

Sex und Sport nach Myokardinfarkt

Keine Angst vor Aktivität, aber sorgfältige Beurteilung und Beratung sind Pflicht

Die Konsequenzen, welche sich für einen Patienten durch einen überlebten Myokardinfarkt ergeben, sind mannigfaltig und meist äusserst einschneidend. Umso bedeutender ist deshalb die ärztliche Begleitung in dieser Phase. Zwei wichtige und zentrale Teilaspekte dieser Thematik betreffen die Sexualität und das Sporttreiben nach Myokardinfarkt.

CHRISTIAN M. SCHMIED

Sexualität ist eine wichtige Komponente der Lebensqualität für die meisten Menschen (1–3). Dies gilt natürlich auch oder gerade insbesondere für ältere Personen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. Doch gerade nach einem Myokardinfarkt ist die Sexualität bei vielen Paaren empfind-

lich gestört – einerseits durch eine mitunter durch Selbstzweifel geprägte veränderte Selbstwahrnehmung und selbstverständlich auch durch eine gewisse Angst, durch sexuelle Aktivität das Risiko für einen neuerlichen Infarkt oder eine fatale Rhythmusstörung zu erhöhen (4). Dabei betreffen diese Ängste nicht nur die Patienten, sondern auch deren Partner. Abhilfe kann dabei durch eine fachmännische Aufklärung mit konkreten Empfehlungen geschaffen werden. Doch so simpel dies klingen mag: Der entscheidende Schritt ist es, die Problematik zu erkennen und ohne falsche Scham anzusprechen. Dies ist jedoch nur in ungenügender Masse der Fall: Zurzeit geht man davon aus, dass in Westeuropa nur etwa 9 Prozent der Patienten mit einer kardiovaskulären Erkrankung mit ihrem Kardiologen diese Thematik besprechen (5).

Kardiovaskuläre Effekte der sexuellen Aktivität

Diverse Studien untersuchten die akuten kardiovaskulären und neuroendokrinen Effekte während des Geschlechtsverkehrs (6–9). Obwohl die meisten Studien bei Männern durchgeführt wurden, scheinen keine relevanten geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich neuroendokriner Effekte beziehungsweise Blutdruck- und Herzfrequenzantwort zu bestehen (6–9).

Während zuvor und danach lediglich moderate Kreislaufreaktionen zu beobachten sind, kommt es explizit während der 10 bis 15 Sekunden der Orgasmusphase zu relevanten Anstiegen des systolischen, aber auch diastolischen Blutdrucks sowie der Herzfrequenz (6–9). Diese Kreislaufbelastung ist dabei in etwa gleichzusetzen mit einer leichten bis moderaten sportlichen Tätigkeit, welche in einem Bereich zwischen 3–5 MET (metabolic equivalent of task) liegt (5). Dies entspricht beispielsweise dem zügigen Bewältigen von zwei Treppenstockwerken (aufwärts) (Tabelle).

Sexuelle Aktivität und kardiovaskuläres Risiko

Es mag überraschen, dass weniger als 1 Prozent aller Herzinfarkte während sexueller Aktivität auftreten (6–8).

Auch Angina pectoris (Thoraxschmerz und Atemnot, wie sie als Vorboten oder Symptome eines Herzinfarkts auftreten können), die im Zusammenhang mit sexueller Aktivität auch «coital angina» oder «angina d'amour» genannt wird, ist nicht sehr häufig und macht lediglich 5 Prozent aller Fälle von Angina pectoris aus (6–8). Noch seltener tritt sie bei denjenigen Patienten auf, welche auch ansonsten im Alltag moderate körperliche Belastungen ohne Beschwerden bewältigen können und somit einen bestimmten Trainingszustand erreicht haben (7).

Merksätze

- ❖ Sexualanamnese und entsprechende Beratung müssen einen fixen Bestandteil der medizinischen Betreuung bei Patienten nach Myokardinfarkt darstellen; dennoch wird dies häufig vernachlässigt.
- ❖ Die Kreislaufbelastung während sexueller Aktivität ist in etwa gleichzusetzen mit einer leichten bis moderaten sportlichen Tätigkeit, welche in einem Bereich zwischen 3 und 5 MET liegt.
- ❖ Insgesamt sind pektanginöse Beschwerden oder sogar ein Myokardinfarkt während sexueller Aktivitäten eher selten. Ein adäquater Trainingszustand beziehungsweise Beschwerdefreiheit in einem körperlich aktiv geführten Alltag reduziert das Risiko weiter und auf ein absolut vertretbares Niveau.
- ❖ Meistens sind Libido- und Potenzverlust nicht auf medikamentöse Nebenwirkungen zurückzuführen. Phosphodiesterasehemmer können oftmals Abhilfe schaffen und unter Berücksichtigung der Kontraindikationen als absolut sicher und unbedenklich betrachtet werden.
- ❖ Regelmässiges körperliches Training ist unbedingter Bestandteil des Therapiekonzepts nach einem Myokardinfarkt. Entscheidend ist eine zwar auf den internationalen Richtlinien beruhende, aber immer auch individuell massgeschneiderte Sportempfehlung durch einen Spezialisten; Grundlage für die Empfehlungen ist unter anderem stets ein Belastungstest.

Tabelle:

Energieaufwand für verschiedene körperliche Belastungen in MET

Gehen (ca. 3 km/h), in der Ebene	2 MET
Gehen (ca. 5 km/h), in der Ebene	3 MET
sexuelle Aktivitäten (vor Orgasmus)	2 – 3 MET
sexuelle Aktivitäten (während Orgasmus)	3 – 4 MET
2 Stockwerke hochgehen	3 – 4 MET
Velofahren (ca. 16 km/h), in der Ebene	6 – 7 MET
schnelles Gehen (ca. 7 km/h), in der Ebene	13 MET

MET: Metabolic Equivalent of Task; Masseinheit für metabolischen Aufwand in Verbindung mit körperlicher Aktivität; 1 MET entspricht dem Verbrauch von 3,5 ml Sauerstoff pro Kilogramm Körpergewicht pro Minute bei Männern und 3,15 ml/kg KG/min bei Frauen.

modifiziert nach DeBusk (5)

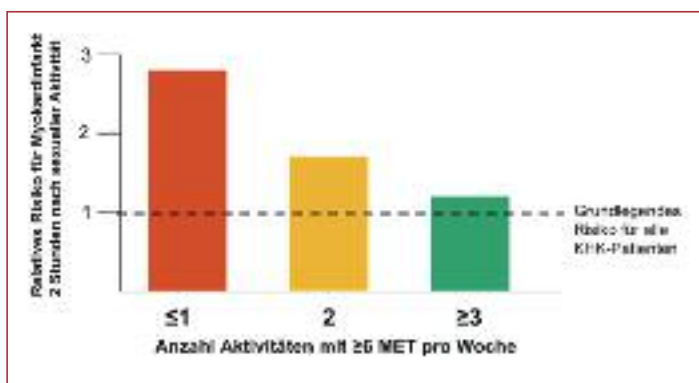


Abbildung: Relatives Herzinfarktrisiko in Abhängigkeit des körperlichen Trainingszustandes zwei Stunden nach sexueller Aktivität; n = 858 Patienten mit bekannter KHK; modifiziert nach Muller et al. (7).

In einer aktuellen Metaanalyse, welche Studien einschloss, die vor allem bei Männern im Alter zwischen 50 und 70 Jahren durchgeführt wurden, errechnete man eine relative Risikoerhöhung um fast das Dreifache (RR: 2,70), während des sexuellen Akts einen Myokardinfarkt zu erleiden – im Vergleich zu der Zeit, in der keine sexuelle Aktivität bestand (6). Wichtig ist dabei festzuhalten, dass sich diese Risikoerhöhung bei Patienten mit durchgemachtem Myokardinfarkt nicht unterschied von Individuen ohne bekannte KHK. Bei körperlich aktiven beziehungsweise trainierten Personen zeigte sich in der Metaanalyse hingegen lediglich ein kaum erhöhtes relatives Risiko von 1,2 (6). Dieselbe Feststellung machte auch die SHEEP-Studie (Stockholm Heart Epidemiology Programme): Während sedentäre Post-Myokardinfarkt-Patienten ein relatives Risiko von 4,4 aufwiesen, während des sexuellen Akts einen neuerlichen Herzinfarkt zu erleiden, war das relative Risiko bei sportlichen Patienten mit 0,7 sogar geringer (9).

Eine 2012 publizierte wissenschaftliche Stellungnahme der American Heart Association (AHA) nennt unter anderem folgende Empfehlungen für Patienten mit bekannter KHK (Auszug) (8):

- ❖ Regelmässige sexuelle Aktivitäten sind statthaft, wenn anhand der klinischen Beurteilung das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen als gering eingeschätzt wird (IIa/B Empfehlung).
- ❖ Ein Belastungstest ist angezeigt bei Patienten mit erhöhtem oder unklarem kardiovaskulärem Risiko (IIa/C).
- ❖ Regelmässige sexuelle Aktivitäten sind statthaft bei Patienten mit einer (beschwerdefreien) Leistungsfähigkeit von ≥ 3 bis 5 MET (IIa/C).
- ❖ Die Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität ist frühestens eine Woche nach Myokardinfarkt zu empfehlen, wenn der Patient/die Patientin unter moderater Belastung beschwerdefrei bleibt (IIa/C).
- ❖ Die Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität ist statthaft nach vollständiger Katheterrevaskularisation, sobald die Punktionsstelle reizlos ist (IIa/C) beziehungsweise 6 bis 8 Wochen nach Sternotomie/ACBP (IIa/B).

Medikamente, sexuelle Funktionsstörungen und kardiovaskuläres Risiko

Viele Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) machen die medikamentöse Therapie für Störungen der Libido oder Potenz verantwortlich. In den meisten Fällen ist dies jedoch ein Trugschluss. Aufgrund der momentanen Datenlage kann beispielsweise keine eindeutige, direkte Korrelation zwischen der Einnahme von «kardiologischen» Medikamenten (z.B. Betablocker oder Diuretika) und erektiler Dysfunktion konstatiert werden (10).

Auf keinen Fall sollten deshalb für die Patienten zweifelsohne relevante Störungen des Sexuallebens zu einem Sistieren eines gleichwohl indizierten medikamentösen Therapiekonzepts führen. Denn neben den in der überwiegenden Mehrzahl vorliegenden psychischen Faktoren kann gerade eine eingeschränkte systolische linksventrikuläre Pumpfunktion des Herzens mit konsekutiver systemischer Hypotonie zu einer Exazerbation der Problematik führen. Aufgrund der Datenlage ist davon auszugehen, dass zirka 60 bis 87 Prozent der Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz an Störungen ihres Sexuallebens leiden (8).

In vielen Fällen schafft eine medikamentöse Intervention mit Phosphodiesterasehemmern Abhilfe, dies gilt zumindest für Männer, eine positive Wirkung bei Frauen konnte bisher nicht gezeigt werden (11).

Auch wenn oftmals Verunsicherung sowohl seitens der Patienten als auch vieler Ärzte besteht, kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die in der Schweiz erhältlichen Vertreter dieser Stoffklasse (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil), unter Berücksichtigung der Kontraindikationen (u.a. gleichzeitige Verabreichung von Nitraten, schwere Aortenstenose, verlängertes QTc bei Vardenafil) als absolut sicher und unbedenklich betrachtet werden können.

Sport und regelmässiges körperliches Training nach Myokardinfarkt

Die Sedentarität, also das «Nicht-Sporttreiben», wird mittlerweile weltweit als kardiovaskulärer Risikofaktor anerkannt (12). Obwohl dieser Faktor bezüglich Bedeutung absolut gleichzusetzen ist mit den klassischen Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck oder Nikotinabusus), wird eine Sport- und Bewegungsanamnese meistens ebenso vernachlässigt wie

konkrete Sportempfehlungen. Dies gilt sowohl in der Sekundär- wie auch Primärprävention, was seinen Ausdruck mitunter in der Tatsache findet, dass sich gemäss neuesten nationalen Erhebungen immer noch nur gut ein Drittel aller Schweizerinnen und Schweizer genügend, das heisst gesundheitswirksam bewegt (13).

In der Sekundärprävention, konkret nach einem durchgemachten Myokardinfarkt, stellt optimalerweise eine ambulante oder stationäre Rehabilitation die Grundlage für solide Trainingsempfehlungen und ein sportlich aktives Leben dar. Basierend auf einer (Spiro-)Ergometrie können konkrete Trainingsempfehlungen in Orientierung an der individuell bestimmten maximalen Herzfrequenz (oftmals unter Betablockade) und noch besser am «anaeroben Schwellenbereich» formuliert werden. Ausserdem kann neben der Kreislaufreaktion auch eine allfällige myokardiale Restischämie detektiert werden.

Bei Patienten, bei denen eine vollständige Revaskularisierung – ohne Restischämie – erreicht werden konnte, gilt ein regelmässiges Training am anaeroben Schwellenbereich als sicher und gesundheitswirksam. Ergänzt werden sollte dieses Training durch regelmässiges Krafttraining in einem sogenannten «dynamischen» Bereich. Dieses impliziert ein Training der verschiedenen Muskelgruppen (Rumpfmuskulatur nicht vergessen!) mit mindestens 12 bis 20, besser 20 bis 30 Wiederholungen in jeweils zwei bis drei Zyklen. Dadurch werden Blutdruckspitzen vermieden, welche durch statisches Training gefördert werden. Ergänzend sollten die Trainingseinheiten auch Übungen zur Erhaltung der Beweglichkeit und der Koordination beinhalten.

Für den sogenannt kompetitiven Sport, also Sport, bei dem ein gezieltes, ambitioniertes Training verfolgt wird und man sich mit anderen misst, liegen spezielle Empfehlungen der Fachgremien der European Society of Cardiology (ESC) und der US-amerikanischen Kardiologen (Bethesda Conference) vor, die momentan beide überarbeitet werden (14, 15). Die Unterscheidung zwischen Patienten mit geringem beziehungsweise erhöhtem Risiko ermöglicht eine dezidiere Empfehlung: So gelten Patienten mit einer mittelschwer bis schwer verminderten systolischen linksventrikulären Funktion, belastungsinduzierter myokardialer Ischämie, belastungsinduzierter suggestiver Symptomatik (Angina pectoris, Anstrengungsdyspnoe, Synkopen), mit komplexen, belastungsinduzierten Arrhythmien und/oder einer formal signifikanten koronaren Reststenose (>70% Stenosegrad einer Koronararterie, >50% Hauptstammstenose) als höhergradig gefährdet, und ein körperliches Training sollte nur in einem individuell angepassten, rehabilitativen Rahmen empfohlen werden. Patienten, bei denen keine der obengenannten Risikokonstellationen vorliegt, dürfen sich durchaus auch in moderat-dynamischen und leicht- bis moderat-statischen Sportarten messen (z.B. Tischtennis, Schwimmen, Tennis im Doppel etc.). Generell raten beide Expertengruppen jedoch von «kompetitiven Situationen», wie etwa Wettkämpfen, vorsichtshalber eher ab. Dies gilt explizit für hoch intensive Sportarten (u.a. Marathon, Fussball, Tenniseinzel).

Da erfahrungsgemäss ein Wettkampferlebnis nach einem erlittenen Myokardinfarkt aus psychologischen Gründen aber für viele Patienten wichtig ist und für sie ein Zurückkehren in

ihren normalen Alltag bedeutet, sollte diesbezüglich mit einem spezialisierten Kardiologen eine individuelle Entscheidung und Empfehlung getroffen werden. Grundlage dieser individuellen Empfehlungen stellt dabei immer auch ein Belastungstest, als quasi «Expositionsversuch», dar. ❖

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Christian Marc Schmied

Leiter Kardiologisches Ambulatorium

und Oberarzt Echokardiografie

Leiter Sportkardiologie «approved by Swiss Olympic» und
«FIFA Medical Centre of Excellence»

UniversitätsSpital Zürich

Rämistrasse 100

8091 Zürich

E-Mail: christian.schmied@usz.ch

Interessenlage: Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Referenzen:

- 1a. Robinson JG, Molzahn AE: Sexuality and quality of life. *J Gerontol Nurs* 2007; 33(3): 19–27M.
- 1b. Gott M, Hinchliff S: How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci & Med* 2003; 56: 1617–1628.
2. Shifren JL et al.: Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112(5): 970–978.
3. Greenstein A et al.: Does severity of ischemic coronary disease correlate with erectile function? *Int J Impot Res* 1997; 9(3): 123–126.
4. Schwarz ER et al.: Sex and the heart (various reviews). *Int J Impot Res* 2005; 17 Suppl 1.
5. DeBusk RF: Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *Am J Cardiol* 2000; 86(2A): 51F–56F.
6. Dahabreh IJ, Paulus JK: Association of episodic physical and sexual activity with triggering of acute cardiac events: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011; 305(12): 1225–1233.
7. Muller JE et al.: Triggering myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *JAMA* 1996; 275(18): 1405–1409.
8. Levine GN et al.: Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125(8): 1058–1072.
9. Möller J et al.: Sexual activity as a trigger of myocardial infarction. A case-crossover analysis in the Stockholm Heart Epidemiology Programme (SHEEP). *Heart* 2001; 86(4): 387–390.
10. Ko DT et al.: Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA* 2002; 288(3): 351–357.
11. Conti CR et al.: Efficacy and safety of sildenafil citrate in the treatment of erectile dysfunction in patients with ischemic heart disease. *Am J Cardiol* 1999; 83(5A): 29C–34C.
12. Yusuf S et al.: INTERHEART Study Investigators: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–952.
13. Lamprecht M et al.: Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen, Bundesamt für Sport BASPO 2014. Diagnostik und Therapie in der Hausarztpraxis.
14. Pelliccia A et al.: Recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease: a consensus document from the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26(14): 1422–1445.
15. Pelliccia A et al.: 36th Bethesda Conference: Recommendations revisited a comparison of U.S. and European criteria for eligibility and disqualification of competitive athletes with cardiovascular abnormalities. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52(24): 1990–1996.