



## 1. Pathologie

# MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE DE L'INTESTIN

### Introduction

Cette classification inclut spécifiquement la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse mais englobe également la colite chronique de cause indéterminée. Il est bien connu que ces pathologies peuvent avoir une tendance héréditaire et qu'elles affectent communément des patients jeunes durant leurs trois premières décennies. 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 chronique de l'intestin (MICI) 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 MICI 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

*Information médicale pour éclairer les décisions des CAUT  
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin*

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 de pointe, il est capital de rechercher l'avis d'un spécialiste afin d'obtenir la confirmation du diagnostic. Clairement, durant des périodes d'exacerbation aiguë de MICI, 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 des substances interdites**

Les glucocorticoïdes sont un appoint majeur dans le traitement de la MICI, en association avec d'autres médicaments autorisés tels que des immunomodulateurs, les 5-aminosalicylates, des analgésiques et des antibiotiques.

**B. Voie d'administration**

Orale, rectale

**C. Posologie**

De fortes doses de corticostéroïdes oraux (40-60 mg par jour) peuvent s'avérer nécessaires lors du traitement aigu de la MICI, 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. 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 MICI développent une dépendance aux corticostéroïdes et requièrent un traitement d'entretien à long terme.

#### D. Durée recommandée du traitement

Etant donné la nature chronique de la MICI, 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?

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 MICI 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 chronique 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 index permettant d'établir un score de l'activité de la MICI et ceux-ci peuvent être appliqués pour l'évaluation initiale d'exacerbations aiguës de la maladie.

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

Les athlètes faisant de la compétition sportive au niveau de l'élite auront généralement une bonne connaissance de leur maladie et réagiront rapidement lors de crises aiguës. Les changements de leurs besoins en glucocorticoïdes devront figurer au moins dans une évaluation annuelle par un spécialiste et dans le renouvellement de la demande d'exemption pour usage thérapeutique.

Une attitude empreinte de bons sens sera adaptée pour juger de la conduite du traitement des MICI, étant donné que les athlètes touchés auront vraisemblablement besoin d'un traitement à vie.

## 8. Précautions adéquates

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

## 9. Références

1. Best WR, et al., "Development of a Crohn's disease activity index." *Gastroenterology*; 70:439-444, 1976.
2. Carter MJ, A J Lobo, Travis SPL, "Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults." *Gut*; 53: v1 - v16, 2004.
3. Walmsley RS, Ayres RCS, Pounder RE, Allan RN, "A simple clinical colitis activity index." *Gut*; 43:29-32, 1998.
4. Inflammatory Bowel Diseases. Merck Manual 17<sup>th</sup> Ed. Section 3: 302-312