

Handout

Vortrag Klinik Obach: „Herzmedikamente und Sport“ (4. September 2014)

Dr. med. Christian Marc Schmied
Leiter Kardiologisches Ambulatorium und Oberarzt Echokardiographie
Leiter Sportkardiologie "approved by Swiss Olympic" und „FIFA Medical Centre of Excellence“
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zurich/Switzerland
Tel. +41-44 255 34 78
Fax. +41-44 255 87 01

„Herzmedikamente und Sport“

Der gesundheitliche Nutzen eines regelmässigen körperlichen Trainings

Der gesundheitliche Nutzen von regelmässigem körperlichem Training ist vielseitig und eindrücklich: So zeigten diverse Studien eine starke Evidenz für ein verlängertes Gesamtüberleben mit anhaltender Selbstständigkeit und gleichzeitig einer Reduktion von Stürzen im Alter. Insbesondere kann eine deutliche Reduktion kardiovaskulärer und cerebrovaskulärer Ereignisse erreicht werden, nicht zuletzt durch die positive Beeinflussung der meisten der klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren (u.a. Typ 2 Diabetes, arterielle Hypertonie, Serumlipide, Körpergewicht, Bauchumfang, psychischer Dysstress). Selbstverständlich wirkt man auch direkt der heute so verbreiteten Sedentarität entgegen, einem mitunter auch in der ärztlichen Beratung vernachlässigten aber mit den traditionellen Faktoren absolut gleichzusetzenden Risikofaktor. Sogar die Prävention verschiedener Malignome kann durch ein regelmässiges Training positiv beeinflusst werden. Dies gilt vor allem für das Colon-, Mamma- und Pankreas-Karzinom und mit etwas weniger Evidenz auch für das Bronchus- und Endometrium-Karzinom.

Gerade im Spektrum der kardiovaskulären Erkrankungen hat sich ein regelmässiges körperliches Training in den letzten Jahren definitiv zu einem festen und unabdingbaren Therapiebestandteil etabliert und dies sowohl in der Primär-, wie auch der Sekundärprophylaxe. Und so gilt es festzuhalten, dass eine bereits vorliegende kardiovaskuläre Erkrankung natürlich keinesfalls eine generelle Kontraindikation für Sport darstellt. Ganz im Gegenteil: Für die allermeisten kardiovaskulären Erkrankungen ist der Sport unabdingbarer Bestandteil der Therapie. Doch gerade im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie von Herz-Kreislaufkrankungen, gilt es neben sportphysiologischen/sportkardiologischen Grundlagen und richtlinienkonformen und dabei dennoch individuellen Trainingsempfehlungen auch einige wichtige Punkte der Thematik „Herzmedikamente und Sport“ zu berücksichtigen.

„Sportphysiologische/sportkardiologische“ Grundlagen

Zum Verständnis des Spannungsfeldes zwischen Pharmakotherapie und regelmässiger sportlicher Aktivität sind einige sportphysiologische/sportkardiologische Grundlagenkenntnisse notwendig: In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll sportliche Tätigkeiten in dynamische und statische Belastungen einzuteilen. Dynamische Belastungen, wie sie meistens bei Ausdauersportarten bestehen, sind „physiologischer“ und „kreislaufschonender“, während statische, isometrische Belastungen beim Krafttraining zu massiven Anstiegen des Blutdrucks und des peripheren Widerstands bei praktisch unverändertem linksventrikulären Schlagvolumen führen. Zur Entwicklung eines eigentlichen „Sportherzens“ mit exzentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels und Dilatation aller vier Herzhöhlen ist regelmässiger und intensiver Ausdauersport notwendig (z.B. mindestens 60-70 km Lauftraining, verteilt auf 3-4 Einheiten pro Woche).

„Herzmedikamente und Sport“

Die Wichtigkeit, aber gleichzeitig auch der Schwierigkeit der Medikamente-Compliance im medizinischen Alltag ist offensichtlich. Treten Unverträglichkeiten und Probleme von Medikamenten im Zusammenhang mit Sport auf, sind diese besonders Ernst zu nehmen und dürfen auf keinen Fall zur Mal-Compliance in der Medikamenteneinnahme führen (und selbstverständlich auch nicht zum Sistieren der sportlichen Aktivitäten). Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, gewisse „Fallstricke“ und Besonderheiten, welche durch die Einnahme von „Herzmedikamenten“ bei sportlich aktiven Patienten auftreten können, zu beachten.

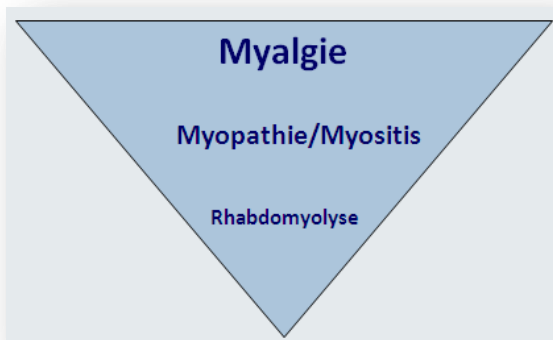
Betablocker

Betablocker reduzieren die körperliche Leistungsfähigkeit auf unterschiedliche Weise: Neben einer direkten negativ inotropen/chronotropen Wirkung (β_1/β_2 -Rezeptoren) am Herzen kommt es durch eine Hemmung der Lipolyse, Glykogenolyse und Glykolyse auch zu relevanten Eingriffen in den Energiestoffwechsel. Über die β_2 -Rezeptoren kann es bei nicht-kardioselektiven Betablockern zudem zu einer relevanten Broncho- und peripheren Vasokonstriktion kommen. Auch wenn bei gewissen Betablockern (z.B. Bisoprolol) der leistungsmindernde Effekt weniger ausgeprägt zu sein scheint, gilt es vor allem die Indikation für eine Betablockertherapie sauber zu stellen. Zu beachten gilt es in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass Betablocker in der medikamentösen Therapie der arteriellen Hypertonie stark in Hintergrund getreten sind und heutzutage nur noch bei Hypertonikern mit Koronarer Herzkrankheit bzw. Rhythmusstörungen als Erstlinienpräparat eingesetzt werden. ACE-Hemmer sind nicht zuletzt wegen ausgezeichneter „Outcome Daten“ hervorragend geeignete Antihypertensiva für Sportler (ebenso wie die gut verträglichen Kalziumantagonisten von Dihydropyridin Typ).

An dieser Stelle sei dennoch angemerkt, dass sich Betablocker ausgezeichnet wirksam zeigen gegenüber unter körperlicher Belastung auftretender hypertoner Blutdruckwerte.

Statine

Muskuläre Nebenwirkungen von Statinen sind nicht nur bei Sportlern gefürchtet. Doch werden diese Nebenwirkungen durch sportliche Tätigkeiten zusätzlich verstärkt. Dabei gilt es diese Nebenwirkungen nach Schweregrad einzuteilen und zu definieren. Myalgien sind dabei sehr häufig (bei 1 - 25% aller Patienten unter Statinen) aber meistens harmlos und oftmals transient. Oftmals wird von den Patienten zudem eine (objektivierbare) Muskelschwäche geäußert.



Eine Myopathie/Myositis tritt seltener auf und besteht definitionsgemäss bei einem Anstieg der Creatinkinase und somit einem muskulären Schaden. Schliesslich findet sich eine schwerwiegende Rhabdomyolyse nur bei einem Bruchteil der Patienten, diese kann aber, insbesondere in Risikokonstellationen (wie etwa einer Dehydratation) letal enden.

Auch wenn die muskulären Nebenwirkungen eine Dosisabhängigkeit zeigen, können erfahrungsgemäss nur regelmässige ärztliche Kontrollen und eine aufklärende Patientenführung einer Malcompliance entgegenwirken. Die Kombination von Statinen mit einem Fibrat ist aufgrund des deutlich erhöhten Risikos für muskuläre Nebenwirkungen zu vermeiden.

Weitere „Herzmedikamente“

Die meisten Antiarrhythmika bergen „per se“ das Risiko einer pro-arrhythmischen Wirkung, dies gilt insbesondere unter körperlicher Belastung. Ein Belastungstest unter EKG-Monitoring (Fahrrad-/Laufbandergometrie) stellt deshalb einen Mindestbestandteil der Basisabklärungen bei dieser Patientengruppe dar.

Das Risiko relevanter Blutungskomplikationen von Patienten unter oraler Antikoagulation besteht natürlich insbesondere bei Kontaktsportarten, weshalb von diesen abzuraten ist. Auch unter Thrombozytenaggregation wurden in diesem Zusammenhang in der Literatur teilweise schwerwiegende Blutungsereignisse beschrieben. Insbesondere ist aber bei Patienten unter „blutverdünnender Therapie“ auch auf das Blutdruckverhalten unter Belastung zu achten: Hypertensive Blutdruckwerte erhöhen das Risiko von fatalen cerebralen Blutungen unter Antikoagulation. Auch hier bietet sich eine Abklärung mittels Belastungstest unter Blutdruckmessung (Fahrrad-/Laufbandergometrie) und gegebenenfalls 24-Stunden Blutdruckmonitoring an.

„Herzmedikamente“ auf der Dopingliste

Diuretika sind in ihrer potentiellen Wirkung als andere Substanzen „maskierende“ Medikamente oder als „Gewichtsmodulatoren“ sowohl im Training, wie auch im Wettkampf verboten. Betablocker sind zudem in gewissen Sportarten verboten (Z.B. Skisprung, Schiessport, Golf, Autorennsport).