Laszlo R[1], *Steinacker JM*[1]

Leistungssport und Vorhofflimmern

Competitive Sports and Atrial Fibrillation

ERWEITERTES ABSTRACT

ACCEPTED: June 2016
PUBLISHED ONLINE: October 2016
DOI: 10.5960/dzsm.2016.243

Laszlo R, Steinacker JM. Competitive Sports and Atrial Fibrillation. Dtsch Z Sportmed. 2016; 67: 237-243.

1. UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM, *Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin, Ulm*

Einleitung und Fragestellung

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste supraventrikuläre Rhythmusstörung. Es gibt Hinweise darauf, dass VHF mit Ausdauersport assoziiert sein kann, daher ist es möglich, dass der praktizierende Sportmediziner in die Situation kommt, die Sporttauglichkeit von professionellen oder leistungssportorientierten Athleten mit VHF beurteilen zu müssen. In der vorliegenden Arbeit wird zunächst das bisherige Wissen bezüglich des Zusammenhangs von VHF und Ausdauersport inklusive möglicher pathophysiologischer Mechanismen zusammengefasst. Des Weiteren werden die aktuell gültigen europäischen bzw. amerikanischen Leitlinien vorgestellt und verglichen sowie kritisch kommentiert.

Ergebnisse und Diskussion

Eine trainingsbedingte linksatriale Vergrößerung und ein erhöhter Vagotonus sowie die linksatriale Volumenbelastung können zumindest theoretisch proarrhythmogen sein. Nichtsdestotrotz gibt es bis dato keinen Hinweis auf eine erhöhte VHF-Prävalenz bei jungen Ausdauerathleten. Langjähriger Ausdauersport kann jedoch das VHF-Risiko erhöhen, wobei das relative Risiko in frühen Studien aufgrund methodischer Probleme und unzureichender Berücksichtigung sogenannter „neuer Risikofaktoren" möglicherweise überschätzt wurde. Aufgrund von tierexperimentellen Befunden wird ein ausdauersportinduziertes atriales Remodeling als pathophysiologischer Mechanismus diskutiert, wobei der definitive Nachweis eines solchen atrialen Remodelings beim Menschen noch ausstehend ist.

Trotz des leicht erhöhten VHF-Risikos beim älteren Ausdauerathleten dürfte die klinische Situation, dass nur Ausdauersport und kein anderer Risikofaktor als potentielle Ursache für VHF identifiziert werden kann, eher selten auftreten. Auf jeden Fall mindert das leicht erhöhte VHF-Risiko nicht die zweifelsohne positiven Effekte eines körperlichen Trainings auf das kardiovaskuläre Risiko oder das physische oder psychische Wohlbefinden im Allgemeinen. Daher sollte das potentielle VHF-Risiko nicht als alleinstehendes, unreflektiertes Argument für die Modifikation des Trainingsumfangs oder gar einen sedentären Lebensstil dienen.
Die verfügbaren Leitlinien, die in der Tabelle gegenüber gestellt und im Sinne einer persönlichen Meinung des Autors kommentiert wurden, weisen gewisse Unschärfen und Kritikpunkte auf, die die Anwendung im klinischen Alltag erschweren. Die Leitlinien können jedoch als Entscheidungshilfe bei den meisten professionellen oder leistungssportorientierten Athleten herangezogen werden.

Fazit für die Praxis

Im Sinne einer verantwortlichen Athletenbetreuung könnte eine eher individualisierte oder sportartspezifische Herangehensweise notwendig sein. Zumindest bei Fällen mit professionellen Athleten sollte, sofern notwendig, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Experten aus den Bereichen Kardiologie, Rhythmologie und Sportmedizin in Erwägung gezogen werden, nicht zuletzt, da der öffentliche Druck auf den bezüglich der Sporttauglichkeit entscheidenden Sportmediziner manchmal hoch sein kann.

Auszug aus Tabelle 1

Vergleich der Europäischen und Amerikanischen Richtlinien (17, 46). Die gesamte Tabelle 1 ist online zur Einsicht hinterlegt.

	EUROPÄISCHE LEITLINIE	AMERIKANISCHE LEITLINIE
Diagnostik	- Anamnese	- Anamnese
	- Ruhe-EKG	- Schilddrüsenfunktionstestung
	- Langzeit-EKG	- Explizite Abfrage der Einnahme verbotener Substanzen
	- Belastungs-EKG	- Ruhe-EKG
	- Echokardiographie	- Echokardiographie
	- Suche nach anderen Risikofaktoren, ggf. Anpassung der Sporttauglichkeit	
Therapie	- Sekundäres VHF oder reversible Ursache: keine spezifischen Empfehlungen	- Bis auf Erwähnung der Katheterablation als Möglichkeit der Verhinderung einer Sinusrhythmus erhaltenden oder Frequenz kontrollierenden Therapie keine spezifischen Empfehlungen
	- Erstdiagnose oder sehr seltene Paroxysmen: "Pill-in-the-pocket"-Ansatz für einige Athleten	
	- Paroxysmales oder permanentes VHF ohne schwerwiegende kardiale Grunderkrankung: Individualisierte Therapie	
Rückkehr zum Sport	- Sekundäres VHF oder reversible Ursache: jeglicher Sport bei stabilem Sinusrhythmus >2 Monate	- Keine spezifischen Empfehlungen: "Athleten mit Vorhofflimmern mit geringem Risiko, welches gut toleriert wird, können ohne Therapie am Wettkampfsport teilnehmen"
	- Erstdiagnose oder sehr seltene Paroxysmen: jeglicher Sport beim stabilem Sinusrhythmus >3 Monate	
	- Paroxysmales oder permanentes VHF ohne schwerwiegende kardiale Grunderkrankung: jeglicher Sport bei nachgewiesener Frequenzkontrolle und fehlender Hinweis auf eine hämodynamischen Beeinträchtigung	

QR-Code scannen und Artikel online lesen.

KORRESPONDENZADRESSE:
Priv.-Doz. Dr. med. Roman Laszlo
Universitätsklinikum Ulm
Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin
Leimgrubenweg 14, 89075 Ulm, Germany
✉: roman.laszlo@uniklinik-ulm.de