

Asma e sport

M.C. Roberta Vono, Laura Stefani, Giorgio Galanti

Agenzia di Medicina dello sport. Università degli studi di Firenze

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica che causa ricorrenti episodi di broncospasmo, reversibile sia spontaneamente che con l'ausilio di terapia farmacologica.

L'infiammazione cronica della parete genera un aumento della reattività bronchiale, che a sua volta causa i cosiddetti "attacchi d'asma", episodi ricorrenti di crisi respiratorie, respiro sibilante, senso di costrizione toracica e tosse.

Nell'eziologia dell'asma si riconoscono: fattori causali (allergeni inalatori e sensibilizzanti chimici); fattori favorenti (fumo di tabacco, inquinamento atmosferico, infezioni respiratorie, abitudini alimentari e farmaci); fattori scatenanti (esposizione a gas irritanti, aria fredda, esercizio fisico, infezioni respiratorie).

Lo sforzo fisico è uno dei fattori che scatenano il broncospasmo al pari degli allergeni, delle infezioni o dei gas inquinanti, sia nei soggetti atopici (con iperproduzione di immunoglobuline E) che non atopici.

Pertanto, alcuni preferiscono distinguere l'asma da esercizio fisico (EIA: Exercise-Induced Asthma), condizione in cui l'esercizio fisico produce crisi di broncospasmo nei soggetti notoriamente asmatici (70-80% casi), dall'altra condizione (EIB: Exercise- Induced Bronchospasm) in cui l'esercizio produce isolatamente episodi di broncospasmo in soggetti sani. In questi soggetti l'esposizione ai comuni allergeni (peli di animale, pollini, polvere ...) non produce broncospasmo, a differenza dei soggetti con atopia, nei quali l'iperproduzione di Ig E specifiche per quel determinato allergene scatena una reazione antigene-anticorpo, con tutti gli effetti che ne conseguono.

La cosiddetta asma indotta dall'esercizio fisico è una condizione clinica caratterizzata da transitoria riduzione delle vie aeree, scatenata da uno sforzo fisico intenso in soggetti con iperreattività bronchiale (esaltata risposta delle vie aeree). Essa si manifesta alla fine di un esercizio fisico (generalmente 5-10 minuti dopo) e si risolve spontaneamente o con inalazione di broncodilatatori

in circa 30 -60 minuti. La comparsa di broncospasmo, oltre che dal grado di iperreattività bronchiale e dallo stato clinico del paziente, è influenzata dal tipo di esercizio, dall' intensità, dalla durata dell'attività fisica, nonché da particolari situazioni ambientali.

Epidemiologicamente l'asma da sforzo ha una prevalenza maggiore nei giovani (90%) e minore negli adulti (10%). Per quanto riguarda la patogenesi si considerano due ipotesi:

Ipotesi osmotica: L'iperventilazione, conseguente allo sforzo fisico, soprattutto in clima freddo e secco, causa un raffreddamento della mucosa delle vie aeree , con stimolazione parasimpatica e contemporaneo aumento di osmolarità del fluido periciliare e rilascio di mediatori infiammatori, che innescano il processo di broncocostrizione.

Ipotesi termica: Il raffreddamento delle vie aeree produce una stimolazione dei vasi bronchiali che rispondono alla perdita di calore con una massiva contrazione a cui consegue, a fine sforzo, un intenso e rapido ripristino del volume ematico con edema e restringimento delle vie aeree. Condizioni che possono scatenare l'asma da sforzo sono: freddo, scarsa umidità, infezioni respiratorie, affaticamento, stress emotivi, sovrallenamento, pollini, polvere, gas irritanti e inquinanti ambientali.

La diagnosi di asma bronchiale viene effettuata, oltre che sulla base della sintomatologia , mediante esame spirometrico. La comparsa dell'attacco asmatico, in stretta sequenza temporale con la fine dell'esercizio, pone il sospetto di asma da sforzo, diagnosticata definitivamente mediante esame spirometrico sotto sforzo con valutazione della funzione respiratoria 5 minuti prima ed ogni 5' fino a 30' dopo uno sforzo massimale.

Il trattamento dell'asma può essere non farmacologico, di prevenzione dei fattori scatenanti, di protezione meccanica delle vie aeree, oppure farmacologico , mediante broncodilatatori e corticosteroidi per via inalatoria o antileucotrienici.

I progressi in ambito sportivo, medico e farmacologico hanno permesso la convivenza tra l'asma e una tranquilla attività sportiva. Molti atleti asmatici sono stati presenti alle Olimpiadi e sono saliti anche sul podio.

Il nostro organismo risponde all'attività motoria attraverso degli aggiustamenti e modificazioni che potenziano l'organismo da un punto di vista organico, metabolico, psichico ed endocrino e ciò si

traduce in un miglioramento della qualità della vita. L'esercizio fisico può quindi essere uno dei migliori strumenti di prevenzione per asma e allergie.

L'idoneità alla pratica sportiva nei soggetti asmatici è tuttavia subordinata all'efficacia del trattamento, nonché alla tipologia di sport praticato. Sono considerati sport ad alto rischio, sia per le condizioni ambientali potenzialmente "asmogene", sia per la difficoltà di intervento nel caso di un attacco asmatico, l'alpinismo, il deltaplano, il motociclismo e l'attività subacquea.

Inoltre, si consiglia, prima di intraprendere l'attività sportiva, un preriscaldamento prolungato (almeno 10 minuti), non particolarmente intenso e un'altrettanta gradualità nell'interruzione dello sforzo fisico. Un allenamento intermittente, con l'esecuzione, durante la fase di preriscaldamento, di sprint brevi, anche di intensità crescente, intercalati da altrettanti identici periodi di recupero, induce la refrattarietà alla broncocostrizione. Infine, un allenamento con carichi di lavoro submassimale (2-3 sedute settimanali di intensità non superiore al 70-80% del carico massimo) serve ad aumentare la massima capacità lavorativa, ad elevare la soglia anaerobica e a ridimensionare il livello di ventilazione per un determinato sforzo.

Da tutte queste considerazioni si evince che l'attività sportiva è compatibile con l'asma, anzi può essere considerata un mezzo efficace per la prevenzione e il controllo di questa malattia, se eseguita correttamente secondo le linee guida e le esigenze individuali dell'atleta.