

Infekte und Sport: Risiko Herzmuskelentzündung



© Gettyimages

If you're in **doubt**,
leave it **out!**

Die Leistungen der Ausdauersportler faszinieren immer mehr Menschen. Viele träumen davon, auch einmal einen Marathon oder Triathlon erfolgreich zu bestreiten. Leider gehen nicht nur Einsteiger viel zu unbedarft an diese anspruchsvollen Herausforderungen heran. Immer wieder kommt es im Wettkampf und Training zu tragischen Todesfällen, die auf einen nicht ausgeheilten Infekt oder einen nicht bekannten Herzfehler zurückzuführen sind.

Umso wichtiger ist es, sich mit der Thematik „Gesundheit und Prävention“ regelmäßig auseinanderzusetzen. Eine vorschnelle Wiederaufnahme des Trainings und Belastung nach einem fieberhaften Infekt beziehungsweise einer Viruserkrankung kann bleibende Schäden mit sich bringen. Circa fünf Prozent der Todesfälle junger Athleten ist die Folge einer Herzmuskelentzündung (Myokarditis). Der plötzliche Herztod beim Sport ist in aller Regel kein schicksalhaftes Ereignis und kann in vielen Fällen vermieden werden. Ein Grund mehr, sich mit dem in Freiburg ansässigen Kardiologen Dr. med. Kurt Johannes Schmiege über diese Thematik zu unterhalten.

Herr Dr. Schmiege, wie entsteht eigentlich eine Herzmuskelentzündung?

Generell gesagt durch sportliche Aktivität während eines Infektes. Menschen mit Störungen des Immunsystems oder Tumorerkrankungen sind hierbei benachteiligt. Leider lässt sich eine Infektion durch bestimmte Viren als Hauptursache der Myokarditis kaum verhindern. Körperliche Anstrengung und Sport während eines Infektes erhöhen in jedem Fall die Wahrscheinlichkeit einer Myokarditis signifikant. In tierexperimentellen Studien konnte wiederholt gezeigt werden, dass körperliche Aktivitäten bei bestehenden Infekten mit einem hohen gesundheitlichen Risiko für die Tiere verbunden ist.

Auf welche Signale sollte ein Sportler besonders achten?

Bei Anzeichen eines Infektes mit erhöhter Körpertemperatur (> 0,5 bis 1 Grad Celsius), erhöhter Herzfrequenz (> 10/min in Ruhe oder bei gleicher absoluter Belastungsintensität), Muskelschmerzen oder vergrößerten Lymphknoten sollte auch bei fehlender kardialer Symptomatik ein befristetes Sportverbot gelten. Generell gilt die Empfehlung, nach fieberhaften Infekten unklarer Ursache eine zumindest mehrtägige Trainingspause einzulegen.

Kann ein guter Fitnesszustand auch vor einer Myokarditis schützen?

Das ist richtig. Auch hier haben tierexperimentelle Untersuchungen auf einen kardioprotektiven Effekt eines besseren Trainingszustands hingewiesen, sodass ein VOR der Infektion durchgeführtes körperliches Training weniger Schädigungen zur Folge hatte.

Wie macht sich die Myokarditis eigentlich bemerkbar?

NACH einem Infekt können die Symptome vielgestaltig sein. Deutlichstes Anzeichen ist eine leichte Luftnot mit Druck in der Herzgegend. Hinzu kommt ein Leistungsknick mit fehlender Erholung und eine allgemeine körperliche Schwäche.

In diesem Fall sollte der Sportler sofort den Hausarzt konsultieren.

Unbedingt, bei begründetem Verdacht auf eine Herzmuskelentzündung sollte ein Kardiologe konsultiert werden. Er führt dann ein Ruhe-, Belastungs- und Langzeit-EKG über 24 Stunden sowie eine Echokardiografie durch. Wichtig ist auch eine Blutentnahme mit Bestimmung der Entzündungsfaktoren. Eine serologische Erregerdiagnostik mittels Antikörpern schließt sich daran an.

Und wenn sich der Verdacht erhärtet?

Dann schließen sich weitere Untersuchungen an, wie Langzeit-EKG unter Einschluss von sportartspezifischen Belastungen, kardialer Gewebedoppler beziehungsweise Radionuklid-Ventrikulografie, dynamische Stressechokardiografie, ein Cardio-MRT und gegebenenfalls eine Endomyokardiopsie.

INFO

Die Herzmuskelentzündung stellt eine der wichtigsten Ursachen des plötzlichen Herztodes bei Sportlern unter 35 Jahren dar. Generell tragen Leistungssportler ein circa 2,5-fach erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Herztod. Der Verlauf einer Myokarditis ist sehr unterschiedlich und im Einzelfall nicht vorhersehbar. Leichte Fälle heilen in der Regel folgenlos aus. Da nicht immer Beschwerden auftreten, kann es durchaus sein, dass die Erkrankung von einem selbst gar nicht festgestellt wird. Manchmal bleibt aber auch eine dauerhafte Herzrhythmusstörung zurück. Entscheidend sind eine möglichst frühe Erkennung der Erkrankung durch sportmedizinisch geschulte Ärzte und das Einleiten der entsprechenden Therapie.

Das hört sich nach einem Ärztemarathon an. Welche Folgen hat letztendlich eine bestätigte Herzmuskelentzündung für den Sportler?

Bei einer gesicherten akuten Myokarditis gilt ein Sportverbot für mindestens drei Monate beziehungsweise ein Wettkampfbefehlverbot für meist ein halbes Jahr. Allerdings handelt es sich in allen Fällen um Einzelfallentscheidungen, die nur schwer pauschalisiert werden können. Bei ausbleibender Rekonvaleszenz und chronischer Entwicklung wird das Wettkampfbefehlverbot auf unbestimmte Zeit verlängert. Erlaubt sind dann lediglich Sportarten mit niedriger Beanspruchung sowie in Abhängigkeit vom klinischen Bild niedrig-intensive Ausdauersportarten wie lockeres Radfahren – auch auf dem Ergometer –, lockeres Laufen oder Walking sowie leichte Kraftausdauerübungen.

Und was ist zu beachten, wenn ich eine Myokarditis erfolgreich überstanden habe? Wie stark darf ich mein Herz dann noch belasten?

Aktuell liegen keine wissenschaftlichen Empfehlungen vor, die den Sporttreibenden, behandelnden Ärzten und Betreuern eine Entscheidungshilfe beim Wiedereinstieg in den Sport geben, und genau deshalb sind diese immer genau auf den Athleten und die Sportart abzustimmen.

Die gute Nachricht ist allerdings, dass nach einer überstandenen Myokarditis und folgenloser Ausheilung von einer uneingeschränkte Sporttauglichkeit auszugehen ist. Folgende Voraussetzungen sollten erfüllt werden:

- Unauffällige Anamnese
- Keine relevanten Rhythmusstörungen bei einer Ergometrie bis zur Erschöpfung und einem Langzeit-EKG während der sportartspezifischen Beanspruchung
- Normale linksventrikuläre Funktion ohne regionale Wandbewegungsstörungen in Ruhe und unter Belastung. Stichwort Belastungsechokardiografie mit Gewebedoppler.
- Negatives Cardio-MRT
- Normalisierung der inflammatorischen sowie myokardialen Parameter im Labor. Stichwort CRP, Troponin, Kreatinkinase und NT-proBNP.



Basieren diese Voraussetzungen auf empirischen Daten?

Die Abteilung Sportmedizin der Medizinischen Klinik der Universität Tübingen hat 2011 ein nationales multizentrisches Myokarditisregister für Sportler geschaffen. Bis Ende Mai 2017 wurden insgesamt 122 Sportler in das Myokarditisregister eingeschlossen. Aus bisher nicht veröffentlichten Daten von 98 ausgewerteten Sportlern bis Oktober 2016 konnte gezeigt werden, dass das wie oben skizzierte aktuell gewählte diagnostische und therapeutische Vorgehen bezüglich der Prognose sicher zu sein scheint. Im 1-Jahres-Follow-up wurde kein schweres oder gar tödliches kardiales Ereignis detektiert. Darüber hinaus erscheint die Prognose für Sportler insgesamt erfreulich.

Der einzige signifikante Prädiktor für ein schlechtes Outcome in Bezug auf die vollständige sportliche Reintegration war ein höheres Alter. Nach einem Jahr waren 78 Prozent der Sportler in ihre sportlichen Aktivitäten wieder voll reintegriert, 14 Prozent zumindest teilweise. Lediglich sieben Prozent konnten ihrer sportlichen Tätigkeit nicht nachgehen. Eine weiter bestehende Reduktion von Trainingsumfang und -intensität im 1-Jahres-Follow-up gaben dennoch immerhin 32,4 Prozent aller Athleten an.

Und trotzdem wird bei einmal erkrankten Sportlern die Angst immer im Nacken stecken.

Das ist durchaus nachvollziehbar, denn auch nach einer folgenlosen Myokarditis bleibt zu einem späteren Zeitpunkt das Risiko für eine

erneute Herzmuskelentzündung erhöht. Deshalb sollten die genesenen Sportler zukünftig immer genau auf die Signale ihres Körpers achten. Eine Herzmuskelentzündung kann einen chronischen Verlauf mit steigender Gefahr von Herzversagen nehmen. Hier muss ich besonders auf die Möglichkeit einer bleibenden Herzmuskelvergrößerung (dilatative Kardiomyopathie) hinweisen, aus der eine dauerhafte Herzmuskelschwäche resultieren kann.

Ein chronischer Verlauf zeigt sich in etwa zehn Prozent der Herzmuskelentzündungen. Und diese sind mit deutlichen körperlichen Beschwerden verbunden. Mit der Entwicklung einer dilatativen Kardiomyopathie verschlechtern sich die Prognosen drastisch. Studien zeigen, dass die Überlebensrate auf einen Zeitraum von zehn Jahren nur 30 Prozent beträgt, was 70 Prozent Todesfälle bedeutet! Insbesondere Herzmuskelentzündungen, die initial als Erstmanifestation eine Synkope, Herzinsuffizienz oder eingeschränkte linksventrikuläre Funktion aufweisen, nehmen einen ungünstigen Verlauf hinsichtlich der Mortalität.

Und Ihr ganz persönlicher Umgang mit Viruserkrankungen?

Ich halte es da wie mein australischer Trainingspartner, der im breitesten Aussie-Slang anmerkt: „If you're in doubt, leave it out!“

Dem ist nichts hinzuzufügen. Herzlichen Dank für die wertvollen Informationen, Herr Dr. Schmiege.

Klaus Arendt