

INFO MEDICAL AVRIL 2010

INFO DOPAGE DERNIERE



30 septembre 2009

Informations additionnelles relativement à la réintroduction de la pseudoéphédrine dans la Liste des interdictions 2010

Le Comité Liste de l'AMA a décidé de réintroduire la pseudoéphédrine (PSE) comme stimulant spécifié dans la Liste des interdictions 2010 avec un seuil de concentration dans l'urine de 150 µg/mL, établi en fonction des résultats d'études d'administration contrôlée réalisées et de la littérature scientifique publiée [1-5].

Compte tenu de la grande disponibilité de médicaments contenant de la pseudoéphédrine, l'AMA recommande que la réintroduction de la pseudoéphédrine soit appuyée par une campagne active d'information et d'éducation par tous les partenaires.

À cet égard, l'AMA recommande que les informations suivantes soient diffusées dans les plus brefs délais aux sportifs et à leur personnel de soutien :

- Les niveaux seuils établis peuvent être (rarement, mais parfois) atteints par certains individus dans les 6 à 20 heures suivant la prise de formulations à libération prolongée.
- **Les sportifs devraient cesser la prise de PSE au moins 24 heures avant la compétition.** Dans le cas d'un usage à des fins thérapeutiques en compétition, les sportifs devraient envisager d'avoir recours à un produit alternatif autorisé après une consultation médicale ou de demander une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) pour la PSE.
- Le niveau seuil a été fixé en fonction de la prise de doses thérapeutiques de PSE, établi à un maximum de 240 microgrammes par 24 heures selon les situations suivantes :
 - i) quatre (4) doses quotidiennes (une dose toutes les 4 à 6 heures) de 60 mg (ou 2 comprimés de 30 mg); ou
 - ii) deux (2) doses quotidiennes (une dose aux 12 heures) de 120 mg (libération prolongée); ou
 - iii) une (1) dose de 240 mg par jour (libération prolongée).
- Par exemple, conformément à ce dosage, la prise d'une seule dose quotidienne de trois (3) comprimés de 60 mg constitue un dosage suprathérapeutique pouvant mener à un *résultat d'analyse anormal*.

Références

- 1- Gill N.D. et al (1999). Br J Clin Pharmacol 50, 205-213.
- 2- Chester N. et al. (2003). Br J Clin Pharmacol 57 :1, 62-67
- 3- Hodges K. et al. (2006). Med & Science Sports & Exercise, 329-333
- 4- Strano-Rossi S et al. (2009). Ther Drug Monit 31: 520-526.
- 5- Deventer K. et al. (2009). Drug Test Analysis 1, 209-213.