



## Hypogonadisme masculin

*Substances interdites : testostérone, gonadotrophine chorionique humaine*

Cette liste de vérification vise à guider le sportif et son médecin dans les exigences à l'égard d'une demande d'AUT, qui permettront au Comité AUT d'évaluer si les critères pertinents du Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT) sont satisfaits.

Veillez noter que la soumission du seul formulaire de demande d'AUT rempli n'est pas suffisante; des documents d'appui DOIVENT être fournis. Une demande et une liste de vérification dûment remplies ne garantissent pas l'octroi d'une AUT. Inversement, dans certaines situations, une demande légitime peut ne pas comprendre tous les éléments de la liste de vérification.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Voici les exigences quant au <b>formulaire de demande d'AUT</b> :   |
| <input type="checkbox"/> | Toutes les sections sont remplies de façon lisible  |
| <input type="checkbox"/> | Toutes les informations sont présentées en [la ou les langues précisées par l'OAD]  |
| <input type="checkbox"/> | Le médecin traitant a apposé sa signature   |
| <input type="checkbox"/> | Le sportif a apposé sa signature  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Le rapport médical</b> doit comprendre les éléments suivants :   |
| <input type="checkbox"/> | Antécédents médicaux : progression de la puberté; libido et fréquence de l'activité sexuelle, y compris la durée et la gravité des problèmes s'il y a lieu; érections et éjaculations; bouffées de chaleur et sueurs profuses; troubles des testicules; blessures importantes à la tête, s'il y a lieu; orchite; antécédents familiaux de puberté tardive, s'il y a lieu; symptômes non spécifiques (qu'ils soient positifs ou négatifs). |
| <input type="checkbox"/> | Examen physique : gynécomastie; pilosité (axillaire et pubienne), diminution de la fréquence de rasage; volume testiculaire évalué par orchidomètre ou échographie; taille, poids, IMC; développement et tonus musculaires (obligatoire)  |
| <input type="checkbox"/> | Interprétation de l'historique, de la présentation et des résultats de laboratoire par le médecin traitant, de préférence un spécialiste en endocrinologie avec sous-spécialité en andrologie   |
| <input type="checkbox"/> | Diagnostic : hypogonadisme primaire ou secondaire; attribuable à une cause biologique ou fonctionnelle (notez qu'une AUT ne pourra être accordée qu'en présence d'un hypogonadisme de cause organique)  |
| <input type="checkbox"/> | Substance prescrite (la testostérone et la gonadotrophine chorionique humaine sont interdites en tout temps), y compris la posologie (dose et fréquence) et la voie d'administration  |
| <input type="checkbox"/> | Plan de traitement et de surveillance   |
| <input type="checkbox"/> | Attestation du suivi/de la surveillance du sportif par un médecin compétent pour les demandes des renouvellements   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Les résultats des tests diagnostiques</b> doivent comprendre une copie de ce qui suit :  |
| <input type="checkbox"/> | Épreuves de laboratoire (prélèvements faits le matin avant 10 h et à jeun, à au moins deux reprises, à au moins une semaine d'intervalle, sur une période de quatre semaines) : taux sérique de testostérone totale, de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculostimulante (FSH) et de la globuline liant les hormones sexuelles (SHBG)  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Renseignements additionnels</b> à fournir, s'il y a lieu   |
| <input type="checkbox"/> | Analyse de sperme comprenant une numération des spermatozoïdes si la fertilité est compromise   |
| <input type="checkbox"/> | Taux d'inhibine B (si on soupçonne la présence d'un hypogonadisme hypogonadotrope isolé héréditaire ou d'un retard pubertaire constitutionnel)  |
| <input type="checkbox"/> | Épreuve d'imagerie par résonance magnétique de l'hypophyse, effectuée avec et sans agent de contraste; tests de la fonction hypophysaire, si indiqué – p. ex., mesure de la cortisolémie matinale; test de stimulation par la corticotrophine (ACTH); dosage de la thyrostimuline (TSH), de la thyroxine (T4) libre et de la prolactine   |
| <input type="checkbox"/> | Autres tests diagnostiques pertinents visant à rechercher une éventuelle cause organique à l'hypogonadisme secondaire (p. ex., dosage de la prolactine, bilan martial, tests génétiques de détection d'une hémochromatose héréditaire)  |
| <input type="checkbox"/> | Absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA), si indiqué   |