

ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE

Comunale Torino

QUANDO LO SPORT NON FA BENE AL CUORE

A cura della
PROF.SSA MARA MORELLO
Università di Torino

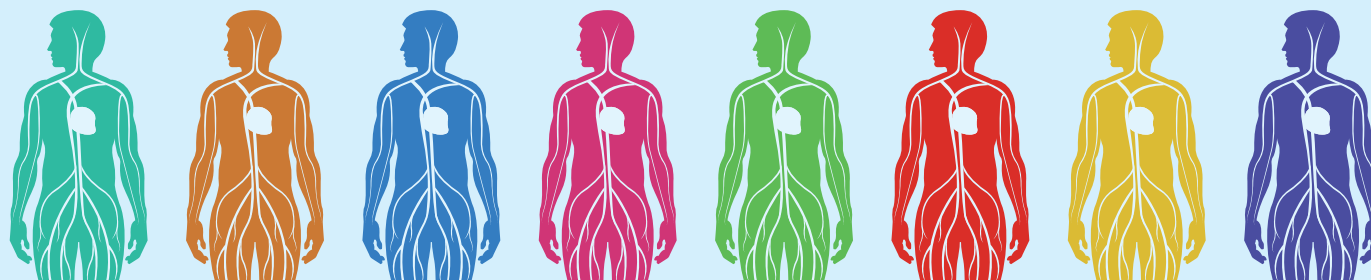
+ CONOSCENZA + PREVENZIONE

La morte improvvisa in campo di un atleta è uno degli eventi che più scuote ed impressiona l'opinione pubblica. Ci si chiede come possa avvenire che una persona in ottima forma fisica, tanto da poter partecipare a competizioni sportive spesso con ottimi risultati, possa presentare patologie tali da portarla a morte senza che nessuno se ne sia accorto. Eppure succede...

Questi argomenti sono stati diffusamente affrontati nel Congresso "Il cuore nello Sport" la cui seconda edizione si è svolta a Torino il 29-30 ottobre 2021.

I maggiori esperti italiani hanno dibattuto le indicazioni all'idoneità sportiva degli atleti professionisti in presenza di molteplici patologie cardiache e ancor più l'indicazione all'idoneità negli atleti Master, cioè atleti tesserati in varie discipline sportive che hanno raggiunto o superato un determinato limite di età che varia per il tipo di sport praticato (nel nuoto 25 anni, nel ciclismo o sci 30 anni).

Fra le cause, provvisorie o definitive, di non idoneità sportiva agonistica alla visita medico-sportiva il 60-80% è di origine cardiologica per condizioni che fanno supporre la presenza di una anomalia cardiaca congenita od acquisita incompatibile con l'attività agonistica, salvo un approfondimento permissivo.



Limiti all'idoneità sportiva di atleti professionisti

Negli atleti professionisti può verificarsi una imprevedibile sfavorevole progressione di patologie cardiache latenti e di solito ignorate, congenite od acquisite.

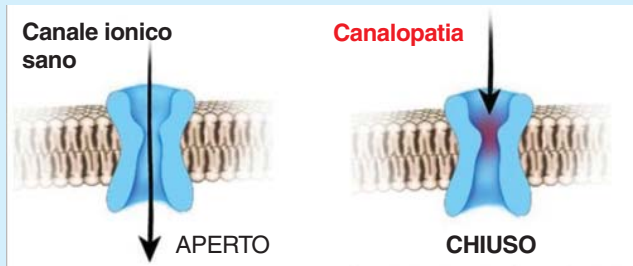
Nell'atleta competitivo, almeno per certi tipi di patologie del cuore, ciò può avvenire con incidenza quasi tre volte maggiore che nel pari età sedentario.

Nei giovani atleti professionisti le insidie più importanti derivano da anomalie congenite che possono portare ad aritmie spesso fatali.



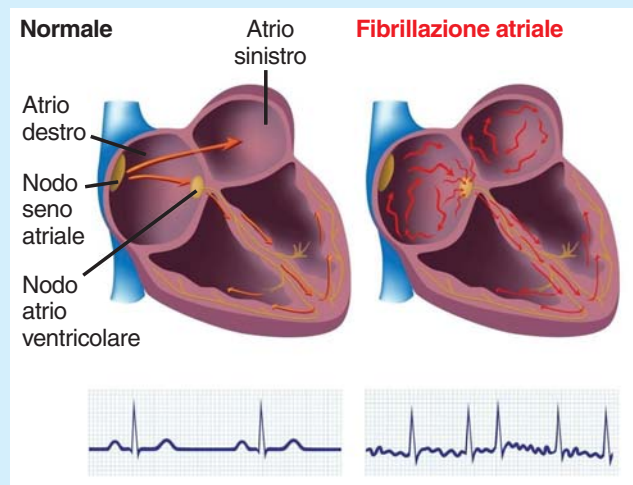
Le canalopatie

Si definiscono canalopatie o malattie dei canali ionici malattie geneticamente trasmesse che alterano gli scambi degli ioni calcio, sodio, potassio, magnesio attraverso le membrane delle cellule cardiache.



Pur essendo malattie geneticamente trasmesse e quindi ereditarie presentano manifestazioni cliniche molto diverse nei vari individui di una famiglia, andando dai cosiddetti "portatori sani", che presentano solo la mutazione genetica ma non la malattia, a varie forme di espressione della patologia stessa.

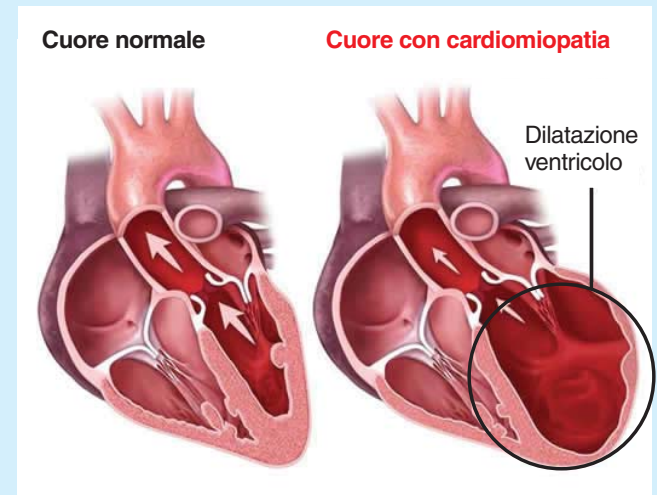
I cardiologi ed i medici dello sport devono porre particolare attenzione a soggetti nella cui famiglia si riscontrino casi di morte improvvisa giovanile o addirittura di neonati morti in culla. In moltissimi casi un'attenta anamnesi (cioè la raccolta di tutti i dati sull'individuo e sulla sua famiglia) ed un'osservazione mirata dell'elettrocardiogramma consentono di individuare i soggetti "a rischio" da sottoporre ad indagini approfondite.



La cardiomiopatia aritmogena

Anche in questo caso si tratta di una patologia ereditaria che altera le proteine del muscolo cardiaco e può indurre aritmie mortali.

La diagnosi oltre che sull'anamnesi si basa sull'analisi di piccole alterazioni dell'elettrocardiogramma e soprattutto sulla risonanza magnetica cardiaca (RMN) che permette di diagnosticare con buona sensibilità la maggior parte delle forme. In tutti questi casi l'idoneità sportiva agonistica è ovviamente preclusa e in base alla diagnosi vengono attuate le terapie necessarie, dai farmaci antiaritmici al defibrillatore impiantabile.



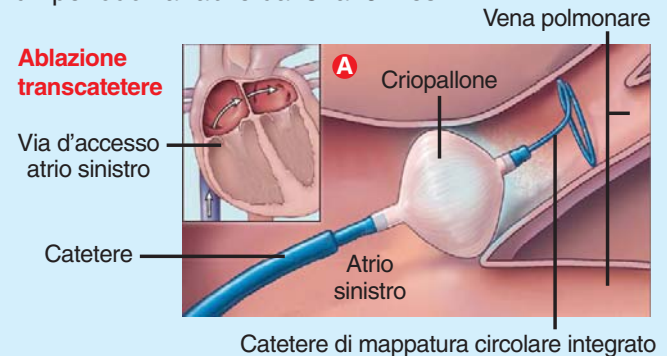
La fibrillazione atriale

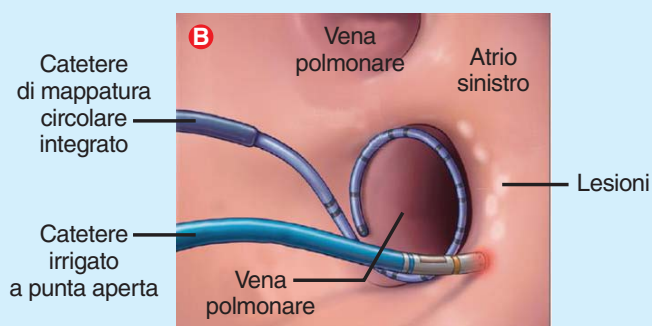
Questa patologia estremamente comune nei soggetti di età adulta over 70, può talvolta interessare giovani atleti. Non è un'aritmia mortale ma indubbiamente nel momento in cui si presenta rende impossibile la prestazione atletica.

Si tratta di "disordine" nella trasmissione dell'impulso elettrico negli atri e nel passaggio tra atri e ventricoli. Ne deriva un battito totalmente aritmico e spesso molto veloce.

La terapia ideale, soprattutto in atleti professionisti, consiste nell'intervento di ablazione transcateretere che in maniera poco invasiva permette di eliminare il circuito elettrico alla base della fibrillazione e ripristinare il corretto ritmo cardiaco.

Tale procedura è stata attuata in molti atleti ed ha consentito il ritorno alle prestazioni agonistiche dopo un periodo variabile dai 3 ai 6 mesi.





Nelle varie sessioni del Congresso “Il cuore nello sport” si sono ampiamente dibattute queste tematiche ed è emerso come il più vecchio esame cardiologico, l’elettrocardiogramma (ECG), possa contenere, se molto attentamente analizzato, i segni di moltissime patologie gravi. Sono stati focalizzati gli aspetti che cardiologi e medici sportivi devono ricercare per aumentare al massimo la sicurezza nella concessione dell’idoneità sportiva.

Lo sportivo master

La finalità delle competizioni Master è quella di incentivare l’attività motoria in tutte le età.

È necessario ricordare che già a partire dalla terza e quarta decade di vita l’organismo umano manifesta fisiologicamente numerosi segni progressivi di involuzione e degenerazione organica che diventano ancor più evidenti nei successivi decenni.

L’attività motoria regolare e continuativa determina nell’essere umano un miglioramento delle condizioni di salute e prolunga non solo l’aspettativa della durata di vita ma anche la qualità della vita stessa, soprattutto quando abbinata a regolari abitudini di vita e igiene.

Se quindi, da un lato un’attività sportiva intensa e competitiva ha riscontri positivi sulla salute, dall’altro, con il procedere dell’età, possono insorgere patologie che limitano o controindicano lo sport agonistico.

Gli esperti partecipanti al Congresso hanno analizzato

le patologie più comuni che possono porre limitazioni nella certificazione agonistica.

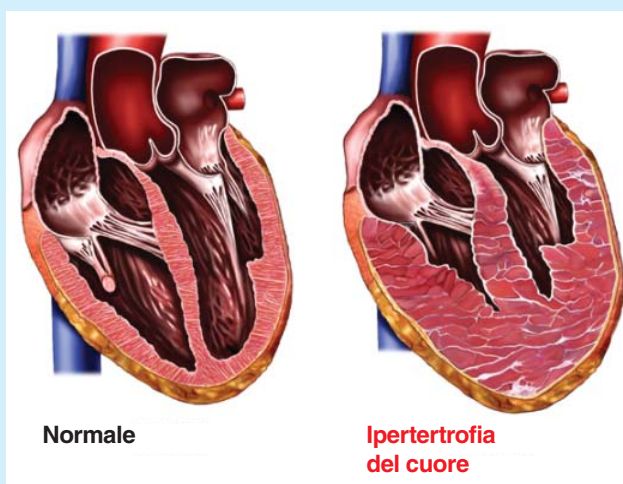


Iperensione arteriosa

È sicuramente la patologia cardiovascolare più comune nella popolazione over 50 anni. Si definisce iperteso un soggetto che a riposo presenta valori di pressione maggiori di 140/90 mmHg.

L’ipertensione arteriosa provocando un aumento del carico di lavoro del cuore, che deve pompare contro aumentate resistenze arteriose, genera un ispessimento del muscolo cardiaco, cioè ipertrofia. L’ipertrofia causata dal sovraccarico di pressione è patologica, in tali casi è necessario un adeguato trattamento dell’ipertensione prima di proseguire con l’attività sportiva.

Il rischio cardiovascolare di un soggetto iperteso e quindi la sua idoneità a svolgere attività sportiva



agonistica viene valutato, oltre che con ECG e misurazione della pressione a riposo, con ecocardiogramma che misura l’entità dell’ipertrofia ed evidenzia l’eventuale danno sulla funzione diastolica cioè di rilassamento del cuore.

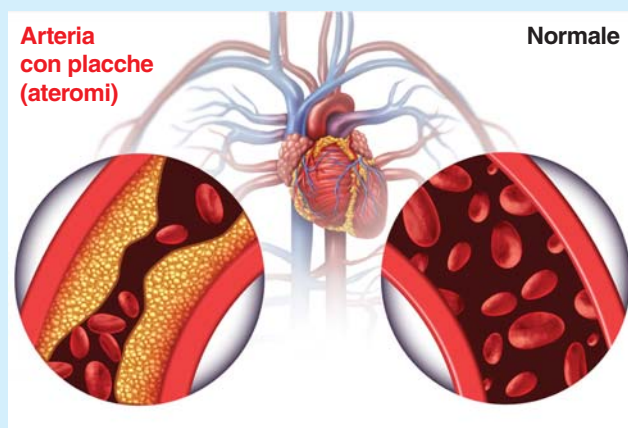
Altro parametro di necessaria valutazione è l’andamento della pressione arteriosa durante test da sforzo massimale. Solitamente la pressione massima sale durante lo sforzo fisico (ma non deve superare i 240 mmHg) mentre la pressione diastolica tende a scendere. Se quest’ultima supera i 90 mmHg durante lo sforzo significa che l’ipertensione non è ben controllata dalla terapia.

Allo sportivo Master verrà consigliata una adeguata terapia antiipertensiva e dopo la normalizzazione dei valori pressori sia in condizioni di riposo che di sforzo verrà rilasciato il certificato di idoneità sportiva agonistica.

Tra i farmaci antiipertensivi presenti in commercio vengono prediletti gli ACE inibitori ed i Sartani.

I diuretici sono sconsigliati in ambito agonistico e considerati doping poiché aumentando l’emissione di urina possono abbassare il peso prima delle competizioni negli sport che implicano categorie di peso oppure possono mascherare l’ingestione di altri agenti dopanti riducendo la loro concentrazione nelle urine, attraverso l’aumento dell’escrezione urinaria.

Un ulteriore effetto è l'aumento dell'ematocrito cioè della concentrazione di globuli rossi nel sangue (riducendo la parte liquida plasmatica) che può avere effetti di miglioramento delle prestazioni negli sport di endurance. Anche i betabloccanti sono considerati doping negli sport che richiedono precisione e capacità di concentrazione, quali per esempio il tiro a segno, tiro con l'arco, freccette, golf e biliardo. Questi farmaci bloccano i recettori attivati dall'adrenalina e dalla noradrenalina, inibendo così l'effetto degli ormoni dello stress. I betabloccanti hanno un effetto calmante, abbassano la pressione sanguigna e la frequenza cardiaca a riposo. Contrastano il nervosismo e i tremori alle mani, sono perciò riportati sulla lista del doping anche sport motoristici, il salto con gli sci, lo sci e lo snowboard acrobatico.



Cardiopatia ischemica

È una patologia estremamente diffusa, interessa più del 5% della popolazione al di sopra dei 40 anni nei paesi industrializzati.

La cardiopatia ischemica include tutte le condizioni in cui si verifica un insufficiente apporto di sangue e di ossigeno al muscolo cardiaco.

La causa più frequente è l'aterosclerosi coronarica, caratterizzata dalla presenza di placche ad elevato contenuto di colesterolo (ateromi) nelle arterie coronarie, capaci di ostruire o ridurre il flusso di sangue. La cardiopatia ischemica presenta manifestazioni cliniche differenti quali l'angina pectoris stabile e instabile e l'infarto del miocardio. Naturalmente ai fini dell'attività sportiva vengono solo considerate le forme stabili e l'infarto miocardico pregresso. In ogni atleta Master che presenti un elevato profilo di rischio cardiovascolare, che abbia una familiarità per eventi cardiovascolari nei parenti di I grado, sia iperteso, abbia colesterolo elevato o fumi è necessario un controllo con test da sforzo massimale che può individuare segni elettrocardiografici di ischemia anche in assenza di sintomi. Analogamente dovranno essere sottoposti a test da sforzo i soggetti che hanno superato un infarto miocardico e/o hanno subito interventi di angioplastica coronarica. Se il test da sforzo non induce ischemia ed il paziente ha un profilo di rischio controllato dalla terapia, va incoraggiato ad attività fisico-sportiva adeguata all'età e alle condizioni cliniche. Qualora invece durante il test ergometrico si

manifestino alterazioni elettrocardiografiche significative o sospette per ischemia sarà necessario approfondire le indagini con TAC coronarica o coronarografia al fine di evidenziare lo stato normale o patologico delle coronarie. Con tali attenzioni anche la grande popolazione di pazienti con ischemia clinicamente stabile potrà accedere ad attività sportiva agonistica sottoponendosi a controlli annuali.

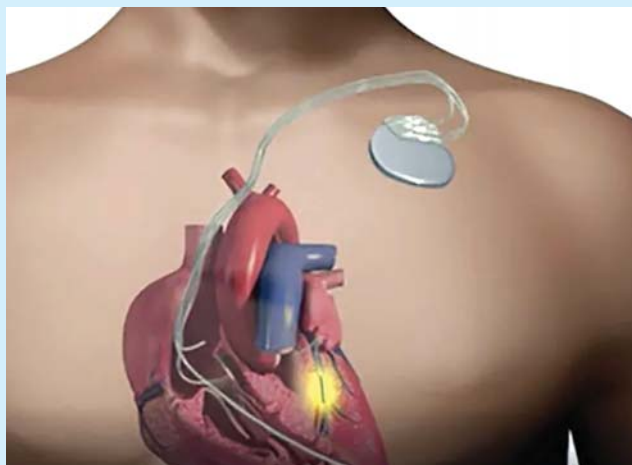
Portatori di Pacemaker

Il Pacemaker (PM) è un dispositivo che si impianta sottocute e che consente di stimolare l'attività elettrica del cuore in caso di rallentamento eccessivo del ritmo spontaneo.

In linea di massima nei portatori di PM vengono concesse idoneità per sport a basso impegno cardiovascolare, non agonistici, vanno evitati sia sport di contatto che ad alto rischio intrinseco o che comprendano movimenti ripetitivi dell'arto superiore sede di impianto. Tali attività infatti potrebbero danneggiare i cavi del PM ed interromperne il funzionamento.

In casi selezionati è possibile consentire l'attività agonistica in atleti portatori di PM se al momento dell'impianto è stato scelto un PM con sistemi di grande sicurezza, di minimo ingombro e di grande duttilità che consentono programmazioni personalizzate, per via telematica adeguate a consentire un'attività sportiva previamente individualizzata.

Al Congresso sono stati mostrati i primi risultati di impianti di nuovi PM senza cavi estremamente miniaturizzati e posizionati direttamente nel ventricolo destro. Questi dispositivi possono essere molto promettenti per atleti sia giovani che Master.



CONCLUSIONI

La cardiologia dello sport è una branca in continuo aggiornamento come è stato evidenziato dai numerosi temi trattati nel convegno torinese. L'impegno e la costante collaborazione tra Cardiologi e Medici dello Sport è mirato a rendere sempre più sicura e diffusa la pratica sportiva in tutte le condizioni ed età.