



## **MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN**

### **1. Pathologie**

La maladie inflammatoire de l'intestin (MII) inclut spécifiquement la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, mais englobe également la colite de cause indéterminée dans 10% des cas. Il est bien connu que ces pathologies peuvent avoir une tendance héréditaire. La maladie inflammatoire de l'intestin affecte les patients de tous âges, mais se manifeste habituellement avant l'âge de 30 ans, avec des pics d'incidence de 14 à 24 ans. Les pics d'incidence de la maladie inflammatoire de l'intestin peuvent aussi se situer de 50 à 70 ans; par conséquent, il n'est pas inhabituel que de jeunes athlètes actifs demandent une exemption pour utiliser des substances interdites, notamment des glucocorticoïdes, pour le traitement à long terme de leur maladie intestinale.

### **2. Diagnostic**

#### A. Antécédents médicaux

La maladie inflammatoire de l'intestin (MII) s'accompagne d'antécédents médicaux caractéristiques pouvant inclure une altération des habitudes intestinales, de la fièvre, des douleurs abdominales, l'anorexie et la perte de poids. Chez le sujet très jeune, on peut observer un retard de croissance. Les complications toxiques sont un phénomène courant et sérieux dans la colite ulcéreuse. Il existe une corrélation importante avec les antécédents familiaux.

#### B. Critères diagnostiques

En présence d'antécédents médicaux et familiaux suspects, le diagnostic définitif de MII nécessite des examens spécifiques effectués sous la supervision d'un spécialiste en gastro-entérologie. Outre le dépistage de routine en laboratoire permettant de confirmer la présence d'une inflammation et d'une anémie, un examen endoscopique et une radiographie par lavement baryté sont requis pour la démonstration des caractéristiques pathologiques spécifiques de la maladie de Crohn.

La tomodensitométrie (CT) ou la colonoscopie virtuelle peuvent aussi être utilisées. La colite ulcéreuse nécessite un examen des selles, une sigmoïdoscopie pour la mise en évidence d'altérations typiques de la muqueuse et la démonstration par biopsie de l'inflammation chronique et de l'altération de la vascularité de la muqueuse.

C. Information médicale sur la maladie

Des antécédents médicaux pertinents de troubles fonctionnels intestinaux associés à une perte de poids, une anorexie et une fatigue inappropriée sont fréquemment obtenus par le médecin de premier recours/médecin de famille. Lorsque le patient est un athlète d'élite, il est crucial de rechercher l'avis d'un spécialiste afin d'obtenir la confirmation du diagnostic. Clairement, durant des périodes d'exacerbation aiguë de MII, il est peu probable que l'athlète soit en état de s'entraîner ou de participer à des compétitions.

### **3. Pratique thérapeutique de référence**

A. Nom de la substance interdite

Les glucocorticoïdes sont un appoint majeur dans le traitement de la MII.

B. Voie d'administration

Toutes les voies d'administration (intraveineuse, orale, rectale) sont interdites.

C. Posologie

De fortes doses de prednisone (40-60 mg par jour) peuvent s'avérer nécessaires lors du traitement aigu de la MII, avec une diminution progressive sur une période de plusieurs semaines à plusieurs mois. La colite ulcéreuse aiguë peut aussi nécessiter l'administration de corticostéroïdes systémiques à haute dose. L'hydrocortisone par intraveineuse (300 mg par jour) ou la méthylprednisolone (60-80 mg par jour) par intraveineuse continue ou en doses fractionnées peut être administrée dans les cas graves.

Aucune AUT n'est requise dans les cas d'administration d'hydrocortisone par intraveineuse en centre hospitalier. Les doses sont individualisées (en association avec d'autres agents thérapeutiques appropriés) sous la surveillance d'un spécialiste. Une faible proportion de patients souffrant de MII développent une dépendance aux corticostéroïdes et requièrent un traitement d'entretien à long terme.

#### D. Durée recommandée du traitement

Étant donné la nature chronique de la MII, la durée du traitement pour les athlètes s'étendra probablement sur toute la vie ou du moins pendant leur pratique du sport de haut niveau.

### **4. Autres traitements alternatifs non interdits**

Les médicaments autorisés, incluant les immunomodulateurs, les 5-aminosalicylates, les analgésiques et les antibiotiques, peuvent être pris en association avec les glucocorticoïdes. Il n'existe aucun autre médicament alternatif autorisé qui procure le même effet que les glucocorticoïdes.

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

Non traitée, la MII peut suivre une évolution fluctuante, sans rémission, aboutissant à une issue fatale.

### **6. Surveillance du traitement**

Pendant les périodes de rémission de la maladie inflammatoire de l'intestin, l'athlète peut être totalement asymptomatique. Le traitement est contrôlé par le médecin de premier recours, et une évaluation par le spécialiste en gastro-entérologie est recommandée au moins une fois l'an ou en fonction de l'état clinique.

Il existe des indices permettant d'établir un score de l'activité de la MII. Ceux-ci peuvent être appliqués à l'évaluation initiale d'exacerbations aiguës de la maladie.

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

La durée recommandée de l'AUT pour une MII est de quatre (4) ans. Le traitement fera l'objet d'une évaluation annuelle par un spécialiste.

On préconisera toujours une approche empreinte de bons sens par rapport à une MII, compte tenu des exigences changeantes des glucocorticoïdes durant les périodes de crise aiguë ou de rémission. Les sportifs doivent être en mesure de fournir toute documentation sur les crises aiguës qui requièrent l'utilisation d'une substance interdite.

## **8. Précautions**

L'utilisation systémique de glucocorticoïdes s'accompagne de risques à long terme bien documentés.

## **9. Références**

1. Baumgart DC, Sandborn WJ, Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies." *Lancet* 369:1641-57, 2007
2. Best WR, et al., "Development of a Crohn's disease activity index." *Gastroenterology*; 70:439-444, 1976.
3. Carter MJ, A J Lobo, Travis SPL, "Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults." *Gut*; 53: v1 - v16, 2004.
4. Walmsley RS, Ayres RCS, Pounder RE, Allan RN, "A simple clinical colitis activity index." *Gut*; 43:29-32, 1998
5. Sachar, DB, Walfish, AE, "Overview of Inflammatory Bowel Diseases." Revision February 2010 Merck Manual 19<sup>th</sup> Ed.