



Perfusions intraveineuses

1. Introduction

Depuis 2005, les perfusions intraveineuses sont inscrites sur la Liste des substances et méthodes interdites de l'AMA dans la section Méthodes interdites – M.2 – Manipulation chimique et physique, et elles sont interdites en compétition et hors compétition.

La formulation actuelle de la Liste des interdictions stipule que « **les perfusions intraveineuses et/ou injections de plus de 50 mL par période de 6 heures sont interdites, sauf celles reçues légitimement dans le cadre d'admissions hospitalières ou lors d'examens cliniques.** » (1)

L'une des justifications principales de l'inclusion des perfusions intraveineuses sur la Liste des interdictions est l'intention de certains sportifs de manipuler leur taux d'hémoglobine dans le but de masquer l'utilisation d'une substance interdite et/ou de fausser les valeurs du Passeport biologique de l'Athlète. En outre, dans les événements régis par des catégories de poids, les sportifs pourraient être incités à perdre du poids de façon accélérée et intensive afin de se qualifier pour la compétition pour ensuite avoir recours aux perfusions comme moyen de réhydratation rapide. Ce procédé met en danger la santé et la sécurité du sportif.

Par définition, une perfusion intraveineuse est l'apport de fluides ou d'autres substances liquides par une veine. Elle est réalisée en introduisant une aiguille spéciale dans une veine et en injectant la substance désirée à une vitesse déterminée à partir d'un réservoir habituellement situé au-dessus du niveau de l'organisme. Une injection intraveineuse est l'apport de fluides ou de médicaments dans la veine à l'aide d'une seringue ou d'une aiguille à ailettes. Ces méthodes sont autorisées si la substance infusée ou injectée ne figure pas sur la Liste des interdictions, si le volume n'excède pas 50 mL et si les injections intraveineuses sont faites à des intervalles de six heures.

Si une substance interdite est injectée, une AUT est requise, et ce, même si le volume n'excède pas 50 mL.

Information médicale pour appuyer les décisions des CAUT

Perfusions intraveineuses

2. Diagnostic

A. Antécédents médicaux :

Une description **précise** de l'indication médicale spécifique pour une perfusion intraveineuse doit être jointe à la demande d'AUT. Cette description inclura précisément la substance à être perfusée, le nombre de perfusions et toutes autres données cliniques importantes considérées par le médecin traitant.

Si une intervention est faite dans le cadre d'un examen clinique ou d'une admission à l'hôpital, aucune AUT à l'avance ou rétroactive ne sera exigée. Toutefois, on recommande fortement au sportif d'obtenir et de conserver une copie du dossier médical.

B. Critères diagnostiques :

Voir ci-dessus.

C. Informations médicales sur la pathologie

Voir ci-dessus.

3. Pratiques thérapeutiques de référence

Les indications médicales reconnues pour les perfusions intraveineuses sont bien documentées et généralement associées à des urgences médicales (AUT rétroactive) ou à des traitements à l'hôpital.

Si les perfusions intraveineuses sont faites dans des situations autres que dans le cadre d'un examen clinique ou d'une hospitalisation, le personnel médical s'assurera que les conditions suivantes sont respectées :

1. Un diagnostic médical clair, confirmé a été établi;
2. Il n'existe aucun traitement alternatif autorisé possible;
3. Ce traitement n'améliorera pas la performance outre de permettre au sportif de recouvrer sa santé;
4. Le traitement est effectué par du personnel médical qualifié dans un cadre médical adéquat;
5. Une documentation adéquate du traitement est conservée.

Les perfusions intraveineuses en sport sont généralement associées à une réhydratation après un effort intense, et cette situation particulière suscite nombre de discussions parmi les médecins du sport. Dans ce contexte, il faut rappeler clairement que l'utilisation de perfusions intraveineuses pour corriger une déshydratation mineure subséquente à un exercice physique ne constitue pas une indication clinique reconnue ou corroborée par la littérature médicale. Il existe des preuves scientifiques solides établissant que la réhydratation orale représente le

Information médicale pour appuyer les décisions des CAUT

Perfusions intraveineuses

choix thérapeutique préconisé; certaines autorités la considèrent même plus efficace que l'option parentérale
(réf : 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)

A. Nom de la méthode interdite

Perfusion intraveineuse n'excédant pas 50 mL par période de six heures dans le cadre d'un examen clinique ou d'une hospitalisation.

B. Durée recommandée du traitement

Selon le diagnostic et la situation clinique particulière, mais généralement, il s'agit d'une intervention unique ou de durée relativement courte.

4. Autres traitements alternatifs non interdits

Réhydratation orale ou administration orale de médicaments.

5. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement

Selon la situation clinique. Toutefois, il est évident qu'en cas d'urgence médicale, le fait de renoncer au traitement pourrait avoir des conséquences fatales.

6. Surveillance du traitement

Évaluation continue par le médecin traitant, jusqu'à ce que l'état du patient soit stable.

7. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé

Validité de l'AUT relativement courte dans le cadre de l'intervention médicale initiale. Le recours prolongé aux perfusions intraveineuses surviendrait dans un contexte hospitalier.

8. Précautions

Le médecin superviseur est responsable d'évaluer la légitimité médicale de l'indication clinique de toute AUT liée à l'utilisation de perfusions intraveineuses. La réhydratation orale est habituellement très efficace, mais il peut exister des cas prouvés d'hyponatrémie où l'utilisation d'un soluté hypertonique par intraveineuse est plus efficace qu'un traitement par voie orale. (17)

La santé du patient doit constituer la priorité en tout temps. Les CAUT doivent faire preuve de jugement clinique au moment d'interpréter le Standard international et se montrer vigilants par rapport au recours approprié aux perfusions intraveineuses

Information médicale pour appuyer les décisions des CAUT *Perfusions intraveineuses*

dans les situations jugées non urgentes où il existe des traitements alternatifs autorisés.

9. Références

1. Liste des interdictions de l'AMA, site Web de l'AMA
2. Vandebos F., et al: Relevance and complications of intravenous infusion at the emergency unit at Nice University Hospital.
J. of Infection 46 (3): 173-6, 2006
3. Décision arbitrale, TAS 2002/A/389-393
4. Décision arbitrale, TAS2006/A/1102 & 1146
5. Groupe consultatif médical de l'ASOIF - Procès-verbal de la réunion du 7 mai 2006
6. Canadian Academy of Sports Medicine: A brief overview about intravenous hydration in athletics, Casa DJ, Maresh Cm, Armstrong LE et al Intravenous versus oral rehydration during a brief period: responses to subsequent exercise in the heat. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2000 Jan; 32(1): 124-133
7. Webster S, Rutt R, Weltmann, A Physiological effects of a weight loss regimen practiced by college wrestler
8. Naghii, MR
The Significance of Water in Sport and Weight Control
Nutrition and Health, 2000, Vol. 14, pp. 127-132
9. Sawka, MN
Physiological consequences of hypohydration: exercise performance and thermoregulation *Medicine and Science in Sports and Exercise* 0195-9131/92/2406 Vol. 24, No, 6
10. Maresh CM, Herrera-Soto JA, Armstrong LE, et al.
Perceptual responses in the heat after intravenous versus oral rehydration
Medicine and Science in Sports and Exercise. 2001 jun; 33(6) 1039-1045
11. Castellani JW, Maresh CM, Armstrong LE, et al
Endocrine responses during exercise-heat stress: effects of prior isotonic and hypotonic intravenous rehydration.
European J Appl Physiol Occup Physiol. 1998 Feb; 77(3): 242-248.

Information médicale pour appuyer les décisions des CAUT
Perfusions intraveineuses

12. Kraemer WJ, Fry AC, Rubin MR, Triplett-McBride T, et al
Physiology and performance responses to tournament wrestling
Medicine and Science in Sports and Exercise 0195-9131/01/3308-1367
13. Mudambo SM, Reynolds N
Body fluid shifts in soldiers after a jogging/walking exercise in the heat
Central African Journal of Medicine 2001 Sept-Oct; 47(99-10), 220-225
14. Landers DM, Arent SM, Lutz RS
Affect and cognitive performance in high school wrestlers undergoing rapid weight loss
Journal of Sport and Exercise Psychology 2001, 23, 307-316.
15. Riebe D, Maresh CM, Armstrong LE, Kenefick RW, et al
Effects of oral and intravenous rehydration on ratings of perceived exertion and thirst
Medicine and Science in Sports and Exercise 1997 Jan (1): 117-124
16. Noakes TD, Walsh RM, Hawley JA, Dennis SC
Impaired high-intensity cycling performance time at low levels of dehydration
International Journal of Sports Medicine 15 (1994) 392-398.
17. Rogers, Ian R.; Hook, Ginger. Stuempfle; Kristin J; Hoffman Martin D.; Hew-Butler, Tamara
An Intervention Study of Oral Versus Intravenous Hypertonic Saline Administration in Ultramarathon Runners with Exercise-Associated Hyponatremia: A Preliminary Randomized Trial
Clin J Sport Med _ Volume 21, Number 3, May 2011