

**SPECIALE**

**COMOCUORE**

A cura di SPM Pubblicità

**L'intervento.** I recenti casi analizzati dal prof. Schwartz, fra i massimi esperti al mondo

# Perché anche gli atleti sono colpiti da morte improvvisa?

La morte improvvisa di un giovane atleta è uno degli eventi più tragici che possano accadere nel mondo dello sport e colpisce profondamente non solo la famiglia della vittima ma l'intera società. Quest'ultima si domanda come possa accadere che un giovane, in così buone condizioni fisiche da essere un atleta professionista, possa morire in pochi istanti - più frequentemente in piena azione di gioco, più raramente nel sonno. Ne sono drammatici esempi i due recenti casi dei giocatori di calcio Bruno Boban e Davide Astori. Abbiamo chiesto una sintetica opinione al Professor Peter Schwartz, uno dei massimi esperti mondiali nel campo della morte cardiaca improvvisa. Dopo aver diretto per 20 anni la Cardiologia dell'Università di Pavia c/o il Policlinico S. Matteo e attualmente Direttore del Centro per lo studio e la cura delle aritmie di origine genetica dell'Istituto Auxologico Italiano a Milano. Ecco quello che ci ha detto.



*La maggior parte dei giovani deceduti aveva una cardiopatia strutturale non diagnosticata. I casi di Davide Astori e di Bruno Boban*

La maggior parte degli atleti che muore improvvisamente ha una cardiopatia strutturale non diagnosticata. Più frequentemente una cardiomiopatia ipertrofica, una cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, o una anomalia congenita delle coronarie, o una miocardite. Altre volte è un colpo improvviso sullo sterno a iniziare l'aritmia fatale. In

circa il 15% dei casi si tratta di cuori normali ma con una alterazione elettrica su base genetica (la più nota è la sindrome del QT lungo);

queste malattie sono diagnosticate con un attento esame dell'elettrocardiogramma e con una analisi genetica. Le morti improv-

visive degli atleti spesso, ma non sempre, comportano anche responsabilità mediche. A volte per la mancata diagnosi prima dell'evento fatale, più spesso per la non conoscenza della sequenza di azioni immediate necessarie subito dopo l'arresto cardiaco. Independentemente da quale sia la sottostante patologia cardiaca è fondamentale avere in mente che il meccanismo finale, quello che conduce a morte, è praticamente sempre una fibrillazione ventricolare. Questa è una aritmia cardiaca che insorge improvvisamente, fa pas-

sare la frequenza cardiaca da 60-70 battiti al minuto a 5-600: a questo punto il cuore non ha il tempo di ricevere il sangue e di pomparlo nelle arterie, cosicché la pressione arteriosa cade istantaneamente a zero e dopo pochi minuti (5-6 circa) di assenza di ossigeno si producono danni cerebrali irreversibili e la morte. Questa è la ragione per cui la sopravvivenza di questi atleti è legata alla immediata defibrillazione elettrica (un defibrillatore deve sempre essere disponibile almeno negli eventi agonistici, e questo richiede che i medici sportivi presenti sappiano come usarlo senza perdere un istante) o, in mancanza di defibrillatore, alla defibrillazione manuale (forte colpo sullo sterno) in attesa del 118. Quanto appena detto vale solo in parte per le morti improvvisate nel sonno, come nel caso di Astori. Il meccanismo finale è praticamente sempre lo stesso, una fibrillazione ventricolare, ma il quadro sottostante è più probabilmente diverso. La morte improvvisa nel sonno è più tipica per due malattie: la sindrome del QT lungo di tipo 3 e la sindrome di Brugada; mi sembra però improbabile che queste due forme morbose siano sfuggite ai numerosi controlli medici a cui vengono sottoposti i giocatori professionisti. Sarà l'esame genetico a darci la risposta per questi dubbi. Va det-



Il prof. Schwartz durante un congresso di Comocuore

to anche che sui giornali si è parlato di "morte per bradiaritmia" (cioè per rallentamento progressivo della frequenza cardiaca fino all'arresto). Personalmente sono molto scettico su questa interpretazione. Sono rarissimi i casi (alcune malattie genetiche familiari) nei quali una grande riduzione della frequenza cardiaca porta a morte, in assenza di altre patologie. Il fatto che negli atleti la frequenza cardiaca di notte scenda a livelli molto bassi (intorno ai 30 b/min) può aver spinto le ipotesi in questa direzione, ma non si muore per questo. Senza aver visto gli esami clinici fatti negli anni ad Astori, e soprattutto gli elettrocardiogrammi (ECG), è poco cauto pronunciarsi. Aspettiamo il risultato dei test genetici. E' comunque importante tenere a mente che le morti improvvisate nel

sonno, anche se dipendono dalla stessa malattia sottostante, comportano minori probabilità di sopravvivenza, specialmente se l'atleta dorme solo. Quello che comunque è essenziale ricordare è che la disponibilità nei campi sportivi di un defibrillatore, e di chi lo sappia usare (!), è il modo più certo per ridurre le morti improvvisate degli atleti. Tutto ciò insieme all'insegnamento di massa per le manovre rianimatorie e alla massima professionalità nella esecuzione delle visite per la concessione dei certificati per lo sport agonistico. Ai medici sportivi non si chiedono fini diagnosi differenziali per leucemie o altre malattie croniche, ma da loro si pretende una ottima conoscenza di quelle poche malattie che possono condurre a morte improvvisa un atleta. ■

