



Herztodrisiko und Atemwegsinfekte



© runner Woman blowing her nose outside in the cold von pololia



Dr. med. Ralph Schomaker

gehört als Rennarzt seit 2007 zum Orgateam des Volksbank Münster Marathons und ist für die sportorthopädische und notfallmedizinische Seite der Marathons verantwortlich.

Er ist Experte für orthopädische und sportmedizinische Fragestellungen des Laufsportlers und berät Laufsportler aller Altersgruppen vom Einsteiger bis zum Leistungssportler im ZfS-Zentrum für Sportmedizin (www.zfs-muenster.de). Das ZfS-Team aus Sportmedizinern und Trainingswissenschaftlern führt sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Leistungsdiagnostiken für Ausdauersportler durch, die von vielen Krankenkassen bezuschusst werden.

Exklusiv auf der Website des Volksbank Münster Marathons gibt er Einblicke in die bevorstehende vollständig überarbeitete Neuauflage seines Laufbuches „42 Tipps für 42 Kilometer – Sportmedizin für Laufsportler“ und nimmt zu häufigen Fragestellungen aus seiner laufmedizinischen Sprechstunde Stellung.

(Diese Tipps dienen der orientierenden Information und ersetzen keinesfalls eine ärztliche Untersuchung und individuelle befundbezogene Beratung.)

Kein Training oder Wettkampf bei Erkältungen, Durchfall, Fieber, Kopf- und Gliederschmerz

Der Herbst naht und die Erkältungszeit steht vor der Tür. Die Laufsaison zieht sich bis in den November und viele Läufer/-innen fragen sich, ob und wieviel man bei Erkältungsschwerden trainieren sollte. Insbesondere das Risiko eines plötzlichen Herztodes im Zuge eines Infektgeschehens sorgt viele Sportler/-innen. Welche Empfehlungen existieren in der Sportmedizin?

Nur 14% aller Herzinfarkte ereignen sich bei zuvor aufgrund von Beschwerden diagnostizierten koronaren Herzerkrankungen – bei einer spürbaren und nachweisbaren signifikanten Minderdurchblutung des Herzmuskels sind mehr als 70% des Herzkranzgefäßquerschnitts verlegt.

Etwa zwei Drittel der Herzinfarkte hingegen passieren bei zuvor symptomfreien und diagnostisch kaum feststellbaren Herzkranzgefäßeinengungen wenn weniger als 50% des Gefäßquerschnitts verengt sind oder sogar ohne vorhandene Herzkranzgefäßverengung, wenn Cholesterinablagerungen (Plaques) in der Herzkranzgefäßwand einreißen (rupturieren) und den Blutstrom blockieren.

Eine im Laufsport wesentliche Risikogruppe für einen plötzlichen Herztod sind Läufer mit nicht bekannten Cholesterineinlagerungen (Plaques) in der Herzkranzgefäßwand, die z. B. unter Entzündungsreaktionen (Grippe, Atemwegsinfekte), erschöpfender sportlicher Belastung oder Blutdruckentgleisungen aufplatzen (rupturieren) und die Blutversorgung des Herzmuskels stören können: Die Folge ist nicht selten ein Absterben (Infarkt) des vom betroffenen Kranzgefäß versorgten Herzmuskelareals.



Eine besonders extreme und vielfach unterschätzte Entzündungsbelastung (*Inflammation*) für unseren Körper stellt die saisonal weit verbreitete Infektion mit Grippeviren (*Influenza A und B*) und dem RSV (*Respiratorisches Synzytialvirus*) dar. In Folge dieser massiven Inflammation besteht bei Menschen mit vorhandenen Cholesterinplaques ein erhöhtes Risiko für eine Plaqueruptur mit tödlichem Herzinfarkt. Auch Herzmuskelentzündungen (*Myokarditis*) durch Influenzaviren und RSV sind als Folge denkbar. Eine Myokarditis wird vom Sportler meistens nicht bemerkt, kann aber unter sportlicher Belastung zu tödlichen Herzrhythmusstörungen führen. Eine Virusmyokarditis kann aber auch durch über den Magendarmtrakt aufgenommene Viren (*Enteroviren*) - z. B. Coxsackie-B-Viren - verursacht werden, weshalb neben Atemwegsinfektionen auch Erbrechen und Durchfall Anlass zur Sport- und Trainingspause sein sollten. Auch Rheumaschübe können Plaquerupturen triggern (*Schuppenflechte, rheumatoide Arthritis etc.*).

Sportliche Aktivitäten (*Training und Wettkampf*) – insbesondere erschöpfende Belastungen – können ein zusätzlicher auslösender Faktor für eine tödliche Plaqueruptur oder für das Auftreten einer lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung bei unerkannter Myokarditis darstellen. Nach sportlicher Belastung treten die meisten tödlichen Plaquerupturen in den 60 Minuten unmittelbar nach sportlicher Aktivität auf; das Risiko einer tödlichen Plaqueruptur bleibt jedoch für insgesamt 24 Stunden deutlich erhöht.

Nach Diagnose und Ausheilung einer Herzmuskelentzündung (*Myokarditis*) werden Sportpausen von mindestens drei

Monaten empfohlen. Der behandelnde Kardiologe ist vor dem Wiedereinstieg in das Training zu konsultieren. Nach der Sportpause sollte das Training mit niedrig intensivem Ausdauertraining und zunächst einer Trainingseinheit wöchentlich begonnen und dann sollten die Trainingsumfänge allmählich gesteigert werden. Ein Intervalltraining sollte erst etwa vier Wochen nach Trainingsbeginn erfolgen.

Bei wiederkehrender saisonaler Neigung zu Atemwegsinfekten sollte der Hausarzt aufgesucht werden (*Blutuntersuchung z. B. von Blutbild, hsCRP, Vitamin D; ggf. Grippeimpfung, Vitamin D-Supplementierung*).

Durch eine alljährliche Grippeimpfung (*Influenzaimpfung*) im Herbst kann das Risiko einer schweren Influenzaerkrankung reduziert und einer influenzagetriggerten Plaqueruptur mit u. U. tödlichen Folgen für den Läufer vorgebeugt werden!

Mögliche Warnzeichen einer Herzmuskelentzündung können allgemeines Schwächegefühl und Müdigkeit, Herzstolpern und -rasen, Kurzatmigkeit und Luftnot sowie Brustschmerzen sein. Insbesondere wenn diese Symptome im zeitlichen Zusammenhang zu einem Infekt auftreten, sollte zeitnah ein Arzt aufgesucht und eine Sportpause eingelegt werden.

[Nach einer Erhebung der Techniker Krankenkasse 2012 setzten 35 % der 1000 befragten Breitensportler aller Altersgruppen trotz trotz Husten und Schnupfen ihr Training ohne Unterbrechung fort. Die Bereitschaft der Sportler, durch Arzneimittelinnahme die Sportfähigkeit herzustellen, war groß. Nur jeder Zweite legte eine Sportpause ein, um den Infekt vollständig auszukurieren].



Bei Entzündungssymptomen aller Art (Fieber, Schüttelfrost, Rheumaschub, Atemwegsinfekt, Durchfall, Erbrechen, Kopf- und Gliederschmerz, Abgeschlagenheit etc.) – insbesondere bei Menschen jenseits des 35. Lebensjahres – wird eine Trainings- und Wettkampfpause empfohlen.

Als Faustregel gilt: pro Tag mit Fieberphasen ($>38,0^{\circ}\text{C}$) eine Woche Sportpause (Trainings- und Wettkampfkarenz).

Bei Verdacht oder Nachweis einer Influenza- und RSV-Infektion existieren Empfehlungen für bis zu 4 Wochen Sportpause nach Rückbildung der Symptome. [Der Virusnachweis aus einer Blutprobe für RSV oder Influenza A u. B mittels Polymerasekettenreaktion [PCR] bei einem Labormediziner dauert etwa 90 Minuten.] Alkoholkonsum, Mangelernährung, Schlafmangel und psychischer Stress sollten ebenso vermieden werden.