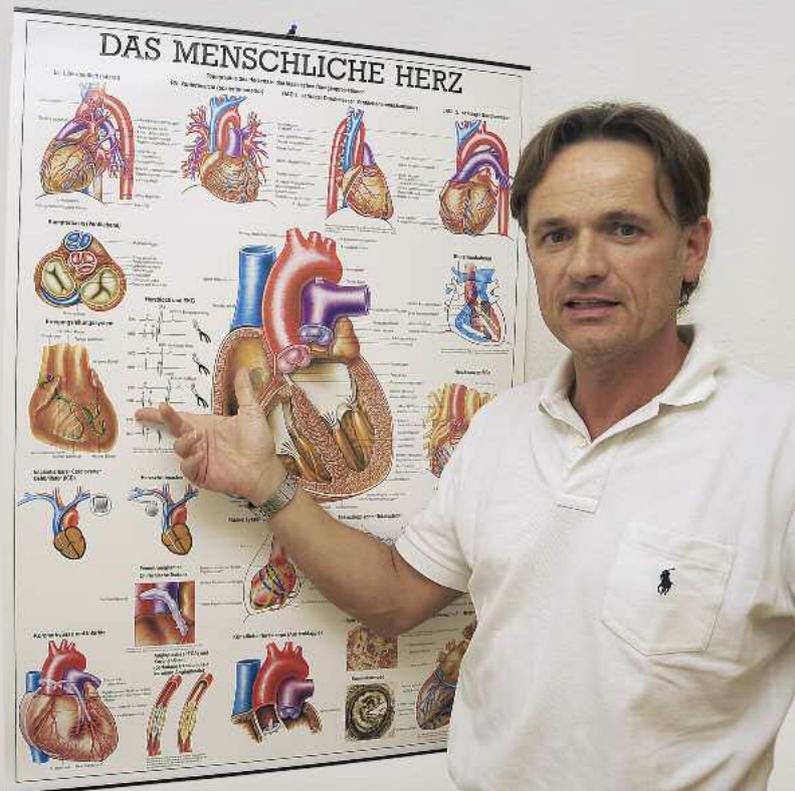


Aktuelle Herzerkrankungen

Klaus Arendt im Gespräch mit Dr. Kurt Johannes Schmieg

Vor dem Hintergrund der aktuellen Erkrankungen von Torbjørn Sindballe und Steffen Liebtrau sind viele Triathleten verunsichert, ob Vergleichbares auch bei ihnen auftreten könnte. Beide Fälle sind jedoch völlig unabhängig voneinander zu analysieren, haben sie doch von der Grunderkrankung her nichts miteinander zu tun. Während es sich bei Sindballe um die vorbekannte Defektanlage einer Herzklappe handelt, die sich im Laufe der Zeit zunehmend verschlimmerte, liegt bei Steffen Liebtrau, den Angaben seiner Homepage (www.steffen-liebtrau.de) zufolge, eine ebenfalls bekannte Gerinnungsstörung des Blutes vor, welche mutmaßlich neben anderen Faktoren zur Bildung eines Blutgerinnsels im Herzen führte.



Arendt: Herr Dr. Schmieg, viele Athleten sind verunsichert, ob derartige Erkrankungen auch bei ihnen vorliegen beziehungsweise auftreten können. Welche Ratschläge geben Sie unseren Lesern?

Dr. Schmieg: Für jeden Sportler ist es sinnvoll, regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen, insbesondere nach einer längeren Sportpause oder generell vor Aufnahme eines Ausdauertrainings. In meiner Praxis gehören, angelehnt an die Leitlinien der „Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin“, neben einer gründlichen Anamneseerhebung (auch der Familienvorgeschichte) mit körperlicher Untersuchung und einem Laborstatus eine EKG-Aufzeichnung in Ruhe und unter Belastung (Belastungsergometrie) und, falls noch nicht vorliegend, eine Herzultraschalluntersuchung (Echokardiografie) dazu. Bei auffälligen Befunden schließen sich gezielte weiterführende Maßnahmen an.

Arendt: Können durch solche Untersuchungen auch lebensbedrohliche Erkrankungen festgestellt werden?

Dr. Schmieg: Eine aktuelle Studie, welche erst kürzlich in einer renommierten kardiologischen Fachzeitschrift publiziert wurde, beziffert die Zahl der zwischen 1980 und 2006 verstorbenen Leistungssportler in den USA auf 1.866. Bei über der Hälfte von ihnen fanden sich als Todesursache Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. In den USA kamen somit im Schnitt jährlich 66 Athleten ums Leben, bei möglicherweise hoher Dunkelziffer.

Arendt: Was genau steckt nun hinter dem plötzlichen Herztod bei scheinbar kerngesunden Athleten?

Dr. Schmieg: Den zitierten Angaben zufolge hatten nur drei Prozent

der plötzlich Verstorbenen ein gesundes Herz, also waren nahezu alle Verstorbenen herzkrank. Über ein Drittel hatte eine sogenannte Kardiomyopathie, eine Herzmuskelerkrankung, die sich häufig durch eine Verdickung der Herzwände auszeichnet und in der Echokardiografie feststellbar ist.

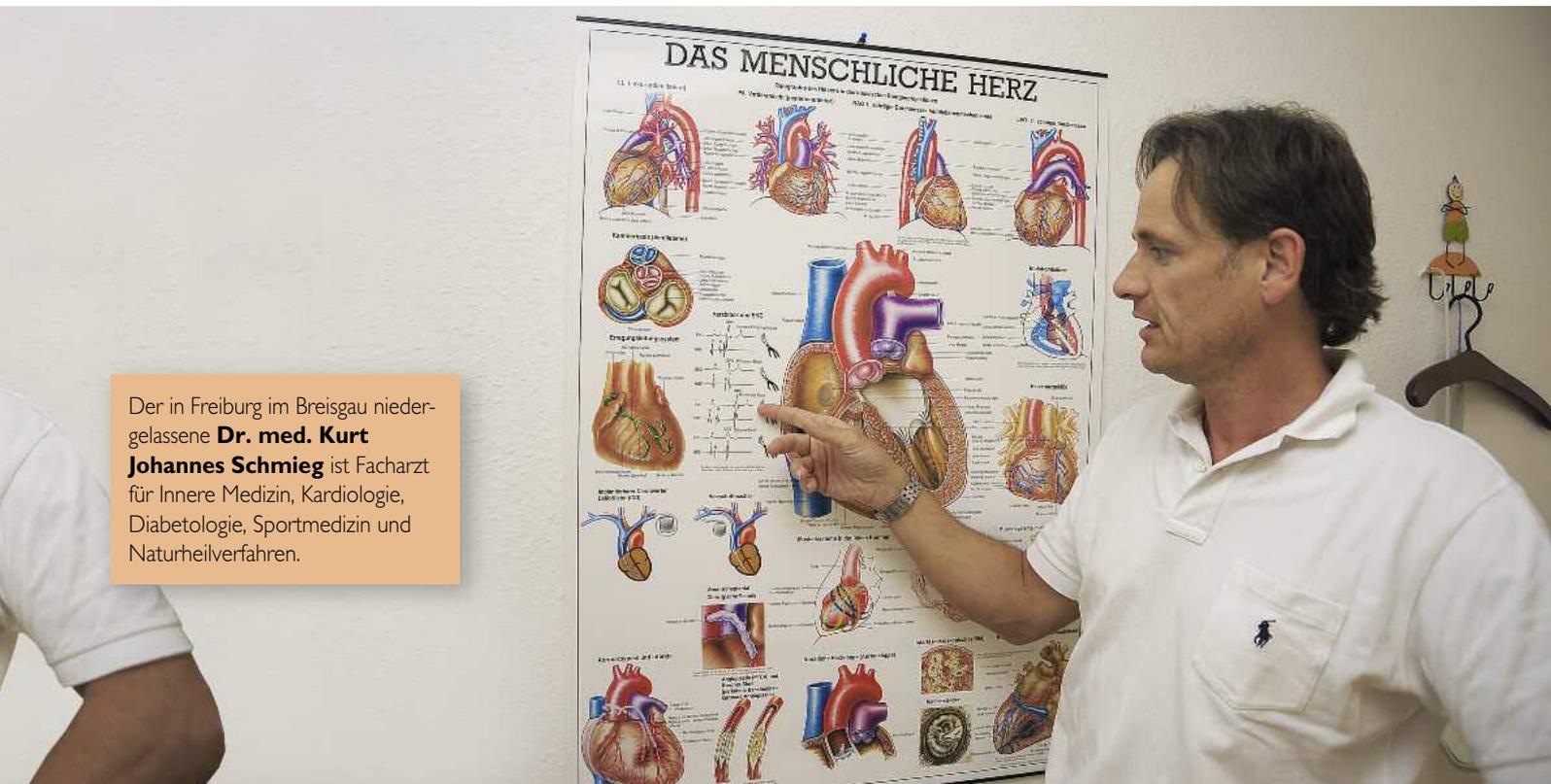
Arendt: Welche Rolle spielen dabei der tödliche Herzinfarkt und die Herzmuskelentzündung?

Dr. Schmieg: Die Atherosklerose der Herzkranzarterien, die sogenannte koronare Herzerkrankung, wird an zweiter Stelle der Todesursachen genannt. Sie tritt mit zunehmendem Alter häufiger auf, korreliert eng mit den Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und kann unbehandelt in einem tödlichen Myokardinfarkt enden. Herzklappenfehler und Herzmuskelentzündung (Myokarditis) spielen bei weniger als zehn Prozent der Todesfälle eine Rolle.

Arendt: Was genau zählen Sie zu den Herz-Kreislauf-Risikofaktoren?

Dr. Schmieg: In erster Linie zählen dazu die „Big Five“: der Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), die Erhöhung der Blutfette (Hypercholesterinämie), die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 und 2), der Zigarettenkonsum sowie genetisch-familiäre Ursachen. Sie alle werden in einer kardiologischen Untersuchung genauestens analysiert. Daraus errechnet sich das individuelle kardiovaskuläre Risikoprofil und somit das Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis.

Arendt: Stimmt es, dass im Gegensatz zu den anderen Ursachen des plötzlichen Herztodes das Risiko für einen Herzinfarkt durch eine optimale Einstellung der Risikofaktoren beeinflusst werden kann?



Der in Freiburg im Breisgau niedergelassene **Dr. med. Kurt Johannes Schmieg** ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologie, Sportmedizin und Naturheilverfahren.

Dr. Schmieg: Richtig. Mit Ausnahme der genetischen Voraussetzungen können die anderen Risikofaktoren eingestellt werden, in erster Linie mittels Optimierung der Kost, Weglassen spezieller „Gifte“ (Zigaretten) und durch gezielten Einsatz bestimmter Medikamente. Das Risiko für einen tödlichen Herzinfarkt kann, einfach gesagt, so minimiert werden. Die anderen Ursachen wie die Kardiomyopathien, die Herzmuskelentzündungen, oder Herzklappenerkrankungen stellen in aller Regel therapeutische Herausforderungen dar und machen häufig den Einsatz invasiver und operativer Verfahren notwendig.

Arendt: Wie kommt man den Herzschäden, die zu solch unerwarteten katastrophalen Zusammenbrüchen führen, auf die Spur?

Dr. Schmieg: Wie oben schon dargelegt, ist neben der körperlichen Untersuchung und einer sorgfältigen Anamneseerhebung auch der Familienvorgeschichte ein Ruhe-EKG unverzichtbar. Gerade die Wichtigkeit der klinischen Symptome wird häufig unterschätzt. Jeder Athlet, der belastungsinduzierten Schwindel mit Synkopen oder Kollaps, häufige Infekte, einen unerklärbaren Abfall des Leistungsniveaus oder Schmerzen in der Brust, die sich unter Belastung verschlimmern, bei sich selbst feststellt, sollte diese Symptome als verdächtige Signale interpretieren und sich ärztlich untersuchen lassen. Selbst bei normalem Ruhe-EKG wäre hier eine weitere fachärztliche Abklärung ratsam.

Arendt: Welchen Stellenwert nehmen hierbei die Echokardiografie oder moderne Verfahren wie die Genanalyse ein?

Dr. Schmieg: Die Echokardiografie gibt generell wertvolle Hinweise über den Aufbau und die Funktion des Herzens. So können die Größe der Herzhöhlen und Herzwände, der großen herznahen Gefäße

und die Funktion der Herzklappen bestimmt werden. Die Grenzen zwischen normalem „Sportherz“ und krankhafter Herzvergrößerung sind fließend, sodass häufig weiterführende Untersuchungen notwendig sind (Anmerkung der Redaktion: siehe TRITIME 1-2009, Seite 64f). Zur genauen Identifikation spezieller Rhythmusstörungen etwa können in Einzelfällen Gentests herangezogen werden. Allerdings ist die genetische Typisierung nur dann sinnvoll, wenn zwingende Anhaltspunkte für den plötzlichen Herztod vorliegen, wie zum Beispiel eine positive Familienanamnese.

Arendt: Also sind die Erkrankungen beider erwähnter Athleten durch eine kardiologische Routineuntersuchung feststellbar?

Dr. Schmieg: Herzklappenfehler sind, wie schon gesagt, meist echokardiografisch erkennbar. Die „bikuspide Aortenklappe“, wie sie bei Herrn Sindballe vorliegt (siehe auch www.sindballe.dk), stellt eine Normvariante der Aortenklappe dar und kommt bei bis zu zwei Prozent der Bevölkerung vor. Sie stellt ein Risiko für das spätere Auftreten einer Klappenverengung (Aortenstenose), Klappenleckage (Insuffizienz) oder Entzündung (Endokarditis) dar und ist in 50 Prozent aller Fälle mit einer krankhaften Erweiterung der Aorta vergesellschaftet. Dagegen können Blutgerinnsel (Thromben) in den Herzhöhlen je nach Darstellbarkeit des Thrombus echokardiografisch schwer zu erkennen sein. Bei begründetem Verdacht, etwa einer angeborenen Blutgerinnungsstörung, wie sie bei Herrn Liebetrau vorliegt (siehe auch www.steffen-liebetrau.de), sind weiterführende Untersuchungen unumgänglich. An dieser Stelle wünsche ich beiden Athleten alles Gute.

Arendt: Herr Dr. Schmieg, ich danke Ihnen für das Gespräch.