

IAAF AUSNAHMEGENEHMIGUNGSVERFAHREN FÜR BETA-2-AGONISTEN

(Stand: 2006)

Als Reaktion auf den allgemein zu beobachtenden Anstieg bei der Anwendung von Beta-2-Agonisten durch Athleten hat das IAAF-Council vor kurzem einer Empfehlung des IAAF-Medical Committee zugestimmt, ausführlichere Informationen von Antragstellern zu verlangen, die eine Ausnahmegenehmigung für die Anwendung von Beta-2-Agonisten bei Asthma und/oder bei anstrengungsinduzierter Bronchokonstriktion (Belastungsasthma) und /oder anderen klinischen Atemwegserkrankungen, die eine solche Behandlung notwendig machen, beantragen.

Antragsteller, die um eine Ausnahmegenehmigung für den Gebrauch der vier Beta-2-Agonisten (Fometerol, Salbutamol, Salmeterol und Terbutalin) ersuchen, haben folgende Unterlagen einzureichen:

- (i) Ein IAAF-ATUE/vereinfachtes Verfahren-Formular, das alle detaillierten medizinischen Unterlagen beinhaltet. Siehe www.iaaf.org/antidoping zum Download eines IAAF-ATUE-Formulars.
- (ii) Fachlicher Nachweis über das Asthma und/oder anstrengungsinduzierter Bronchokonstriktion (Belastungsasthma) und/oder anderer klinischer Atemwegserkrankungen, die eine solche Behandlung notwendig machen, dem Testergebnisse und weitere Unterlagen, wie unten dargelegt, beigefügt sind (siehe Ergebnisse des Provokationstests). Alle Tests sollten nach dem 1. Januar 2005 durchgeführt worden sein.

Beachte: Alle ATUE-Anträge und notwendige Unterlagen müssen bei der IAAF in englischer oder französischer Sprache eingereicht werden.

1. Detaillierte Arztberichte

Den ATUE-Anträgen müssen medizinische Informationen und Aufzeichnungen beigefügt sein, die beinhalten:

- Eine präzise Diagnose des Gesundheitszustandes der Person, welche die Anwendung von Beta-2-Agonisten beantragt.
 - Alle relevanten Informationen über die Person und ihren Gesundheitszustand:
 - Alter bei Ausbruch der Krankheit,
 - Symptome, die auf Atemwegsobstruktion nach Anstrengung, Infektionen der oberen Atemwege in Ruhe und in der Nacht und/oder während der Pollenflugsaison hinweisen,
 - identifizierte Auslösefaktoren,
 - früherer Verlauf atopischer Funktionsstörungen und/oder Kindheitsasthma,
 - frühere körperliche Untersuchungen,
 - Ergebnisse von Skin-Prick-Tests oder RAST-Tests, um das Vorliegen einer allergischen Hypersensibilität zu dokumentieren.

- Jegliche spezielle Informationen betreffend den Husten der Person während oder nach Anstrengung, Atemnot, Kurzatmigkeit, Keuchen, Brustenge oder übermäßiges Sputum.
- Einzelheiten aller Konsultationen von Ärzten, die auf die Behandlung von Asthma spezialisiert sind, und Einzelheiten über jegliche Behandlung in Krankenhausnotfallabteilungen oder Einlieferung ins Krankenhaus zur Behandlung bei akuter Verschlimmerung des Asthmas.
- Einzelheiten über die der Person derzeit verordneten Medikamente und jegliche in den letzten sechs Monaten verordnete andere Medikamente. Einzelheiten der verordneten Medikamente in den drei Monaten vor Provokationstests (siehe unten) müssen ebenfalls angegeben werden.

2. Ergebnisse von Provokationstests

Zusätzlich zu den genannten medizinischen Aufzeichnungen müssen die Athleten ebenfalls ein positives Testergebnis eines der folgenden anerkannten Provokationstests vorlegen:

a) Bronchodilatoren-Test:

Ein positives Testergebnis wird definiert als:

- ein Anstieg des FEV₁ von 12 % oder mehr, der als Prozentsatz des FEV₁-Grundwertes berechnet wurde nach der Verabreichung eines verbotenen inhalativen Beta-2-Agonisten

Die Einreichung von Messdiagrammen und graphischen Nachweisen (Spirometrie oder Fluss-Volumen-Kurve) ist hilfreich.

b) Bronchialer Provokationstest:

Ein bronchialer Provokationstest erfolgt in Form eines Belastungstests im Labor oder auf dem Sportplatz oder als eukapnischer willkürlicher Hyperpnoe-Test (EVH).

Ein positives Testergebnis ergibt sich, wenn die Überempfindlichkeit der Atemwege (AHR) durch ein Abfallen des FEV₁ von 10 % oder mehr innerhalb von 30 Minuten nach dem Test bestätigt wird.

Die Einreichung von Messdiagrammen und graphischen Nachweisen (Spirometrie oder Fluss-Volumen-Kurve) ist hilfreich.

c) Bronchialer Provokationstest mit inhaliertem Methacholin:

Ein positives Testergebnis ergibt sich, wenn AHR bestätigt wird durch:

c1 Wenn die Testperson Glucocorticosteroide nicht inhalativ einnimmt:

- einen PC₂₀ FEV₁ gleich oder niedriger als 4 mg/ml;

ODER

- einen PD₂₀ FEV₁ gleich oder niedriger als eine kumulative Dosis von 2 Mikromol oder 400 Mikrogramm oder 40 Atemeinheiten bei Personen ohne Steroidbehandlung.

c2 Bei Personen mit täglicher Corticosteroid-Inhalationsbehandlung über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten:

- einen PC₂₀ FEV₁ gleich oder niedriger als 13,2 mg/ml;

ODER

- einen PD₂₀ FEV₁ gleich oder niedriger als eine kumulative Dosis von 6,6 Mikromol, oder gleich oder niedriger als 1320 Mikrogramm oder 130 Atemeinheiten.

Einreichung von:

- **Details der medikamentösen Behandlung in den 3 Monaten vor dem Provokationstest (siehe unten) müssen ebenfalls angegeben werden.**
- **Der Arzt sollte das exakt kalkulierte Volumen von PC₂₀ oder PD₂₀, das notwendig ist, angeben.**
- **Das Einreichen von Messdiagrammen und graphischen Nachweisen (Spirometrie oder Fluss-Volumen-Kurve) ist hilfreich.**

d) Bronchokonstriktions-Test:

Ein positives Testergebnis eines Bronchokonstriktions-Test wird definiert als ein Abfallen des FEV₁ von 15 % oder mehr nach Inhalation eines hypertonischen Aerosols (üblicherweise wird 4,5%-ige Kochsalzlösung verwendet).

Das Einreichen von Unterlagen und graphischen Nachweisen (Spirometrie oder Fluss-Volumen-Kurve) ist nützlich.

Beachte: Messungen der Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) [*maximaler Ausatemungsstrom in l/min*] werden nicht anerkannt. Die Einreichung von bronchialen Provokationstests unter Anwendung anderer pharmakologischer Mittel als Methacholin (z.B. Carabchol, Histamin oder Andenosin Monophosphat) wird nicht anerkannt.

Empfehlungen im Vorfeld eines Provokationstests

Damit optimale Bedingungen geschaffen werden können, um ein positives Ergebnis zu erhalten, ist es empfehlenswert, auf einige medikamentöse Behandlungen wie unten aufgeführt in einem Zeitraum von 8 bis 96 Stunden vor dem bronchialen Provokationstest zu verzichten:

- Keine kurzzeitig wirkenden Bronchodilatoren, Sodium Chromoglycat, Neocromil Sodium, Ipratropium Bromid oder Oxitropium oder Tiotropium Bromid für 8 Stunden.
- Keine langfristig wirkende Bronchodilatoren oder Antihistamine für 48 Stunden.
- Keine leukotrienen Antagonisten für 4 Tage.
- Inhalative Steroide sollten am Tag des Test nicht verabreicht werden.
- Koffein soll am Morgen des Tests nicht eingenommen werden.

- Kein hartes Training innerhalb 4 Tage vor dem Test und möglichst generell kein Training am Tag des Tests.

Kontrolliertes Asthma mit negativen Ergebnissen bei allen Tests

In dem außergewöhnlichen Fall, dass ein Athlet mit bekanntem, aber kontrolliertem Asthma ein „negatives“ Ergebnis bei dem bronchialen Provokationstest aufweist, obwohl er um den Einsatz von Beta-2-Agonisten ersucht, müssen zusätzlich zu den aus dem bronchialen Provokationstest erhaltenen negativen Ergebnissen folgende Dokumente beigefügt werden: Ein vom behandelnden Arzt vollständig erstellter Bericht über die medizinische Geschichte des Athleten einschließlich der Berichte über Aufenthalte oder die Aufnahme in Notaufnahmen von Krankenhäusern auf Grund akuter Verschlimmerungen des Asthmas und vorangegangene Behandlungen mit unterschiedlichen Medikamenten einschließlich systemischer Corticosteroide, und andere zusätzliche Informationen, die für eine Diagnose hilfreich sein könnten.

Abkürzungen

- FEV₁ = Forced expired volume [*Einsekundenkapazität; forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde*]
 PC₂₀ FEV₁ = die provokative Konzentration von Methacholin, die ein Abfallen von 20 % des FEV₁ auslöst
 PD₂₀ FEV₁ = die provokative Dosis Methacholin, die ein Abfallen von 20 % des FEV₁ auslöst

Literatur:

1. Anderson SD. Pulmonary function testing and bronchial provocation. In: Altman LC (ed) Allergy in Primary Care. W.B. Saunders Ltd, 2000: 49-64.
2. Anderson D, Argyros G J, Magnussen H, Holzer K. Provocation by eucapnic voluntary hyperpnoea to identify exercise induced bronchoconstriction. Br J Sports Med 2001; 35: 344-347.
3. Anderson SD, Brannan JD. Methods for 'indirect' challenge tests including exercise, eucapnic voluntary hyperpnoea and hypertonic aerosols. Clin Rev Allergy Immunol 2003; 24: 63-90.
4. Cockcroft DW, Davis BE, Todd DC, Smycniuk AJ. Methacholine challenge: >comparison of two methods.
5. Crapo RO, Casaburi R, Coates AL, et al. Guidelines for methacholine and exercise challenge testing-1999. Am J Respir Crit Care Med, 2000; 161:309-29.
6. Gold WM. Pulmonary function testing. IN. Murray JF, Nadel JA, (eds.) Textbook of Respiratory Medicine. 2nd ed. WB Saunders Co, Philadelphia 1994: 798-893.
7. Medical Commission. International Olympic Committee. Beta2 adrenoceptor agonists and the Olympic Winter Games in Salt Lake City.
8. Medical Commission. International Olympic Committee. Beta2 adrenoceptor agonists and the Olympic Winter Games in Turin 2006.
http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_981.pdf. Accesed on 15th December 2005.
9. Quanjer PH, Tammeling JE, Cotes ÖF, Pedersen R, Peslin R, Yemault JC. Lung volumes and forced ventilatory flows. Eur Respir J 1993; 6:5-40.
10. Rundell KW, Anderson SD, Spiering BA, Judelson DA. Field exercise vs laboratory eucapnic voluntary hyperventilation to identify airway hyperresponsiveness in elite cold weather athletes. Chest 2004; 125:909-15.
11. Smith CM, Anderson SD. Inhalational challenge using hypertonic saline in asthmatic subjects: a comparison with responses to hyperpnoea, methacholine and water. Eur Respir J 1990; 3: 144-51.
12. Sterk PJ, Fabri LM, Quanjer PH, et al. Airway responsiveness: Standardized challenge testing with pharmacological, physical and sensitizing stimuli in adults. Eur Respir J, 1993 ; 6 (Suppl 16) :53-83.