



ZEIT IST LEBEN

PLÖTZLICHER HERZINFARKT

Bis vor nicht allzu langer Zeit habe ich einen Herzinfarkt in aller Regel mit älteren, übergewichtigen und unsportlichen Menschen verbunden, die zudem einen sehr stressigen Beruf ausüben. Dass auch junge Menschen und Ausdauersportler einen Herzinfarkt erleiden können, daran muss ich mich erst noch gewöhnen. Einige Beispiele der vergangenen Monate veranlassen mich zu einem Umdenken, schließlich zeigt das Beispiel des amtierenden Hawaii-Zweiten Tim O'Donnell (41) auf, dass auch Spitzensportler im Triathlon vor dem in den USA als „widowmaker“ bezeichneten Infarkt nicht gefeit sind.



© Getty Images | peterschreiber.media

Im Rahmen meines zweijährlichen sportmedizinischen Gesundheits-Check-up unterhielt ich mich mit einem, der es wissen sollte: Dr. med. Kurt Johannes Schmieg, in Freiburg niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Sportmedizin.

Dr. Schmieg, was versteht man eigentlich unter einem Herzinfarkt?

Ein meist plötzlich auftretender und vollständiger Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefäße, verursacht durch ein Blutgerinnsel oder eine Plaqueruptur. Der Herzmuskel wird ungenügend mit Blut und Sauerstoff versorgt und stirbt ab.

Wie groß sind die Überlebenschancen bei einer rechtzeitigen Anamnese und Behandlung?

Die Überlebenschancen sind größer und bleibende Schäden am Herzen kleiner, je schneller die medizinische Notfallbehandlung einsetzt. Früher galt vereinfacht formuliert die „3er-Regel“: Ein Drittel der Patienten starb bei Eintritt des Gefäßverschlusses sofort, ein weiteres Drittel verstarb trotz Therapie im Krankenhaus und ein Drittel überlebte das Infarktereignis mit mehr oder weniger weitreichenden Folgen.

Und heute?

... überleben in Deutschland zwei von drei Patienten einen Herzinfarkt. Allerdings sterben – statistisch gesehen – fünf bis zehn Prozent

der Herzinfarkt-Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb der nächsten zwei Jahre am plötzlichen Herztod. Besonders gefährdet dafür sind Patienten über 75 Jahre. Entscheidend für die Prognose nach einem akuten Herzinfarkt sind zwei mögliche Komplikationen: Herzrhythmusstörungen – vor allem Kammerflimmern – und ein kardiogener Schock, also das Pumpversagen des Herzmuskels.

Welche Risikofaktoren führen in aller Regel zu einem Herzinfarkt?

In erster Linie sind das die Faktoren, welche die Bildung von Ablagerungen beziehungsweise Plaques an der Innenwand der Herzkranzgefäße, die sogenannte Koronarsklerose, begünstigen. Das Dilemma ist, dass diese Faktoren den meisten Menschen bekannt sind, aber dennoch unzureichend eingestellt oder verharmlost werden. Einige dieser Risikofaktoren lassen sich NICHT beeinflussen. Dazu zählen zum Beispiel höheres Alter und männliches Geschlecht oder eine genetische Prädisposition. Die sogenannten Lifestyle-Faktoren kann man aber sehr wohl beeinflussen: Übergewicht und fettreiche Ernährung, Nikotin, Bewegungsmangel sind hier in erster Linie zu nennen. Dass ein erhöhter Cholesterinspiegel zur Arteriosklerose und somit zum Infarkttrisiko beiträgt, ist ja weitgehend bekannt. Dennoch wird dieses Risiko landläufig bagatellisiert und als „harmlos“ abgetan, wozu auch die Presse und Bücher wie „Die Cholesterinlüge“ beitragen.

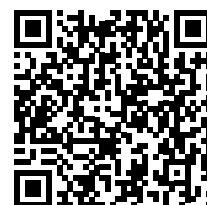
Auch die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ist bereits schon im Frühstadium, wie aktuelle Studien zeigen, ein starker Trigger für Gefäßverkalkungen. Schlimmstenfalls wird bei schlecht eingestellten Zuckerwerten die Infarkt-Symptomatik sogar verschleiert, was zu sogenannten „stummen Herzinfarkten“ führen kann. Bluthochdruck ist ebenfalls zu nennen. Dieser ist deshalb besonders relevant, weil der Körper keinen Messfühler für Bluthochdruck aufweist und manche Menschen sich gerade mit erhöhten Blutdruckwerten besonders „wohl“ und leistungsstark fühlen. Allgemein gilt: Je mehr ein Mensch von den oben genannten Risikofaktoren aufweist, desto höher ist sein Herzinfarkt-Risiko.

Aber das sind doch alles Faktoren, die bei gesundheitsbewussten Ausdauersportlern eigentlich gar nicht auftreten dürften ...

... es aber trotzdem tun! Sport ist kein Freifahrtschein. Auch bei „vermeintlich“ gesunden Sportlern gelten – wie oben bereits angeführt – prinzipiell dieselben Zahlen und nicht beeinflussbaren Risikofaktoren. Sicherlich stellen Athleten in aller Regel ein jüngeres Klientel dar, auch statistisch gesehen, was jedoch im Einzelfall die Ernsthaftigkeit nicht beeinflusst. Wenn darüber hinaus noch Bluthochdruck, Fettstoffwech-

SPORTMEDIZINISCHER GESUNDHEITS-CHECK-UP

Anamnese, Ruhe-EKG, Belastungsergometrie, Echokardiografie, Lungenfunktionstest, Ultraschall der kritischen Hauptschlagadern wie der Halsschlagader und gegebenenfalls eine Spiroergometrie.



sel- oder Zuckertoleranzstörungen vorliegen und diese nicht entdeckt oder eingestellt werden, steigt das Risiko für Gefäßverkalkungen rasant.

Hilft diesbezüglich als Vorbeugungsmaßnahme ein regelmäßiger sportmedizinischer Check-up?

Natürlich ist dieser sinnvoll. Jeder sollte sich VOR Aufnahme eines regelmäßigen Trainingsprogrammes „durchchecken“ lassen. Auch das ist landläufig bekannt. Und da geht es nicht nur um die Einschätzung des individuellen Risikos für fatale kardinale Ereignisse, sondern auch um den Ausschluss von potenziell bösartigen Rhythmusstörungen, angeborenen „Herzfehlern“ oder Missbildungen des Herzens, die das Risiko für einen „sudden death“ in sich tragen. Wenn ich beispielsweise in der Routinediagnostik bei der Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader eine fortgeschrittene Arterienverkalkung entdecke, ist der nächste Schritt die Ursachenforschung. Wenn beeinflussbare Faktoren vorliegen – was meist der Fall ist – wird mit der Zielsetzung der Eliminierung dieser Faktoren ein Therapieplan erstellt. Die Untersuchung der Herzkranzgefäße selbst ist dabei nicht ganz so einfach, da diese der Ultraschalldiagnostik nicht zugänglich sind. Hier muss eine radiologische Bildgebung mit Kontrastmittel vorgenommen werden. Bei hoher Vortestwahrscheinlichkeit, das heißt einem hohen Risiko für eine Verkalkung der Koronararterien mit entsprechender typischer Symptomatik, wird gleich eine Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiografie) mit Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronargefäße) angestrebt.

Bedeutet der Befund „Sportgesund mit Einschränkung“ oder gar „Nicht sportgesund“ das Ende der ausdauersportlichen Ziele?

Natürlich nicht. In jedem Fall wird ein individuelles Sportprogramm mit gezielten Empfehlungen zusammengestellt. Ob sich diese mit den Zielen des Sportlers vertragen oder ob der Sportler sich überhaupt daran hält, ist natürlich eine andere Frage.

Und wie sieht es mit sportlichen Aktivitäten nach einem überstandenen Herzinfarkt aus?

In der Sekundärprävention nach einem Infarkt stellt die „Sporttherapie“ einen ganz wesentlichen Baustein der nicht medikamentösen Therapie dar. Auch hier gilt es, einen individuellen Sportplan für den Patienten zu definieren, was er wann und wie viel wovon tun sollte. Viele Patienten beginnen überhaupt erst nach dem Infarktereignis mit dem Sport und schaffen es dadurch, dass das vitale, noch nicht abgestorbene Herzmuskelgewebe gekräftigt wird und die Herzfunktion sich im sogenannten „remodelling“-Prozess erholen kann. Sportliche Wettkämpfe sind dabei in der Zukunft nicht generell ausgeschlossen, jedoch lassen sich keine allgemeingültigen pauschalen Aussagen treffen.

Wenn man jetzt sämtliche Ratschläge und Empfehlungen des behandelnden Arztes in den Wind schießt – auf welche Anzeichen muss ich im Rahmen eines bevorstehenden oder bereits erlittenen Herzinfarkts achten?

„In allen Fällen ist es natürlich besonders hilfreich, die Notfallnummer 112 immer im Kopf zu haben!“

Die Symptome sind in der Bevölkerung ja weitgehend bekannt: Brustschmerzen und „BRUSTENGE“, ausstrahlend in den linken Arm, den Rücken und/oder den Kiefer sind klassische Alarmzeichen. Was vielleicht weniger bekannt ist, ist, dass Frauen im Rahmen eines Infarktes häufiger über heftige Atemprobleme und Schmerzen im Oberbauch in Verbindung mit Übelkeit klagen und die Infarktdiagnostik dadurch verzögert wird, da erst andere Ursachen vermutet werden. Frühformen sind die sogenannten Angina-pectoris-Symptome mit belastungsabhängigen Brustschmerzen oder Atemschwierigkeiten, die sich nach Belastungsende wieder komplett zurückbilden können.

Welche lebenserhaltenden Maßnahmen müssen sofort eingeleitet werden? Und was kann ich als Betroffener dazu beitragen?

- Bei dem kleinsten Verdacht auf einen Herzinfarkt ist sofort unter der Notfallnummer 112 der Notarzt/die Leitstelle zu verständigen.
- Lagern mit erhöhtem Oberkörper, öffnen enger Kleidung, zum Beispiel Kragen und Krawatte.
- Beruhigen Sie den Patienten und lassen sie ihn möglichst nicht alleine.
- Wenn der Patient bewusstlos wird, keine Atmung erkennbar beziehungsweise kein Puls tastbar ist, liegt ein Herz-Kreislauf-Stillstand vor. Dann muss natürlich rasch gehandelt werden:
- Herz-Druck-Massage oder – falls Sie darin geübt sind – abwechselnd Herz-Druck-Massage und Atemspende (im Wechsel 30-mal drücken und 2-mal beatmen). Setzen Sie die Wiederbelebensmaßnahmen so lange fort, bis der Rettungsdienst eintrifft oder der Patient wieder selbstständig atmet. Bei Herzkreislaufstillstand ist der Einsatz eines Defibrillators, für Laien in Form eines sogenannten „Halb- oder Vollautomaten“ (der automatische Kommandos gibt) bis zum Eintreffen des Notarztes gerechtfertigt. Auch hier zahlt sich im Vorfeld ein Training in der Anwendung des Defibrillators aus. In diesem Rahmen ist es gerade für Trainer und Übungsleiter sinnvoll, den Erste-Hilfe-Kurs, den man zuletzt bei den Pfadfindern oder der Führerscheinprüfung absolviert hat, aufzufrischen.

Letzte Frage: Worin besteht eigentlich der Unterschied zu einer Lungenembolie?

Auch bei einer Lungenembolie handelt es sich um ein Gerinnsel, das seinen Ursprung häufig in den Venen der unteren Körperhälfte, insbesondere in den tiefen Beinvenen, hat. Wenn sich dort nach längerer Immobilisierung Blutgerinnsel (Thrombosen) bilden, können diese mit dem Blutstrom in die Lungenstrombahn geschwemmt werden, diese verstopfen und zu Atemnot, Schmerzen und Bewusstlosigkeit führen. Es ist in der Tat nicht einfach, die Symptomatik eines Herzinfarkts von der einer Lungenembolie zu unterscheiden. Gemeinsam ist beiden Erkrankungen, dass sie einer schnellstmöglichen Diagnostik und Therapie zugeführt werden sollten. Denn auch hier gilt: Zeit ist Leben.

Herr Dr. Schmiegl, herzlichen Dank für Ihre hilfreichen Antworten.

Klaus Arendt