

Asma Bronchiale & Sport

L'obiettivo dell'incontro è quello di analizzare questa patologia, una tra le più diffuse al mondo, approfondendo tutte le problematiche legate ad essa. Nel seguente articolo si affronterà il rapporto tra Asma e attività sportiva.

L'asma è una delle patologie più diffuse al mondo ed è presente in tutti i Paesi ma con variabilità considerevole da nazione a nazione: la prevalenza va dal 3-4% della Finlandia al 30% circa della Nuova Zelanda mentre in Italia nella fascia di età dai 6 ai 13 anni si attesta intorno al 12%. Vista l'alta prevalenza dell'asma è naturale che spesso chi pratica un'attività sportiva sia a livello amatoriale che agonistico si trovi a dover tenere conto degli effetti che l'esercizio fisico ha come fattore scatenante i sintomi asmatici. Risponderemo ad alcune domande che più frequentemente vengono poste dagli atleti durante la visita medico-sportiva.

Che cos'è l'asma bronchiale?

L'asma bronchiale è definita come malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale più o meno accessoriale, solitamente reversibile spontaneamente o in seguito alla terapia, da iperreattività bronchiale e da un accelerato declino della funzionalità respiratoria che può evolvere in alcuni casi in una ostruzione irreversibile delle vie aeree. Si manifesta con mancanza di fiato, respiro sibilante, tosse, senso di costrizione toracica, la cui intensità varia in rapporto alla entità della ostruzione bronchiale ed al grado della sua percezione da parte del soggetto.

Che cos'è l'asma indotta da esercizio fisico?

È una delle possibili espressioni della malattia asmatica bronchiale: consiste in una riduzione del calibro delle vie aeree che può verificarsi durante o più frequentemente entro 5-10' dopo un esercizio fisico e che si può associare ai sintomi sopra riportati.

Quali sono i meccanismi alla base dell'asma da esercizio fisico?

Le teorie più accreditate sono due: l'iperventilazione da esercizio fisico con respirazione orale obbligata, che ha come conseguenza un mancato "condizionamento nasale" dell'aria inspirata che risulta così più fredda e secca, provoca stimolazione parasimpatica e, sempre attraverso raffreddamento/evaporazione, conduce a un aumento dell'osmolarità del liquido periciliare della mucosa bronchiale, con conseguente rilascio di mediatori chimici e broncospasmo. Una seconda teoria ipotizza che i vasi bronchiali reagiscono con una contrazione massiva al raffreddamento da iperventilazione e mancato "condizionamento nasale". Al termine dell'attività fisica si verificherebbe una iperemia reattiva con broncostruzione principalmente da ingorgo vascolare.

Diagnosi

La diagnosi si fonda sia su una corretta anamnesi relativa ai sintomi del paziente e a eventuali fattori di rischio (come l'atopia o il reflusso gastroesofageo) sia sull'utilizzo di esami strumentali quali:

- Test da sforzo – corsa libera.
- Iperventilazione eucapnica.
- Test di stimolazione bronchiale con metacolina o soluzione salina ipertonica.
- Test spirometrico basale + bronco dilatazione con farmaci beta2 agonisti.

Terapia

La terapia si basa sulla somministrazione di medicinali che vengono distinti in farmaci per il trattamento di fondo (glucocorticoidi inalatori, antileucotrienici, sodio cromoglicato e nedocromile sodico) e farmaci sintomatici (broncodilatatori beta2 agonisti e anticolinergici a lunga durata d'azione inalatori, teofillinici) secondo una strategia di incremento o riduzione della terapia (numero di farmaci utilizzati e dosaggio) a seconda del livello di controllo dell'asma (Linee guida GINA-Global Initiative for asthma). È anche utile la somministrazione di farmaci inalatori 15'-30' prima dell'esercizio fisico, come cromoni e broncodilatatori a rapida azione.

Indispensabile è la conoscenza della regolamentazione per l'utilizzo dei farmaci per l'asma bronchiale delle federazioni delle differenti discipline sportive al fine di mantenere il miglior trattamento possibile della patologia senza incorrere in problemi con le strutture antidoping nazionali e internazionali. Altrettanto importanti nel permettere lo svolgimento di un'attività sportiva sono i provvedimenti per la prevenzione non farmacologica dell'asma da esercizio fisico:

- utilizzo della respirazione nasale per riscaldamento umidificazione dell'aria inspirata.
- privilegiare l'attività in ambienti caldo umidi.
- evitare ambienti con alto grado di inquinamento o alta carica allergenica (per i soggetti atopici).
- riscaldamento per 10-15 min. a bassa intensità
- interval training con periodi di circa 3 min. di lavoro sub-massimale (non superiore al 70-80% della massima capacità lavorativa) e 2 min. a carico inferiore per un totale di 15-20 min.
- allenamenti sub-massimali di 45-60° min.

Conclusioni

In generale le attività sportive che si accompagnano a marcata iperventilazione e elevata intensità per almeno 8-10' hanno un maggior potere asmogeno. Per il soggetto asmatico il consiglio è di orientarsi verso sport che comportino sforzi relativamente meno intensi, con carico di lavoro costante e in ambiente favorevole. A scopo esemplificativo si incontra un grado crescente di asmogenicità passando da nuoto-canottaggio-pallavolo-basket-tennis-calcio-ciclismo-atletica leggera-fondo e mezzofondo. L'asma indotta da esercizio fisico altro non è quindi che una delle possibili manifestazioni della malattia asmatica bronchiale ma sport e asma bronchiale possono convivere con successo se viene raggiunto un controllo globale della patologia asmatica sfruttando le possibilità farmacologiche e non a disposizione del paziente.