

Why we should allow performance enhancing drugs in sport

J Savulescu, B Foddy, M Clayton

The legalisation of drugs in sport may be fairer and safer

In 490 BC, the Persian Army landed on the plain of Marathon, 25 miles from Athens. The Athenians sent a messenger named Feidipides to Sparta to ask for help. He ran the 150 miles in two days. The Spartans were late. The Athenians attacked and, although outnumbered five to one, were victorious. Feidipides was sent to run back to Athens to report victory. On arrival, he screamed "We won" and dropped dead from exhaustion.

The marathon was run in the first modern Olympics in 1896, and in many ways the athletic ideal of modern athletes is inspired by the myth of the marathon. Their ideal is superhuman performance, at any cost.

DRUGS IN SPORT

The use of performance enhancing drugs in the modern Olympics is on record as early as the games of the third Olympiad, when Thomas Hicks won the marathon after receiving an injection of strychnine in the middle of the race.¹ The first official ban on "stimulating substances" by a sporting organisation was introduced by the International Amateur Athletic Federation in 1928.²

Using drugs to cheat in sport is not new, but it is becoming more effective. In 1976, the East German swimming team won 11 out of 13 Olympic events, and later sued the government for giving them anabolic steroids.³ Yet despite the health risks, and despite the regulating bodies' attempts to eliminate drugs from sport, the use of illegal substances is widely known to be rife. It hardly raises an eyebrow now when some famous athlete fails a dope test.

In 1992, Vicky Rabinowicz interviewed small groups of athletes. She found that Olympic athletes, in general, believed that most successful athletes were using banned substances.⁴

Much of the writing on the use of drugs in sport is focused on this kind of anecdotal evidence. There is very little rigorous, objective evidence because the athletes are doing something that is taboo, illegal, and sometimes highly dangerous. The anecdotal picture tells us that our attempts to eliminate drugs

from sport have failed. In the absence of good evidence, we need an analytical argument to determine what we should do.

CONDEMNED TO CHEATING?

We are far from the days of amateur sporting competition. Elite athletes can earn tens of millions of dollars every year in prize money alone, and millions more in sponsorships and endorsements. The lure of success is great. But the penalties for cheating are small. A six month or one year ban from competition is a small penalty to pay for further years of multimillion dollar success.

Drugs are much more effective today than they were in the days of strychnine and sheep's testicles. Studies involving the anabolic steroid androgen showed that, even in doses much lower than those used by athletes, muscular strength could be improved by 5–20%.⁵ Most athletes are also relatively unlikely to ever undergo testing. The International Amateur Athletic Federation estimates that only 10–15% of participating athletes are tested in each major competition.⁶

The enormous rewards for the winner, the effectiveness of the drugs, and the low rate of testing all combine to create a cheating "game" that is irresistible to athletes. Kjetil Haugen⁷ investigated the suggestion that athletes face a kind of prisoner's dilemma regarding drugs. His game theoretic model shows that, unless the likelihood of athletes being caught doping was raised to unrealistically high levels, or the payoffs for winning were reduced to unrealistically low levels, athletes could all be predicted to cheat. The current situation for athletes ensures that this is likely, even though they are worse off as a whole if everyone takes drugs, than if nobody takes drugs.

Drugs such as erythropoietin (EPO) and growth hormone are natural chemicals in the body. As technology advances, drugs have become harder to detect because they mimic natural processes. In a few years, there will be many undetectable drugs. Haugen's

analysis predicts the obvious: that when the risk of being caught is zero, athletes will all choose to cheat.

The recent Olympic games in Athens were the first to follow the introduction of a global anti-doping code. From the lead up to the games to the end of competition, 3000 drug tests were carried out: 2600 urine tests and 400 blood tests for the endurance enhancing drug EPO.⁸ From these, 23 athletes were found to have taken a banned substance—the most ever in an Olympic games.⁹ Ten of the men's weightlifting competitors were excluded.

The goal of "cleaning" up the sport is unattainable. Further down the track the spectre of genetic enhancement looms dark and large.

THE SPIRIT OF SPORT

So is cheating here to stay? Drugs are against the rules. But we define the rules of sport. If we made drugs legal and freely available, there would be no cheating.

The World Anti-Doping Agency code declares a drug illegal if it is performance enhancing, if it is a health risk, or if it violates the "spirit of sport".¹⁰ They define this spirit as follows.¹¹ The spirit of sport is the celebration of the human spirit, body, and mind, and is characterised by the following values:

- ethics, fair play and honesty
- health
- excellence in performance
- character and education
- fun and joy
- teamwork
- dedication and commitment
- respect for rules and laws
- respect for self and other participants
- courage
- community and solidarity

Would legal and freely available drugs violate this "spirit"? Would such a permissive rule be good for sport?

Human sport is different from sports involving other animals, such as horse or dog racing. The goal of a horse race is to find the fastest horse. Horses are lined up and flogged. The winner is the one with the best combination of biology, training, and rider. Basically, this is a test of biological potential. This was the old naturalistic Athenian vision of sport: find the strongest, fastest, or most skilled man.

Training aims to bring out this potential. Drugs that improve our natural potential are against the spirit of this model of sport. But this is not the only view of sport. Humans are not horses or dogs. We make choices and exercise our own judgment. We choose what kind of

training to use and how to run our race. We can display courage, determination, and wisdom. We are not flogged by a jockey on our back but drive ourselves. It is this judgment that competitors exercise when they choose diet, training, and whether to take drugs. We can choose what kind of competitor to be, not just through training, but through biological manipulation. Human sport is different from animal sport because it is creative. Far from being against the spirit of sport, biological manipulation embodies the human spirit—the capacity to improve ourselves on the basis of reason and judgment. When we exercise our reason, we do what only humans do.

The result will be that the winner is not the person who was born with the best genetic potential to be strongest. Sport would be less of a genetic lottery. The winner will be the person with a combination of the genetic potential, training, psychology, and judgment. Olympic performance would be the result of human creativity and choice, not a very expensive horse race.

Classical musicians commonly use β blockers to control their stage fright. These drugs lower heart rate and blood pressure, reducing the physical effects of stress, and it has been shown that the quality of a musical performance is improved if the musician takes these drugs.¹² Although elite classical music is arguably as competitive as elite sport, and the rewards are similar, there is no stigma attached to the use of these drugs. We do not think less of the violinist or pianist who uses them. If the audience judges the performance to be improved with drugs, then the drugs are enabling the musician to express him or herself more effectively. The competition between elite musicians has rules—you cannot mime the violin to a backing CD. But there is no rule against the use of chemical enhancements.

Is classical music a good metaphor for elite sport? Sachin Tendulkar is known as the “Maestro from Mumbai”. The Associated Press called Maria Sharapova’s 2004 Wimbledon final a “virtuoso performance”.¹³ Jim Murray¹⁴ wrote the following about Michael Jordan in 1996:

“You go to see Michael Jordan play for the same reason you went to see Astaire dance, Olivier act or the sun set over Canada. It’s art. It should be painted, not photographed. It’s not a game, it’s a recital. He’s not just a player, he’s a virtuoso. Heifetz with a violin. Horowitz at the piano.”

Indeed, it seems reasonable to suggest that the reasons we appreciate sport at its elite level have something to do with competition, but also a great deal to do with the appreciation of an extraordinary performance.

Clearly the application of this kind of creativity is limited by the rules of the sport. Riding a motorbike would not be a “creative” solution to winning the Tour de France, and there are good reasons for proscribing this in the rules. If motorbikes were allowed, it would still be a good sport, but it would no longer be a bicycle race.

We should not think that allowing cyclists to take EPO would turn the Tour de France into some kind of “drug race”, any more than the various training methods available turn it into a “training race” or a “money race”. Athletes train in different, creative ways, but ultimately they still ride similar bikes, on the same course. The skill of negotiating the steep winding descent will always be there.

UNFAIR?

People do well at sport as a result of the genetic lottery that happened to deal them a winning hand. Genetic tests are available to identify those with the greatest potential. If you have one version of the ACE gene, you will be better at long distance events. If you have another, you will be better at short distance events. Black Africans do better at short distance events because of biologically superior muscle type and bone structure. Sport discriminates against the genetically unfit. Sport is the province of the genetic elite (or freak).

The starkest example is the Finnish skier Eero Maentyranta. In 1964, he won three gold medals. Subsequently it was found he had a genetic mutation that meant that he “naturally” had 40–50% more red blood cells than average.¹⁵ Was it fair that he had significant advantage given to him by chance?

The ability to perform well in sporting events is determined by the ability to deliver oxygen to muscles. Oxygen is carried by red blood cells. The more red blood cells, the more oxygen you can carry. This in turn controls an athlete’s performance in aerobic exercise. EPO is a natural hormone that stimulates red blood cell production, raising the packed cell volume (PCV)—the percentage of the blood comprised of red blood cells. EPO is produced in response to anaemia, haemorrhage, pregnancy, or living at altitude. Athletes began injecting recombinant human EPO in the 1970s, and it was officially banned in 1985.¹⁶

At sea level, the average person has a PCV of 0.4–0.5. It naturally varies; 5% of

people have a packed cell volume above 0.5,¹⁷ and that of elite athletes is more likely to exceed 0.5, either because their high packed cell volume has led them to success in sport or because of their training.¹⁸

Raising the PCV too high can cause health problems. The risk of harm rapidly rises as PCV gets above 50%. One study showed that in men whose PCV was 0.51 or more, risk of stroke was significantly raised (relative risk = 2.5), after adjustment for other causes of stroke.¹⁹ At these levels, raised PCV combined with hypertension would cause a ninefold increase in stroke risk. In endurance sports, dehydration causes an athlete’s blood to thicken, further raising blood viscosity and pressure.²⁰ What begins as a relatively low risk of stroke or heart attack can rise acutely during exercise.

In the early 1990s, after EPO doping gained popularity but before tests for its presence were available, several Dutch cyclists died in their sleep due to inexplicable cardiac arrest. This has been attributed to high levels of EPO doping.²¹ The risks from raising an athlete’s PCV too high are real and serious.

Use of EPO is endemic in cycling and many other sports. In 1998, the Festina team was expelled from the Tour de France after trainer Willy Voet was caught with 400 vials of performance enhancing drugs.²² The following year, the World Anti-Doping Agency was established as a result of the scandal. However, EPO is extremely hard to detect and its use has continued. Italy’s Olympic anti-doping director observed in 2003 that the amount of EPO sold in Italy outweighed the amount needed for sick people by a factor of six.²³

In addition to trying to detect EPO directly, the International Cycling Union requires athletes to have a PCV no higher than 0.5. But 5% of people naturally have a PCV higher than 0.5. Athletes with a naturally high PCV cannot race unless doctors do a number of tests to show that their PCV is natural. Charles Wegelius was a British rider who was banned and then cleared in 2003. He had had his spleen removed in 1998 after an accident, and as the spleen removes red blood cells, its absence resulted in an increased PCV.²⁴

There are other ways to increase the number of red blood cells that are legal. Altitude training can push the PCV to dangerous, even fatal, levels. More recently, hypoxic air machines have been used to simulate altitude training. The body responds by releasing natural EPO and growing more blood cells, so that it can absorb more oxygen with

every breath. The Hypoxico promotional material quotes Tim Seaman, a US athlete, who claims that the hypoxic air tent has “given my blood the legal ‘boost’ that it needs to be competitive at the world level.”²⁵

There is one way to boost an athlete’s number of red blood cells that is completely undetectable:²⁶ autologous blood doping. In this process, athletes remove some blood, and reinject it after their body has made new blood to replace it. This method was popular before recombinant human EPO became available.

“By allowing everyone to take performance enhancing drugs, we level the playing field.”

There is no difference between elevating your blood count by altitude training, by using a hypoxic air machine, or by taking EPO. But the last is illegal. Some competitors have high PCVs and an advantage by luck. Some can afford hypoxic air machines. Is this fair? Nature is not fair. Ian Thorpe has enormous feet which give him an advantage that no other swimmer can get, no matter how much they exercise. Some gymnasts are more flexible, and some basketball players are seven feet tall. By allowing everyone to take performance enhancing drugs, we level the playing field. We remove the effects of genetic inequality. Far from being unfair, allowing performance enhancement promotes equality.

JUST FOR THE RICH?

Would this turn sport into a competition of expensive technology? Forget the romantic ancient Greek ideal. The Olympics is a business. In the four years before the Athens Olympics, Australia spent \$547 million on sport funding,²⁷ with \$13.8 million just to send the Olympic team to Athens.²⁸ With its highest ever funding, the Australian team brought home 17 gold medals, also its highest. On these figures, a gold medal costs about \$32 million. Australia came 4th in the medal tally in Athens despite having the 52nd largest population. Neither the Australian multicultural genetic heritage nor the flat landscape and desert could have endowed Australians with any special advantage. They won because they spent more. Money buys success. They have already embraced strategies and technologies that are inaccessible to the poor.

Paradoxically, permitting drugs in sport could reduce economic discrimination. The cost of a hypoxic air machine and tent is about US\$7000.²⁹ Sending an athlete to a high altitude

training location for months may be even more expensive. This arguably puts legal methods for raising an athlete’s PCV beyond the reach of poorer athletes. It is the illegal forms that level the playing field in this regard.

One popular form of recombinant human EPO is called Epogen. At the time of writing, the American chain Walgreens offers Epogen for US\$86 for 6000 international units (IU). The maintenance dose of EPO is typically 20 IU per kg body weight, once a week.³⁰ An athlete who weighs 100 kg therefore needs 2000 IU a week, or 8600 IU a month. Epogen costs the athlete about US\$122 a month. Even if the Epogen treatment begins four years before an event, it is still cheaper than the hypoxic air machine. There are limits on how much haemoglobin an athlete can produce, however much EPO they inject, so there is a natural cap on the amount of money they can spend on this method.

Meanwhile, in 2000, the cost of an in competition recombinant EPO test was about US\$130 per sample.³¹ This test is significantly more complex than a simple PCV test, which would not distinguish exogenous or endogenous EPO. If monetary inequalities are a real concern in sport, then the enormous sums required to test every athlete could instead be spent on grants to provide EPO to poorer athletes, and PCV tests to ensure that athletes have not thickened their blood to unsafe levels.

UNSAFE?

Should there be any limits to drugs in sport?

There is one limit: safety. We do not want an Olympics in which people die before, during, or after competition. What matters is health and fitness to compete. Rather than testing for drugs, we should focus more on health and fitness to compete. Forget testing for EPO, monitor the PCV. We need to set a safe level of PCV. In the cycling world, that is 0.5. Anyone with a PCV above that level, whether through the use of drugs, training, or natural mutation, should be prevented from participating on safety grounds. If someone naturally has a PCV of 0.6 and is allowed to compete, then that risk is reasonable and everyone should be allowed to increase their PCV to 0.6. What matters is what is a safe concentration of growth hormone—not whether it is natural or artificial.

We need to take safety more seriously. In the 1960s, East German athletes underwent systematic government sanctioned prescription of anabolic steroids, and were awarded millions of dollars in compensation in 2002. Some of the female athletes had been compelled to

change their sex because of the large quantities of testosterone they had been given.³²

We should permit drugs that are safe, and continue to ban and monitor drugs that are unsafe. There is another argument for this policy based on fairness: provided that a drug is safe, it is unfair to the honest athletes that they have to miss out on an advantage that the cheaters enjoy.

Taking EPO up to the safe level, say 0.5, is not a problem. This allows athletes to correct for natural inequality. There are of course some drugs that are harmful in themselves—for example, anabolic steroids. We should focus on detecting these because they are harmful not because they enhance performance.

Far from harming athletes, paradoxically, such a proposal may protect our athletes. There would be more rigorous and regular evaluation of an athlete’s health and fitness to perform. Moreover, the current incentive is to develop undetectable drugs, with little concern for safety. If safe performance enhancement drugs were permitted, there would be greater pressure to develop safe drugs. Drugs would tend to become safer.

This is perhaps best illustrated by the case of American sailor Kevin Hall. Hall lost his testicles to cancer, meaning that he required testosterone injections to remain healthy. As testosterone is an anabolic steroid, he had to prove to four separate governing bodies that he was not using the substance to gain an advantage.³³ Any tests that we do should be sensitive to the health of the athlete; to focus on the substances themselves is dogmatic.

Not only this, but health testing can help to mitigate the dangers inherent in sport.

For many athletes, sport is not safe enough without drugs. If they suffer from asthma, high blood pressure, or cardiac arrhythmia, sport places their bodies under unique stresses, which raise the likelihood of a chronic or catastrophic harm. For example, between 1985 and 1995, at least 121 US athletes collapsed and died directly after or during a training session or competition—most often because they had hypertrophic cardiomyopathy or heart malformations.³⁴ The relatively high incidence of sudden cardiac death in young athletes has prompted the American Heart Association to recommend that all athletes undergo cardiac screening before being allowed to train or compete.³⁵

Sometimes, the treatments for these conditions will raise the performance of an athlete beyond that which they could

attain naturally. But safety should come first. If an archer requires β blockers to treat heart disease, we should not be concerned that this will give him or her an advantage over other archers. Or if an anaemic cyclist wants to take EPO, we should be most concerned with the treatment of the anaemia.

If we are serious about safety in sport, we should also be prepared to discuss changes to the rules and equipment involved in sports which are themselves inherently dangerous. Formula One motor racing, once the most deadly of sports, has not seen a driver death in over six years, largely because of radical changes in the safety engineering of the tracks and the cars. Meanwhile, professional boxing remains inherently dangerous; David Rickman died during a bout in March 2004, even though he passed a physical examination the day before.³⁶

CHILDREN

Linford Christie, who served a two year drug ban from athletics competition, said that athletics “is so corrupt now I wouldn’t want my child doing it”.³⁷ But apart from the moral harms to children in competing in a corrupt sport, should we withhold them from professional sport for medical reasons?

The case where the athletes are too young to be fully autonomous is different for two important reasons. Firstly, children are much less capable of rejecting training methods and treatments that their coach wishes to use. Secondly, we think it is worth protecting the range of future options open to a child.

There is a serious ethical problem with allowing children to make any kind of choice that substantially closes off their options for future lifestyles and career choices. If we do not consider children competent for the purposes of allowing them to make choices that cause them harm, then we should not allow them to decide to direct all of their time to professional gymnastics at age 10. The modifications such a choice can make to a child’s upbringing are as serious, and potentially as harmful, as many of the available performance enhancing drugs. Children who enter elite sport miss large parts of the education and socialisation that their peers receive, and are submitted to intense psychological pressure at an age when they are ill equipped to deal with it.

We argue that it is clear that children, who are not empowered to refuse harmful drugs, should not be given them by their coaches or parents. But the same principles that make this point obvious should also make it obvious

that these children should not be involved in elite competitive sport in the first place. However, if children are allowed to train as professional athletes, then they should be allowed to take the same drugs, provided that they are no more dangerous than their training is.

Haugen’s model showed that one of the biggest problems in fighting drug use was that the size of the rewards for winning could never be overshadowed by the penalties for being caught. With this in mind, we can begin to protect children by banning them from professional sport.

CLIMATE OF CHEATING

If we compare the medical harms of the entire worldwide doping problem, they would have to be much less than the worldwide harms stemming from civilian illicit drug use. And yet, per drug user, the amount of money spent on combating drugs in sport outweighs the amount spent on combating civilian drug use by orders of magnitude.

We can fairly assume that if medical harms and adherence to law were the only reasons we felt compelled to eradicate doping, then the monetary value we placed on cleaning up sport should be the same, per drug user, as the monetary value we place on eradicating recreational drug use. And yet it is not.

Because of this, it should be obvious that it is not medical harms that we think are primarily at stake, but harm to sport as a whole, a purported violation of its spirit. It is a problem for the credibility of elite sport, if everyone is cheating.

If it is this climate of cheating that is our primary concern, then we should aim to draft sporting rules to which athletes are willing to adhere.

PROHIBITION

It is one thing to argue that banning performance enhancing drugs has not been successful, or even that it will never be successful. But it should also be noted that the prohibition of a substance that is already in demand carries its own intrinsic harms.

The Prohibition of Alcohol in America during the 1920s led to a change in drinking habits that actually increased consumption. Driven from public bars, people began to drink at home, where the alcohol was more readily available, and the incidence of deaths due to alcoholism rose or remained stable, while they dropped widely around the world in countries without prohibition.³⁸ Furthermore, as the quality of the alcohol was unregulated, the incidence of death from poisoned alcohol rose fourfold in five years.³⁹

Even when prohibition leads to a decrease in consumption, it often leads to the creation of a black market to supply the continuing demand, as it did in the Greenland study of alcohol rationing.⁴⁰ Black markets supply a product that is by definition unregulated, meaning that the use is unregulated and the safety of the product is questionable.

The direct risks from prohibiting performance enhancing drugs in sport are similar, but probably much more pronounced. Athletes currently administer performance enhancing substances in doses that are commensurate with the amount of performance gain they wish to attain, rather than the dose that can be considered “safe”. The athletic elite have near unlimited funds and the goal of near unlimited performance, a framework that results in the use of extremely unsafe doses. If athletes are excluded when their bodies are unsafe for competition, this kind of direct consequence from prohibition would be reduced.

THE PROBLEM OF STRICT LIABILITY

Lord Coe, a dual Olympic champion, has defended the doctrine of “strict liability”, as it is currently applied to athletes who use a banned substance:⁴¹

“...The rule of strict liability—under which athletes have to be solely and legally responsible for what they consume—must remain supreme. We cannot, without blinding reason and cause, move one millimetre from strict liability—if we do, the battle to save sport is lost.”

The best reason for adhering to this rule is that, if coaches were made responsible for drugs that they had given to their athletes, then the coach would be banned or fined, and the athlete could still win the event. In this situation, other athletes would still be forced to take drugs in order to be competitive, even though the “cheat” had been caught.

But the doctrine of strict liability makes victims of athletes such as those of the East German swim team, who are competing in good faith but have been forced to take drugs. It also seems dogmatically punitive for athletes like British skier Alain Baxter, who accidentally inhaled a banned stimulant when he used the American version of a Vicks decongestant inhaler, without realising that it differed from the British model.⁴²

It seems that strict liability is unfair to athletes, but its absence is equally unfair. Our proposal solves this paradox—when

we exclude athletes only on the basis of whether they are healthy enough to compete, the question of responsibility and liability becomes irrelevant. Accidental or unwitting consumption of a risky drug is still risky; the issue of good faith is irrelevant.

ALTERNATIVE STRATEGIES

Michael Ashenden⁴³ proposes that we keep progressive logs of each athlete's PCV and hormone concentrations. Significant deviations from the expected value would require follow up testing. The Italian Cycling Federation decided in 2000 that all juniors would be tested to provide a baseline PCV and given a "Hematologic Passport".

Although this strategy is in many ways preferable to the prohibition of doping, it does nothing to correct the dangers facing an athlete who has an unsafe baseline PCV or testosterone concentration.

TEST FOR HEALTH, NOT DRUGS

The welfare of the athlete must be our primary concern. If a drug does not expose an athlete to excessive risk, we should allow it even if it enhances performance. We have two choices: to vainly try to turn the clock back, or to rethink who we are and what sport is, and to make a new 21st century Olympics. Not a super-Olympics but a more human Olympics. Our crusade against drugs in sport has failed. Rather than fearing drugs in sport, we should embrace them.

In 1998, the president of the International Olympic Committee, Juan-Antonio Samaranch, suggested that athletes be allowed to use non-harmful performance enhancing drugs.⁴⁴ This view makes sense only if, by not using drugs, we are assured that athletes are not being harmed.

Performance enhancement is not against the spirit of sport; it is the spirit of sport. To choose to be better is to be human. Athletes should be the given this choice. Their welfare should be paramount. But taking drugs is not necessarily cheating. The legalisation of drugs in sport may be fairer and safer.

Br J Sports Med 2004;**38**:666–670.
doi: 10.1136/bjism.2004.005249

Authors' affiliations

J Savulescu, Uehiro Chair of Practical Ethics, University of Oxford, Oxford, UK
B Foddy, **M Clayton**, Murdoch Childrens Research Institute, Melbourne, Victoria, Australia

Correspondence to: Professor Savulescu, Flat 2, 3 Bradmore Road, Oxford OX2 6QW, UK; julian.savulescu@philosophy.ox.ac.uk

An earlier, abridged version of this piece was published as "Good sport, bad sport" in *The Age*, 3 August 2004, p A3-1.

REFERENCES

- 1 **House of Commons, Select Committee on Culture, Media and Sport**. 2004. Seventh Report of Session 2003–2004, UK Parliament, HC 499-I.
- 2 **House of Commons, Select Committee on Culture, Media and Sport**. 2004. Seventh Report of Session 2003–2004, UK Parliament, HC 499-I.
- 3 **Longman, J**. 2004. East German steroids' toll: 'they killed Heidi', *New York Times* 2004 Jan 20, sect D:1.
- 4 **Rabinowicz V**. Athletes and drugs: a separate pace? *Psychol Today* 1992;**25**:52–3.
- 5 **Hartgens F**, Kuipers H. Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports Med* 2004;**34**:513–54.
- 6 IAAF, 2004. <http://www.iaaf.org/antidoping/index.html>.
- 7 **Haugen KK**. The performance-enhancing drug game. *Journal of Sports Economics* 2004;**5**:67–87.
- 8 **Wilson S**. *Boxer Munyasia fails drug test in Athens*. Athens: Associated Press, 2004 Aug 10.
- 9 **Zinser L**. With drug-tainted past, few track records fall. *New York Times* 2004 Aug 29, Late Edition, p 1.
- 10 **WADA**. World Anti-Doping Code, Montreal. World Anti-Doping Agency, 2003:16.
- 11 **WADA**. World Anti-Doping Code, Montreal. World Anti-Doping Agency, 2003:3.
- 12 **Brantigan CO**, Brantigan TA, Joseph N. Effect of beta blockade and beta stimulation on stage fright. *Am J Med* 1982;**72**:88–94.
- 13 **Wilson S**. Sharapova beats Williams for title. *Associated Press*, 2004 Jul 3, 09:10am.
- 14 **Murray J**. It's basketball played on a higher plane. *Los Angeles Times* 1996 Feb 4 1996, sect C:1.
- 15 **Booth F**, Tseng B, Flück M, et al. Molecular and cellular adaptation of muscle in response to physical training. *Acta Physiol Scand* 1998;**162**:343–50.
- 16 **Caitlin DH**, Murray TH. Performance-enhancing drugs, fair competition, and olympic sport. *JAMA* 1996;**276**:231–7.
- 17 **Fairbanks VF**, Tefferi A. Normal ranges for packed cell volume and hemoglobin concentration in adults: relevance to 'apparent polycythemia'. *Eur J Haematol* 2000;**65**:285–96.
- 18 **Schumacher YO**, Grathwohl D, Barturen JM, et al. Haemoglobin, haematocrit and red blood cell indices in elite cyclists. Are the control values for blood testing valid? *Int J Sports Med* 2000;**21**:380–5.

- 19 **Wannamethee G**, Perry IJ, Shaper AG. Haematocrit, hypertension and risk of stroke. *J Intern Med* 1994;**235**:163–8.
- 20 **Caitlin DH**, Hatton CK. Use and abuse of anabolic and other drugs for athletic enhancement. *Adv Intern Med* 1991;**36**:399–424.
- 21 **Cazzola M**. A global strategy for prevention and detection of blood doping with erythropoietin and related drugs. *Haematologica* 2000;**85**:561–3.
- 22 BBC News 199823 Jul. http://news.bbc.co.uk/1/hi/special_report/1998/07/98/tour_de_france/138079.stm.
- 23 **Tofi G**. "Doping fenomeno di massa. E' usato da 400mila italiani". *Libera* 2003 11 Nov, 17.
- 24 BBC Sport 2003 12 Feb. http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-sport2/hi/other_sports/cycling/3258168.stm.
- 25 **Hypoxico website**. <http://www.hypoxicent.com>.
- 26 **Browne A**, LaChance V, Pipe A. The ethics of blood testing as an element of doping control in sport. *Med Sci Sports Exerc* 1999;**31**:497–501.
- 27 **Australian Olympic Committee**. AOC welcomes funding boost. <http://www.olympics.com.au/default.asp?pg=home&spg=display&articleid=943>, 2001 Apr 24.
- 28 **Australian Olympic Committee**. 2001–2003, Programs and funding guidelines for sports on the program for the 2004 Olympic Games in Athens (For the period 1 January 2001 to 31 December 2004). 9 March 2001. Updated 20 November 2003. <http://www.olympics.com.au/cp7/c9/webi/externaldocument/00000954aay.pdf>.
- 29 As of August 2004 from the Hypoxico website.
- 30 **Russell G**, Gore CJ, Ashenden MJ, et al. Effects of prolonged low doses of recombinant human erythropoietin during submaximal and maximal exercise. *Eur J Appl Physiol* 2002;**86**:442–9.
- 31 **Abbott A**. What price the Olympian ideal? *Nature* 2000 Sep;**407**:124–7.
- 32 **Tufts A**. Doped East German athletes to receive compensation. *BMJ* 2002;**324**:29.
- 33 **Wilson B**. Hall overcomes cancer, then red tape to reach Olympics. *Associated Press*, 2004 Aug 13.
- 34 **Maron B**, Shirani J, Liviou C, et al. Sudden death in young competitive athletes: clinical, demographic and pathological profiles. *JAMA* 1996;**276**:199–204.
- 35 **Potera C**. AHA panel outlines sudden death screening standards. *Phys Sportsmed* 1996;**24**:27.
- 36 **Heath D**. Local boxer dies two days after knockout. Jacksonville: *The Florida Times-Union*, 2004 Mar 30, sect E:1.
- 37 **Coe S**. Athletics: Christie out of order for corruption claims. *The Daily Telegraph*, 2001 Feb 13.
- 38 **Warburton C**. *The Economic results of prohibition*. New York: Columbia University Press, 1932:78–90.
- 39 **Coffey TM**. *The long thirst: prohibition in America, 1920–1933*. New York: WW Norton & Co, 1975:196–8.
- 40 **Schechter EJ**. Alcohol rationing and control systems in Greenland. *Contemp Drug Probl* 1986;**18**:587–620.
- 41 **Coe S**. We cannot move from strict liability rule. *The Daily Telegraph*, 2004 Feb 25.
- 42 **Wilson S**. British skier found guilty of doping, stripped of slalom bronze medal. London: The Associated Press State and Local Wire, 2002 Mar 21.
- 43 **Ashenden M**. A strategy to deter blood doping in sport. *Haematologica* 2002;**87**:225–34.
- 44 **Downes S**. Samaranch move stuns critics. *The Sunday Times* (London). 1999 Jan 31.

Sudden death

Sudden death risk in older athletes: increasing the denominator

D S Tunstall Pedoe

Excluding the older athlete should be a last resort

Publicity and campaigning surrounding the tragedy of sudden death in young athletes (incidence 1 in 200 000 young athletes per year)¹ has rather overshadowed the mortality risk of older competitors aged >30.

Population studies show that death rates during sports participation increase dramatically with age² as the incidence of coronary heart disease increases. Is this just coincidental, or is the sport triggering the deaths? The highest overall mortality (numbers dying—"the numerator") is in recreational sports favoured by the middle aged and elderly, such as fishing and lawn bowls. This is because of the large numbers of participants and their lengthy exposure (time spent participating in the sport) ("the denominator") in assessing comparative risk. The latter will vary with different populations of participants.

Sport exposure risk =

$$\frac{\text{Number of deaths (Numerator)}}{\text{Number of participants} \times \text{Time of exposure to risk (Denominator)}}$$

Lack of information about the denominator means that in most sports and recreational activity the exposure risk cannot be calculated and so compared. Collecting the death statistics without the denominator is almost meaningless, and can lead to illogical deductions, for instance that recreational fishing is more dangerous than hang gliding.

"His death had seriously held up play, and the ambulance had damaged the grass."

Many sports have their share of older coronary prone participants. I recall visiting a golf club many years ago the day after a sudden coronary death on the 12th fairway. Members felt that it was very inconsiderate of the deceased, who had had previous cardiac events. His death had seriously held up play, and the ambulance had damaged the grass. He should not have played.

Should we try to prevent older athletes with high risk from participating, and possibly upsetting other participants? This would mean screening them, stratifying the risk, trying to exclude those with high risk, and giving those passing the screening regular subsequent checks. This would be expensive for rather poor predictive value³ and likely to inhibit healthy, beneficial exercise for the majority.

Or should we, as one of my (now deceased) patients suggested to me, encourage our ageing population to take up increasingly risky pursuits including dangerous sports in order to reduce the risks of them becoming a long term geriatric burden? A heretical and provocative view! Older people are on the whole more risk averse. Dangerous sports and pursuits cause not only death but can cause chronic disability. However, when aged >75, with limited hearing, eyesight, and mobility, even crossing the road can become a dangerous "sport".

Older "athletes" are being encouraged by publicity surrounding mass participation events, such as marathons, and by health education to exercise and "have a go" in many sports. There have been remarkable performances by what one hesitates to call "the elderly". A 70 year old has climbed Mount Everest and another has become the oldest successful English Channel swimmer. The 2004 London Marathon reported several 80 year olds and a 92 year old runner, who finished in 6 hours 7 minutes.

The age distribution of the London Marathon shows the largest numbers in the half decade 35–39 years old inclusive, the next largest is 40–44 inclusive.

What are the death risks in these older athletes? These are overwhelmingly from coronary heart disease.^{4,5} Predicting the risk is complicated. Whereas regular aerobic exercise reduces the risk of coronary events overall, and reduces risk factors for coronary artery disease, there is no doubt that exertion increases the risk of coronary events in those who have ischaemic (and other) heart disease.⁶ Exercise (exertion) prevents, but also precipitates cardiac events.

To predict the risk for any particular event such as the London Marathon with its 32 000 participants you would need to know:

- the age and sex distribution of the competitors
- the incidence of coronary disease in the various population subgroups entering the marathon
- the duration of exposure to risk
- the intensity of exercise and its accompanying increased risk.

This list contains a lot of unknowns, but there are more.

Is the risk linear with time spent running in the marathon? Probably not, but data recording reduced risk from road races of shorter distance suggest that time of exposure is important rather than just peak intensity of exercise, which would be higher in shorter distance races and would give the opposite effect.⁷

Calculations are complicated by the fact that marathon runners are not a randomly selected subgroup of the population. Some older athletes take up exercise as a lifestyle change. They aim to reduce their known high risk of coronary events and may believe the claims of the now discredited 1970s running "gurus" James Fixx (author of *The complete book of running*) and Dr Tom Bassler, that if they take enough exercise they are immune from, or can even reverse, coronary artery disease.

"I had coronary artery surgery 15 years ago and have cured my heart disease by running marathons," says a runner raising money for the British Heart Foundation, in a report from an East Anglian newspaper. Such naivety is not uncommon and may lead to a dangerous denial of symptoms.

The distribution of coronary risk may therefore be distorted by these factors, making prediction difficult. What are the measured risks? Road running is one of the few sports with large numbers of participants and measured exposure.^{8,9} Associated with 580 000 runs in the London Marathon since 1981, there have been eight deaths. One was from subarachnoid haemorrhage, two from hypertrophic cardiomyopathy, and five from coronary heart disease. (There have also been five successful cardiac resuscitations, all with coronary heart disease.) Counting all the eight deaths (including the 22 year old runner with subarachnoid haemorrhage) and postulating the average time of exposure as 4.5 hours, this gives the following statistics on the exposure death risk of running the London Marathon (table 1).

The death rate normalised for "time of exposure" can be compared with day

Table 1 London Marathon deaths over 24 years compared with European Transport Safety Council travel risks 2001–2002 (>580 000 marathons, 25 million km, eight deaths)

Mode of transport	Deaths/100 million km	Deaths/100 million hours	Deaths/100 years	Normalised death risk/time exposed
London Marathon 1981–2004	32	308	2.67	12
Motorcycle	13.8	440	3.81	18
Bicycle	5.4	75	0.65	3
Car	0.7	25	0.21	1
Airline	0.035	16	0.138	0.67
Rail	0.035	2	0.017	0.08

to day risks of road vehicular transport in Europe and is less than that for motorcycles (two thirds), but four times that of riding a bicycle for the same length of time. The transport figures are from the European Transport Safety Council and have been updated since those used in earlier publications.^{9 10}

In the last few years, the death risk of European travel has become safer with a larger denominator (number of people travelling on the roads).

Increasing participation of older athletes (denominator), with all the health benefits for the vast majority, will probably result in an increase in the

total number of sports deaths. However, this should be more than balanced by a decrease in the overall risk of death in those taking regular exercise.

Dying on the golf course, although unfortunate, should become more socially acceptable as the benefits of exercise even for the coronary prone are more generally appreciated.

Excluding the older athlete should be a last resort.

Br J Sports Med 2004;**38**:671–672.
doi: 10.1136/bjism.2003.006064

Correspondence to: Dr Tunstall Pedoe, Cardiac Department, St Bartholomew's Hospital, West

Smithfield, London EC1A 7BE, UK;
dantpmardr@aol.com

REFERENCES

- 1 Maron BJ. Cardiovascular risk to young persons on the athletic field. *Ann Intern Med* 1996;**129**:379–86.
- 2 Whittington RM, Banerjee A. Sport related sudden natural death in the City of Birmingham. *J R Soc Med* 1994;**87**:18–21.
- 3 Epstein SE, Maron BJ. Sudden death and the competitive athlete: perspectives on preparticipation screening studies. *J Am Coll Cardiol* 1986;**7**:220–30.
- 4 Northcote RJ, Flannigan C, et al. Sudden death and vigorous exercise: a study of 60 deaths associated with squash. *Br Heart J* 1986;**55**:198–203.
- 5 Thompson PD, Funk EJ, Carleton RA, et al. Incidence of death during jogging in Rhode Island from 1975 through 1980. *JAMA* 1982;**247**:2535–8.
- 6 Siscovick DS, Weiss NS, Fletcher RH, et al. The incidence of primary cardiac arrest during vigorous exercise. *N Engl J Med* 1984;**311**:874–7.
- 7 Frere JA, Maharam LG, Van Camp SP. The risk of death in running road races. Does race length matter? *Phys Sportsmed* 2004;**32**.
- 8 Maron BJ, Poliac LC, Roberts WO. Risk for sudden cardiac death associated with marathon running. *J Am Coll Cardiol* 1996;**28**:428–31.
- 9 Tunstall Pedoe DS. Sudden cardiac death in sport: spectre or preventable risk? *Br J Sports Med* 2000;**34**:137–40.
- 10 Tunstall Pedoe DS. Marathon myths and marathon medicine. In: Tunstall Pedoe DS, ed. *Marathon medicine*. London: RSM Press, 2001:3–14.

Tendinopathy

Reactive oxygen species and tendinopathy: do they matter?

C S Bestwick, N Maffulli

Reactive oxygen species are probably involved in tendinopathy

We propose that a molecular link between the exaggerated dysfunctional repair response in overuse tendinopathies and the subsequent orchestration of effective tendon healing is the control of the production and persistence of reactive oxygen species within the intracellular and extracellular milieu of the tendon tissue. Reactive oxygen production and the ensuing cellular response can be strongly influenced by lifestyle factors such as the intensity and frequency of exercise.

“Reactive oxygen species” (ROS; also referred to as active oxygen species, AOS; reactive oxygen intermediates, ROI) is a collective term for both radical and non-radical but reactive species

derived from oxygen. A free radical, is “any species capable of independent existence that contains one or more unpaired electrons”.¹ The presence of such unpaired electron(s) often imparts considerable reactivity. Commonly detected and potentially physiologically relevant ROS include the superoxide anion, hydrogen peroxide (H₂O₂), the hydroxyl radical, singlet oxygen, and peroxy radicals. A further and inter-related group are the reactive nitrogen species (RNS)—for example, peroxy-nitrite.¹

ROS are continually produced during normal cell metabolism. The mitochondrial respiratory chain, NADPH-cytochrome P₄₅₀ enzymes in the endoplasmic reticulum, phagocytic cells,

lipoxygenase, and cyclo-oxygenase are also sources of basal ROS production.¹ Trauma and environmental and physiological stimuli may enhance ROS production.¹

Traditionally, ROS are viewed as imposing cellular/tissue damage through lipid peroxidation, protein modification, DNA strand cleavage, and oxidative base modification, although the relative reactivity and susceptibility of the molecular targets vary. Thus, ROS production is implicated in numerous aspects of pathophysiology including tumorigenesis, coronary heart disease, autoimmune disease, overuse exercise related damage to muscle, and impairment of fracture healing.^{1 2}

This association with cellular damage and pathology has predisposed much of the literature to consider decreased ROS production de facto a universally desirable phenomenon. This, however, belies the complexity of ROS action, in which subtle changes in ROS type and concentration may exert profound effects on cell metabolism and development including proliferation, differentiation, and adaptive responses. At higher levels, ROS may initiate and/or execute the demise of the cell. The ability of H₂O₂ to diffuse across membranes imparts potential to exert effects at sites distant

from its production. Thus ROS changes may have widespread consequences for cell function as well as integrity and viability.^{3,4}

POTENTIAL SOURCES OF ROS PRODUCTION IN TENDINOPATHY

To our knowledge, there is a paucity of studies on ROS participation in clinically relevant models of tendinopathy. However, recent investigations show increased expression of peroxiredoxin 5, a thioredoxin peroxidase with antioxidant properties, in tendinopathic tendon, suggesting that oxidative stress may be involved in the pathogenesis of tendon degeneration.⁵ Raised ROS concentrations are proposed to contribute to the development of tendinopathy as a side effect of fluoroquinolone antibiotic use.⁶

What is the potential source(s) of ROS production in the tendon or its immediate vicinity? During cyclical loading of the tendon, the period of maximum tensile load is associated with ischaemia,⁷ and subsequent restoration of normal tissue oxygenation may enhance ROS production. Hyperthermia in the exercising tendon may stimulate ROS production, probably from the mitochondria.⁷ Fibroblasts also specifically generate ROS, through an NADPH oxidase complex, in response to cytokines and growth factors, the production and release of which are stimulated after tendon injury.^{8,9}

A further possibility is that tendons are indirectly influenced by changes in ROS metabolism in other tissues and cells such as in exercising muscle. Resting muscles generate both intracellular and extracellular superoxide, the production of both being enhanced during contraction. In addition, although the extent of enhancement is contested,¹⁰ exhaustive exercise increases ROS generation by activated phagocytes. Although non-exhaustive exercise does not produce any consistent findings of oxidative damage, the inflammatory response may contribute to overtraining damage in muscle. This change in granulocyte activity may also have more general consequences for ROS concentrations in tissues other than skeletal muscle, possibly including the tendon, through collateral exposure to ROS or mediators/signals arising from their actions. Although there is no direct histological evidence of active inflammation associated with tendinopathic lesions,¹¹ surgery is a late event in the management of tendinopathy, and cyclic stretching of human tenocytes increases the production of inflammatory mediators.¹²

Detection of ROS production and changes in ROS concentrations would, however, only represent a start in

dissecting their role in tendinopathy, as any changes may be as much a part of healing as of tissue disruption. Studies on avian fibroblasts suggest that, during tendon healing, mechanical load and growth factors—for example, platelet derived growth factor (PDGF) and insulin-like growth factor I—operate in concert to stimulate tenocyte cell division.⁹ Interestingly, PDGF stimulation of rat vascular smooth muscle cells transiently increases intracellular H₂O₂ concentration, and H₂O₂ is required for PDGF signal transduction.¹³ Thus, in tendons, the pro-proliferative action of growth factors and mechanical load may be mediated through H₂O₂ production.

Chemotaxis of cells in the wounded tendon (micro-tear) may also be influenced by ROS/RNS generation. Proliferation and migration of vascular smooth muscle cells is inhibited by the H₂O₂ scavenger, catalase.¹⁴ However, balance and control of ROS exposure is critical to the final cell response. Heightened concentrations of H₂O₂ retard both proliferation and restitution in the gastric mucosa,¹⁵ and equine tenocytes show a decrease in proliferation when subjected to 10–100 μM H₂O₂.⁷

A recent intriguing observation is that extracorporeal shock wave therapy, which is reported to promote tendon repair and bone growth, induces increased production of superoxide anion, which mediates extracellular signal regulated kinase signal transduction during osteogenesis.¹⁶ Differentiation was not influenced by inhibition of H₂O₂, peroxynitrite, or nitric oxide production, suggesting the specific involvement of superoxide.¹⁶

Tenocyte numbers are increased in tendinopathic tendons, and this may be a factor in degeneration and also a prerequisite to healing.¹¹ ROS may not only induce cell death, but also determine the mechanistic form of death, such as apoptosis or oncosis.¹⁷ Apoptosis is a highly regulated programme of cellular suicide, which is of critical importance to the regulation of cell number and genomic integrity. Evidence for the involvement of apoptosis in tendon pathology is gradually emerging. Degenerative joint disease of the knee, an age related condition, is associated with higher susceptibility of periarticular tenocytes to Fas ligand induced apoptosis.¹⁸ These changes may contribute to decreased cellularity in degenerative tendons and promote their rupturing. Apoptosis has also been detected in human tendinopathic tendons,¹⁷ and the increased number of apoptotic tendon cells in degenerative tendon tissue may affect the rate of collagen synthesis and repair.¹⁷

ROS (and RNS) are potent inducers and modifiers of the apoptotic process, but the relation is complex.¹ For example, high concentrations of hydrogen peroxide can prevent apoptosis. Conversely, “bursts” of ROS and decreased antioxidant enzyme activity often accompany the induction of apoptosis, and oxidative stress is a common feature of the late phase of apoptosis. Recent work shows that oxidative stress induced apoptosis in human tenocytes involves the classical release of cytochrome c from mitochondria into the cytosol and activation of caspase-3 protease.¹⁹

DOES THE TENDON ADAPT TO VARYING ROS EXPOSURE? A HYPOTHESIS

Continued sublethal ROS exposure will not occur in a metabolically or genomically static system, and ROS exposure may induce an adaptive response in tissues.^{10,20,21} In the organism, adaptation seems to be cell type, and possibly antioxidant specific and age related effects on the development and composition of the antioxidant system will also need to be considered.²² It may be simplistic to extrapolate skeletal muscle adaptation to tendons. However, the effects of adaptation induced by ROS may result in changes in tenocyte ability to transpond physiological/environmental signals and resist stress arising from musculature, phagocyte, and endogenously derived ROS. Could a failure to have experienced enhanced ROS generation, possibly through avoidance of repetitive exercise/training, and hence an absence of adaptation, predispose tendons of the occasional exerciser to ROS damage during sudden exercise? Similarly, does excessive or unusual exercise by the trained athlete cause ROS exposure that exceeds the protective effect of any adaptive response achieved through training?

CONCLUSION

Tendinopathies have a complex aetiology, and we have not attempted, indeed with the current level of information we are not able, to specifically cite participation of ROS in tendon degeneration, failure, or healing. Nevertheless, recent research^{5,6,19} has provided intriguing glimpses of ROS participation in tendon pathology, and the possibility that such species influence the propensity for tendinopathic development and repair is surely one that merits further investigation.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank Professor J R Arthur and Dr G G Duthie for critically reading the manuscript. We gratefully acknowledge funding support

from ESSKA djOrtho and SportsMed (UK) Ltd. The laboratory of CSB is funded by the Scottish Executive Environment & Rural Affairs Department (SEERAD).

Br J Sports Med 2004;**38**:672–674.
doi: 10.1136/bjism.2004.012351

Authors' affiliations

C S Bestwick, Phytochemical and Genomic Stability Group, Cellular Integrity Programme, Rowett Research Institute, Aberdeen, Scotland, UK

N Maffulli, Keele University School of Medicine, Trauma and Orthopaedics, Hartshill, UK

Correspondence to: Professor Maffulli, Keele University School of Medicine, Trauma and Orthopaedics, Thornburrow Drive, Hartshill ST4 7QB, UK; osa14@keele.ac.uk

REFERENCES

- Halliwell B, Gutteridge JMC. *Free radicals in biology and medicine*. Oxford, New York: Oxford Science Publications, Oxford University Press, 1999.
- Gokturk E, Turgut A, Baycu C, et al. Oxygen free radicals impair fracture healing in rats. *Acta Orthop Scand* 1995;**66**:473–5.
- Kamata H, Hirata H. Redox regulation of cellular signalling. *Cell Signal* 1999;**11**:1–14.
- Morel Y, Barouki R. Repression of gene expression by oxidative stress. *Biochem J* 1999;**342**:481–96.
- Wang MX, Wei A, Yuan J, et al. Antioxidant enzyme peroxiredoxin 5 is upregulated in degenerative human tendon. *Biochem Biophys Res Commun* 2001;**284**:667–73.
- Pouzaud F, Bernard-Beaubois K, Thevenin M, et al. In vitro discrimination of fluoroquinolones toxicity on tendon cells: involvement of oxidative stress. *J Pharmacol Exp Ther* 2004;**308**:394–402.
- Goodship AE, Birch HL, Wilson AM. The pathobiology and repair of tendon and ligament injury. *Vet Clin North Am: Equine Practice* 1994;**10**:323–48.
- Meier B, Radeke HH, Selle S, et al. Human fibroblasts release reactive oxygen species in response to interleukin-1 or tumour necrosis factor-alpha. *Biochem J* 1989;**263**:539–45.
- Banes AJ, Tsuzaki M, Hu P, et al. PDGF-BB, IFF-1 and mechanical load stimulate DNA synthesis in avian tendon fibroblasts in vitro. *J Biomech* 1995;**28**:1505–13.
- Ji LL. Antioxidants and oxidative stress in exercise. *Proc Soc Exp Biol Med* 2000;**222**:283–92.
- Tallon C, Maffulli N, Ewen SW. Ruptured Achilles tendons are significantly more degenerated than tendinopathic tendons. *Med Sci Sports Exerc* 2001;**33**:1983–90.
- Li Z, Yang G, Khan M, et al. Inflammatory response of human tendon fibroblasts to cyclic mechanical stretching. *Am J Sports Med* 2004;**32**:435–40.
- Sundaresan M, Yu Z-X, Ferrans VJ, et al. Requirement for generation of H₂O₂ for platelet-derived growth factor signal transduction. *Science* 1995;**270**:296–9.
- Nishio E, Watanabe Y. The involvement of reactive oxygen species and arachidonic acid in alpha[1]-adrenoceptor-induced smooth muscle cell proliferation and migration. *Br J Pharmacol* 1997;**121**:665–70.
- Sato K, Watanabe S, Yoshizawa T, et al. Ammonia, hydrogen peroxide, and monochloramine retard gastric epithelial restoration in rabbit cultured cell model. *Dig Dis Sci* 1999;**44**:2429–34.
- Wang FS, Wang CJ, Sheen-Chen SM, et al. Superoxide mediates shock wave induction of ERK-dependent osteogenic transcription factor (CBFA1) and mesenchymal cell differentiation toward osteoprogenitors. *J Biol Chem* 2002;**277**:10931–7.
- Yuan J, Wang MX, Murrell GA. Cell death and tendinopathy. *Clin Sports Med* 2003;**22**:693–701.
- Machner A, Baier A, Wille A, et al. Higher susceptibility to Fas ligand induced apoptosis and altered modulation of cell death by tumor necrosis factor-alpha in periarticular tenocytes from patients with knee joint osteoarthritis. *Arthritis Res Ther* 2003;**5**:R253–61. Epub 2003 Jun 30.
- Yuan J, Murrell GA, Trickett A, et al. Involvement of cytochrome c release and caspase-3 activation in the oxidative stress-induced apoptosis in human tendon fibroblasts. *Biochim Biophys Acta* 2003;**1641**:35–41.
- Clanton TL, Zuo L, Klawitter P. Oxidants and skeletal muscle function: physiologic and pathophysiologic implications. *Proc Soc Exp Biol Med* 1999;**222**:253–62.
- Aruoma IO. Free radicals and antioxidant strategies in sport. *J Nutr Biochem* 1994;**5**:370–81.
- Fulle S, Protasi F, Di Tano G, et al. The contribution of reactive oxygen species to sarcopenia and muscle ageing. *Exp Gerontol* 2004;**39**:17–24.

Het legaliseren van drugs in sport is mogelijk eerlijker en veiliger

Waarom we prestatieverbeterende middelen in sport zouden moeten toestaan

In 490 voor Christus landde het Perzische leger in de vlakte van Marathon, 25 mijl van Athene. De Atheners stuurden een boodschapper met de naam Feidipides naar Sparta om hulp te vragen. Hij rende de 150 mijl in twee dagen. De Spartanen waren te laat. De Atheners vielen aan en wonnen, ondanks het feit dat ze met één tegen vijf in de minderheid waren. Feidipides werd teruggestuurd naar Athene om de overwinning te rapporteren. Bij aankomst riep hij "We hebben gewonnen" en viel vervolgens van uitputting dood neer. De marathon werd gelopen in de eerste moderne Olympische Spelen van 1896, en het atletische ideaal van hedendaagse sporters wordt op vele wijzen geïnspireerd door de mythe van de marathon. Hun ideaal is een bovenmenselijke prestatie, tegen elke prijs.

DOPING IN SPORT

Het gebruik van prestatieverbeterende middelen bij de moderne Olympische Spelen is al sinds de 3^e Olympiade bekend, toen Thomas Hicks de marathon won nadat hij halverwege de wedstrijd een strychnine-injectie had gekregen.¹ Het eerste officiële verbod op 'stimulerende middelen' door een sportorganisatie werd in 1928 geïntroduceerd door de Internationale Amateur Atletiek Federatie (IAAF).² Het gebruik van medicijnen om vals te spelen in sport is niet nieuw en wordt steeds effectiever. In 1976 won het Oost-Duitse zwemteam elf van de dertien Olympische onderdelen. De zwimmers klaagden later de regering aan voor het hen toedienen van anabole steroïden.³ Echter, ondanks de gezondheidsrisico's en ondanks de pogingen van de regelgevende organen om doping uit sport te weren, is het alom bekend dat het gebruik van illegale substanties wijd verspreid is. Men staat niet verbaasd te kijken wanneer een beroemde atleet positief bevonden wordt bij een dopingtest.

In 1992 interviewde Ricky Rabinowitz een kleine groep atleten. Ze ontdekte dat Olympische atleten er in het algemeen van overtuigd zijn dat de meeste succesvolle atleten dopinggeduide middelen gebruiken.⁴

De meeste artikelen die gaan over het gebruik van doping in sport richt zich op dit soort anekdotisch bewijs. Er zijn weinig harde, objectieve gegevens want de atleten doen iets wat taboe, illegaal en soms erg gevaarlijk is. De geschetste anekdote laat echter zien dat onze pogingen om doping uit sport te elimineren gefaald hebben. Bij het ontbreken van hard bewijs hebben we een analytisch argument nodig om te bepalen wat we zouden moeten doen.

VEROORDEELD OM VALS TE SPELEN?

We zijn ver voorbij de tijden van de amateur sportcompetitie. Topatleten kunnen alleen al met het prijzengeld elk jaar tientallen miljoenen dollars verdienen, en miljoenen meer met sponsorcontracten en startgelden. De aantrekkingskracht van het succes is groot en de straffen voor vals spelen zijn klein. Een verbanning van zes maanden of een jaar van de competitie is een lage boete voor verdere jaren van miljoenen dollars en succes.

Medicijnen zijn heden ten dage effectiever dan ze waren in de tijd van strychnine en schapentestikels. Onderzoeken aangaande het anabole steroïde androgeen lieten zien dat, zelfs in doseringen lager dan gebruikt bij atleten, de spierkracht met 5-20% verbeterd kon worden.⁵ De meeste atleten hebben een relatief kleine kans om getest te worden. De Internationale Amateur Atletiek Federatie schat dat bij elke grote competitie slechts 10-15% van de deelnemende atleten getest wordt.⁶

De enorme beloningen voor de winnaar, de effectiviteit van de producten, en het kleine aantal testen zorgen er samen voor dat er een 'vals spel' ontstaat dat onweerstaanbaar is voor atleten. Kjetil Haugen⁷ onderzocht de hypothese dat atleten een soort gevangenendilemma tegenkomen. Zijn theoretische wedstrijdmodel laat zien dat voorspeld kan worden dat atleten allemaal vals zullen spelen, tenzij de kans dat een atleet betrapt wordt naar een onrealistische hoog niveau gebracht wordt, of de voordelen van winnen naar een onrealistisch laag niveau. In de huidige situatie is het zeer waarschijnlijk dat de meeste atleten vals spelen, zelfs al zijn ze als geheel slechter af als iedereen doping neemt, dan als niemand doping gebruikt.

Medicijnen zoals erythropoëetine (EPO) en groeihormoon zijn natuurlijke chemicaliën in het lichaam. Met het voortschrijden van de technologie is het moeilijker om medicijnen op te sporen, omdat zij natuurlijke processen nabootsen. In een paar jaar tijd zullen er meerdere niet-detecteerbare medicijnen zijn. Haugen's analyse voorspelt het voor de hand liggende: wanneer het risico om betrapt te worden nul is, zullen atleten er allemaal voor kiezen om vals te spelen.

De recente Olympische Spelen in Athene waren de eerste die de net geïntroduceerde wereldwijde anti-doping code volgden. Vanaf de voorbereiding naar de spelen tot en met het eind van de competitie werden 3.000 dopingtesten uitgevoerd: 2.600 urinetesten en 400 bloedtesten voor het uithoudingsvermogen verbeterende medicijn EPO.⁸ Aan de

hand van deze testen werd vastgesteld dat 23 atleten een verboden stof hadden gebruikt - het hoogste aantal ooit tijdens de Olympische Spelen. Tien van de mannelijke gewichtheffers werden van verdere deelname uitgesloten.

Het doel van een 'schone' sport is onbereikbaar. In de toekomst doemt het beeld van de genetische manipulatie groot en duister op.

DE SPIRIT VAN DE SPORT

Zal het vals spelen dan altijd blijven bestaan? Doping is tegen de regels. Maar wij bepalen de regels van de sport. Als we doping legaal en vrij verkrijgbaar maken, zou het geen vals spelen meer zijn.

De code van het Wereld Anti-Doping Agentschap (WADA-code) bepaalt dat een stof op de lijst van verboden middelen geplaatst kan worden indien het de prestatie verbetert, indien er een gezondheidsrisico bestaat, of indien het de 'spirit van de sport' schaadt. Zij definiëren deze 'spirit' als volgt:¹⁰ De spirit van de sport is de viering van de menselijke ziel, het lichaam en de geest, en wordt gekenmerkt door de volgende waarden:

- Ethiek, fair play en eerlijkheid
- Gezondheid
- Excelleren in prestatie
- Karakter en opleiding
- Plezier en genieten
- Teamwerk
- Toewijding
- Respect voor regels en de wet
- Respect voor jezelf en voor andere deelnemers
- Moed
- Gemeenschapszin en solidariteit

Zouden legale en vrij verkrijgbare medicijnen deze 'spirit' schenden? Zou een dergelijke toegeeflijke regel goed zijn voor de sport?

Menselijke sport verschilt van sporten waarbij dieren betrokken zijn, zoals een paarden- of hondenrace. Het doel van een paardenrace is om het snelste paard te vinden. Paarden worden vastgebonden en met de zweep geslagen. Winnaar is degene met de beste combinatie van paard, training en berijder. Feitelijk is dit een test van het biologisch potentieel. Dit was ook de oude naturalistische Atheense visie op sport: vind de sterkste, snelste of meest bedreven man en train deze om het potentieel optimaal te benutten. Drugs die het natuurlijk potentieel verbeteren zijn hierbij tegen de spirit van de sport. Maar dit is niet de enige visie op sport. Mensen zijn geen paarden of honden. Wij maken keuzes en oordelen zelf. Wij kiezen wat voor training we volgen en hoe we onze race lopen. We kunnen moed, doorzettingsvermogen en wijsheid laten zien. Wij worden niet door de jockey op ons achterste geslagen, maar wij drijven onszelf voort. Het is dit beoordelingsvermogen dat deelne-

mers aan wedstrijden gebruiken wanneer zij hun dieet kiezen, hun trainingswijze vaststellen en beslissen of zij wel of niet doping gaan gebruiken. We kunnen kiezen wat voor soort deelnemer wij willen zijn, niet alleen door training, maar ook door biologische manipulatie. Menselijke sport is anders dan dierlijke sport, omdat het creatief is. In plaats van dat het tegen de spirit van de sport is, belichaamt biologische manipulatie de menselijke geest - de capaciteit om onszelf te verbeteren op basis van rede en beoordelingsvermogen. Wanneer we onze ratio gebruiken, doen wij wat alleen mensen kunnen doen.

Het resultaat zal zijn dat de winnaar wellicht niet degene is die geboren is met het beste genetische potentieel om de sterkste te zijn. Sport zou minder een genetische loterij zijn. De winnaar zal de persoon zijn met een combinatie van genetisch potentieel, training, psychologie en beoordelingsvermogen. Een Olympische prestatie zal het resultaat zijn van menselijke creativiteit en keuze; niet een zeer exclusieve paardenrace.

Klassieke musici maken vaak gebruik van bètablokkers om hun plankenkoorts onder controle te houden. Deze medicijnen verlagen de hartslag en bloeddruk, reduceren de fysieke effecten van stress, en het is aangetoond dat de kwaliteit van een muziekvoorstelling verbetert wanneer de musicus deze medicijnen neemt.¹² Alhoewel elite klassieke muziek net zo competitief is als topsport en de beloningen gelijk zijn, rust er geen stigma op het gebruik van deze medicijnen. We denken niet minder over de violist of pianist die ze gebruikt. Als het publiek vindt dat de prestatie beter is met gebruik van de medicijnen, dan stellen deze medicijnen de musicus in staat om zichzelf effectiever uit te drukken. De competitie tussen twee topmusici kent regels - je kunt bijvoorbeeld niet playbacken met de viool, met een CD op de achtergrond -, maar er is geen regel die het gebruik van chemische prestatieverbeteraars tegenhoudt.

Is klassieke muziek een goede metafoor voor topsport? Sachin Tendulkar is bekend als de 'Maestro van Mumbai' en de Associated Press noemde Sharapova's Wimbledon finale in 2004 een 'virtuoze prestatie'.¹³ Jim Murray schreef in 1996 het volgende over Michael Jordan.

"You go to see Michael Jordan play for the same reason you went to see Astaire dance, Olivier act or the sun set over Canada. It's art. It should be painted, not photographed. It's not a game, it's a recital. He's not just a player, he's a virtuosos. Heifetz with a violin. Horowitz at the piano."

Inderdaad, het is aannemelijk om te veronderstellen dat de reden om topsport te waarderen iets te maken heeft met competitie, maar ook heel veel met de waardering van een buitengewone prestatie.

Het is duidelijk dat de toepassing van dit soort creativiteit beperkt wordt door de regels van de sport. Een motorfiets berijden zou niet een 'creatieve' oplossing zijn voor het win-

nen van de Tour de France, en er zijn goede redenen om dit in de regels vast te leggen. Als motorfietsen toegestaan waren zou het nog steeds een goede sport zijn, maar niet meer een wielervedstrijd.

We moeten niet denken dat de Tour de France ineens in een soort 'drugrace' zou veranderen wanneer het aan wielrenners zou worden toegestaan om EPO te nemen. Zoals de Tour de France ook niet een 'trainingrace' of een 'geldrace' is geworden doordat er verschillende trainingmethoden beschikbaar zijn. Atleten trainen op verschillende, creatieve manieren, maar uiteindelijk rijden ze op dezelfde fietsen en op dezelfde weg. De vaardigheid om goed om te gaan met de steile, kronkelige afdaling zal er altijd zijn.

ONEERLIJK?

Mensen presteren goed in sport als gevolg van een genetische loterij die hen van een winnende kaart heeft voorzien. Genetische testen zijn beschikbaar om degene met het grootste potentieel te identificeren. Met een bepaalde versie van het ACE-gen zul je beter zijn in lange afstanden; met een ander gen zul je beter zijn op de korte afstand. Zwarte Afrikanen presteren beter op de korte afstanden door een biologisch superieur spiertype en botstructuur. Sport discrimineert degenen die genetisch niet geschikt zijn. Sport is de afdeling van de genetische top (of zonderling).

Het sterkste voorbeeld is de Finse skiër Eero Maentyrante. In 1964 won hij drie gouden medailles. Vervolgens werd ontdekt dat hij een genetische mutatie had, hetgeen betekende dat hij op natuurlijke wijze 40-50% meer rode bloedcellen had dan gemiddeld.¹⁵ Was het eerlijk dat hij bij toeval een significant voordeel had?

Het vermogen om goed te presteren bij sportevenementen wordt bepaald door het vermogen om zuurstof te leveren aan de spieren. Zuurstof wordt vervoerd door de rode bloedcellen. Hoe meer rode bloedcellen, hoe meer zuurstof een mens kan verwerken. Dit bepaalt weer de prestatie van een atleet bij aërobe inspanning. EPO is een natuurlijk hormoon dat de productie van rode bloedcellen stimuleert, waardoor het hematocriet - het percentage van het bloed dat bestaat uit rode bloedcellen - stijgt. EPO wordt geproduceerd bij anemie (bloedarmoede), bloeding, zwangerschap of bij verblijf op hoogte. In de jaren zeventig begonnen atleten met het injecteren van gerecombineerd humaan EPO, en in 1985 werd het officieel verboden.¹⁶

De gemiddelde persoon heeft een hematocrietwaarde van 40-50%. De hoogte van de waarde varieert: 5% van de mensen heeft een hematocriet boven de 50%. De hematocrietwaarde van topatleten is vaker boven de 50%, omdat ofwel het hoge hematocriet heeft geleid tot succes in sport, ofwel de hoge waarde is het gevolg van training.¹⁸

Een te hoge stijging van de hematocrietwaarde kan tot gezondheidsproblemen leiden. Het risico op schade stijgt snel bij een waarde boven de 50%. Eén onderzoek liet zien dat bij mannen met een hematocriet van 51% of hoger, het

risico op een beroerte significant toegenomen was (relatieve risico = 2,5), na correctie voor andere oorzaken van een beroerte.¹⁹ Bij deze waarden zou verhogen van het hematocriet (door bijvoorbeeld training of EPO) in combinatie met hoge bloeddruk de kans op een beroerte negenmaal doen toenemen. Bij duursporten zorgt dehydratie ervoor dat het bloed van de atleet indikt, hetgeen leidt tot verdere toename van de viscositeit en bloeddruk.²⁰ Wat begint als een relatief klein risico op een beroerte of hartaanval kan tijdens inspanning acuut stijgen.

Begin jaren negentig, nadat EPO-doping in populariteit toenam, maar voordat testen op de aanwezigheid daarvan beschikbaar waren, zijn verscheidene Nederlandse atleten in hun slaap overleden als gevolg van een onverklaarde hartstilstand. Dit is toegeschreven aan hoge spiegels van EPO-doping (zie Redactioneel commentaar op pagina 88). De risico's van het te veel verhogen van de hematocrietwaarde van een atleet zijn reëel en serieus.

Het gebruik van EPO is endemisch in wielrennen en veel andere sporten. In 1998 werd het Festina-team uitgesloten van deelname aan de Tour de France nadat trainer Willy Voet was betrapt met 400 stalen prestatieverbeterende drugs.²² Het jaar daarop werd als resultaat van het schandaal de WADA opgericht. EPO is echter bijzonder moeilijk te ontdekken en het wordt nog steeds gebruikt. De Italiaans Olympische anti-doping directeur stelde vast dat in 2003 de hoeveelheid verkochte EPO zes keer zoveel was als nodig voor de zieke mensen.²³

Naast hun pogingen om EPO direct op te sporen, vereist de Internationale Wielren Unie (ICU) dat hun atleten een hematocrietwaarde hebben onder de 50%. Maar 5% van de mensen heeft van nature een hematocriet boven de 50%. Atleten met een van nature hoog hematocriet kunnen niet deelnemen aan de wedstrijd, tenzij de artsen een aantal testen doen die laten zien dat hun hematocrietwaarde normaal is. Charles Wegelius was een Britse wielrenner die in 2003 verbannen werd en vervolgens vrijgesproken. Zijn milt was in 1998 verwijderd na een ongeluk, en daar de milt rode bloedcellen verwijdert, resulteerde de afwezigheid ervan in een toegenomen hematocriet.²⁴

Er zijn andere, legale manieren om het aantal rode bloedcellen te laten toenemen. Hoogtetraining kan het hematocriet naar hoge, zelf fatale spiegels sturen. Meer recent zijn hypoxische tenten gebruikt om hoogtetraining te simuleren. Het lichaam reageert hierop door natuurlijk EPO vrij te maken en meer bloedcellen te produceren, zodat het met elke ademhaling meer zuurstof kan absorberen. In het promotiemateriaal van Hypoxico wordt Tim Seaman geciteerd, een Amerikaanse atleet die claimt dat de hypoxische tent "has given my blood the legal 'boost' that it needs to be competitive at the world level".²⁵

Er is een manier om het aantal bloedcellen van een atleet te laten toenemen terwijl dit niet op te sporen is: autologe

bloeddoping. Bij deze methode laat een atleet een bepaalde hoeveelheid bloed afnemen, en injecteert het weer nadat zijn lichaam nieuwe bloedcellen heeft gemaakt ter vervanging. Deze methode was populair voordat gerecombineerd humaan EPO beschikbaar kwam.

Door iedereen toe te staan om prestatieverbeterende medicijnen te nemen, maken we het speelveld meer gelijkwaardig.

Er is geen verschil tussen het verhogen van je hematocriet of bloedwaarde door hoogtetraïning, door gebruik van een hypoxische tent, of door gebruik van EPO. Maar het laatste is illegaal. Sommige deelnemers hebben van nature hoge hematocrietwaarden en dus bij toeval een voordeel. Sommigen kunnen zich hypoxische tenten veroorloven. Is dit eerlijk? De natuur is niet eerlijk. Ian Thorpe heeft enorme voeten die hem een voordeel geven die geen enkele zwemmer kan krijgen, hoe hard ze ook trainen. Sommige turners zijn flexibeler, en sommige basketballers meer dan 2.20 m lang. Door iedereen toe te staan prestatieverbeterende producten te gebruiken, maken we het speelveld gelijkwaardiger. In plaats van dat het oneerlijk is, bevordert het toestaan van prestatiebevorderende middelen gelijkheid.

ALLEEN VOOR DE RIJKEN?

Zou dit sport veranderen in een competitie van dure technologie? Vergeet het oude romantische Griekse ideaal. De Olympische Spelen zijn 'big business'. In de vier jaar voorafgaand aan de Olympische Spelen in Athene gaf Australië 547 miljoen dollar uit aan het financieren van sport,²⁷ waarvan 13,8 miljoen dollar bestemd was voor het uitzenden van het Olympisch team naar Athene.²⁸ Met deze hoogste financiering ooit bracht het Australische team maar liefst zeventien gouden medailles thuis, eveneens hun hoogste aantal. Met deze getallen kost een gouden medaille ongeveer 32 miljoen dollar. Australië werd 4^{de} in de medaillrace in Athene, ondanks het feit dat het slechts 52^{ste} was qua grootte van de populatie. Noch de Australische multiculturele genetische erfenis, noch het vlakke landschap en de woestijn konden de Australiërs uitgerust hebben met enig speciaal voordeel. Zij wonnen omdat ze meer uitgaven. Geld koopt succes. Zij hebben al strategieën en technologieën omarmd die onbereikbaar zijn voor de armen.

Paradoxaal genoeg zou het toestaan van doping de economische discriminatie kunnen verminderen. De kosten van een hypoxische luchtmaschine en tent zijn ongeveer 7.000 Amerikaanse dollars.²⁹ Een atleet voor maanden op hoogtestage sturen is mogelijk nog duurder. Dit plaatst legale methoden om het hematocriet van een atleet te laten stijgen buiten het bereik van arme sporters. Het zijn de illegale methoden die het speelveld in dit opzicht gelijk maken.

Een populaire vorm van gerecombineerd humaan EPO wordt Epogen genoemd. Op het tijdstip van schrijven bood

de Amerikaanse keten Walgreens 6.000 internationale eenheden (IU) Epogen aan voor 86 Amerikaanse dollars. De typische onderhoudsdosering van EPO is 20 IU per kg lichaamsgewicht, één keer per week.³⁰ Een atleet die 100 kg weegt heeft derhalve 2.000 IU per week nodig, oftewel 8.600 IU per maand. Epogen kost de atleet ongeveer 122 Amerikaanse dollars per maand. Zelfs als de Epogen-behandeling vier jaar voor het evenement begint, is het nog goedkoper dan de hypoxische tent. Er zijn grenzen aan hoeveel hemoglobine een atleet kan produceren, los van hoeveel EPO hij injecteert, dus er zit een natuurlijke stop op de hoeveelheid geld die hij aan deze methode kan spenderen.

In 2000 bedroegen de kosten van een gerecombineerde EPO-test tijdens een competitie ongeveer 130 Amerikaanse dollars per sample.³¹ Deze gerecombineerde EPO-test is significant meer complex dan een simpele hematocrietbepaling, die geen onderscheid maakt tussen exogeen of endogeen EPO. Als geldelijke ongelijkheid een reële zorg is in sport, dan zouden de enorme sommen geld die nodig zijn om elke atleet te testen beter gebruikt kunnen worden voor beurzen om EPO te leveren aan arme atleten en voor het testen van de hematocrietwaarden, om ervoor te zorgen dat atleten hun bloed niet tot onveilige waarden verdikt hebben.

ONVEILIG?

Zouden er beperkingen gesteld moeten worden aan doping in sport? Er is één beperking: veiligheid. We willen geen Olympische Spelen waarbij mensen voor, tijdens of na de wedstrijd sterven. Waar het om gaat is de gezondheid en fitness om aan wedstrijden deel te nemen. In plaats van te testen op doping, zouden we meer moeten focussen op de gezondheid en fitness voor deelname. Vergeet de testen voor EPO, maar monitor de hematocrietwaarden. We dienen veilige waarden op te stellen voor het hematocriet. In de welerwereld is dat 50%. Iemand met een hematocriet boven die waarde, of het nu komt door het gebruik van medicijnen, training of natuurlijke mutatie, zou op grond van veiligheidsredenen niet mogen deelnemen. Als iemand van nature een hematocriet heeft van 60% en mag deelnemen, dan is dat risico aanvaardbaar en zou iedereen zijn hematocriet tot 60% mogen laten toenemen. Waar het om gaat is wat een veilige concentratie van groeihormoon is - niet of het natuurlijk of kunstmatig is.

We dienen veiligheid serieuzer te nemen. In de jaren zestig kregen Oost-Duitse atleten systematisch, van regeringswege toegestane, anabole steroïden voorgeschreven; in 2002 kregen zij miljoenen dollars ter compensatie. Sommige vrouwelijke atleten waren genoodzaakt geweest om van geslacht te veranderen ten gevolge van de grote hoeveelheden testosteron die zij gekregen hadden.³²

We zouden medicijnen moeten toestaan die veilig zijn en moeten doorgaan met het verbannen en monitoren van medicijnen die gevaarlijk zijn. Er is een ander argument voor deze policy, gebaseerd op eerlijkheid: als een medicijn

veilig is, is het oneerlijk dat eerlijke atleten het voordeel missen dat de valsspelers genieten.

Het gebruik van EPO tot het veilige niveau van, zeg 50%, is geen probleem. Dit stelt atleten in staat om te corrigeren voor een oneerlijke ongelijkheid. Er zijn natuurlijk enkele medicijnen die gevaarlijk zijn, bijvoorbeeld anabole steroïden. We dienen ons te richten op het detecteren van deze middelen, omdat ze gevaarlijk zijn niet omdat ze de prestatie bevorderen.

In plaats van atleten te schaden kan een dergelijk voorstel, paradoxaal genoeg, onze atleten beschermen. Er zou een meer strikte en regelmatige evaluatie van de gezondheid en fitness van de atleet moeten plaatsvinden. Bovendien, de huidige stimulus is om niet-detecteerbare medicijnen te ontwikkelen, met weinig zorg voor de veiligheid. Indien veilige prestatiebevorderende middelen toegestaan waren, zou er een grotere druk ontstaan om veilige medicijnen te ontwikkelen. Medicijnen zouden dan veiliger worden.

Dit kan het beste geïllustreerd worden aan de hand van de Amerikaanse zeiler Kevin Hall. Hall verloor zijn testikels ten gevolge van kanker, hetgeen betekende dat hij testosteroninjecties nodig had om gezond te blijven. Daar testosteron een anabool steroïde is, diende hij aan vier afzonderlijke overkoepelende organisaties te bewijzen dat hij dit middel niet gebruikte om een voordeel te verkrijgen.³³ Elke test die we doen dient gericht te zijn op de gezondheid van de atleet; om te focussen op de stoffen zelf is dogmatisch.

Niet enkel dit, maar gezondheidstesten kunnen ook helpen om de gevaren te verlichten die inherent zijn aan sport zelf. Voor veel atleten is sport niet veilig genoeg zonder medicijnen. Als zij lijden aan astma, hoge bloeddruk of hartritme stoornissen, plaatst sport hun lichamen onder unieke stress, met een verhoogde kans op een chronische of catastrofale schade. Bijvoorbeeld, tussen 1985 en 1995 zijn minstens 121 Amerikaanse atleten in elkaar gezakt en gestorven tijdens of direct na een trainingssessie of wedstrijd - meestal omdat zij leden aan hypertrofische cardiomyopathie of malformaties van het hart.³⁴ De relatieve hoge incidentie van plotselinge hartdood bij jonge atleten zette de American Heart Association ertoe om aan te bevelen dat alle atleten een cardiale screening dienden te ondergaan, voordat zij toestemming kregen om te trainen of aan wedstrijden deel te nemen.³⁵

Soms zal de behandeling van aandoeningen de prestatie van de atleet meer verbeteren dan hij op natuurlijke wijze kon bereiken. Maar veiligheid staat bovenaan. Als een boogschutter bètablokkers nodig heeft in verband met een hartaandoening, zouden we niet bezorgd hoeven te zijn dat dit hem een voordeel geeft boven de andere boogschutters. Of als een wielrenner met bloedarmoede EPO neemt, zouden we ons het meest moeten bekommeren om de behandeling van de anemie.

Als we serieus zijn over veiligheid in de sport, zouden we ook bereid moeten zijn tot het bespreken van de veranderin-

gen van de regels en uitrusting van de sport, die zelf inherent gevaarlijk zijn. Bij formule 1 autoracen, één van de meest dodelijke sporten, is de laatste zes jaar geen enkele dode gevallen, vooral door de radicale aanpassingen in de veiligheid van de baan en de auto's. Ondertussen blijft professioneel boksen inherent gevaarlijk; David Rickman stierf in maart 2004 tijdens een gevecht, ondanks dat hij de dag ervoor tijdens een medisch onderzoek goedgekeurd was.³⁶

KINDEREN

Linford Christie, die gedurende twee jaar verbannen was uit de wedstrijdsport, zei over atletiek "it is so corrupt now I wouldn't want my child doing it". Maar los van de morele schade aan kinderen die deelnemen aan corrupte sportbeoefening, zouden we hen om medische redenen professionele sport onthouden?

De situatie waarin atleten te jong zijn om volledig autonoom te zijn is om twee belangrijke redenen verschillend. Ten eerste zijn kinderen veel minder in staat om trainingmethoden en behandelingen die hun coaches wensen te gebruiken te verwerpen. Ten tweede denken wij dat het de moeite waard is om het volledige scala aan toekomstige mogelijkheden voor het kind open te houden.

Het is een serieus ethisch probleem om kinderen toe te staan een keuze te maken die andere opties voor toekomstige levensstijlen en carrièrekeuzes substantieel afsluit. Als we kinderen niet competent achten om keuzes te vermijden die hen schade kunnen berokkenen, dan dienen we hen niet toe te staan om al op de leeftijd van tien jaar te beslissen al hun tijd aan bijvoorbeeld professioneel turnen te besteden. De veranderingen die een dergelijke keuze in het leven van een kind teweeg brengen zijn even serieus, en potentieel even schadelijk, als veel van de beschikbare prestatieverbeterende middelen. Kinderen die topsport bedrijven ontberen grote delen van de opvoeding en socialisatie die hun leeftijdgenoten wel krijgen. En zij zijn onderworpen aan intense psychologische druk op een leeftijd dat ze daar nog niet goed mee om kunnen gaan.

We stellen dat het duidelijk is dat kinderen, die niet in staat zijn om schadelijke middelen te weigeren, die niet dienen te krijgen van hun coaches of ouders. Dezelfde principes die dit punt duidelijk maken zouden het ook duidelijk moeten maken dat deze kinderen sowieso niet betrokken zouden moeten zijn bij topsport. Echter, indien kinderen mogen trainen als professionele atleten, dan zouden ze ook dezelfde middelen mogen nemen, vooropgesteld dat die niet gevaarlijker zijn dan hun training.

Haugen's model liet zien dat één van de grootste problemen in de strijd tegen doping is dat de grootte van de beloning voor winnen nooit overschaduwed kan worden door de straffen bij betrapping. Met dit in het achterhoofd, kunnen we beginnen door kinderen uit te sluiten van professionele sport.

KLIMAAT VAN VALS SPELEN

Als we de medische schade van het wereldwijde dopingprobleem vergelijken met de medische schade afkomstig van illegaal druggebruik door burgers, dan zou die veel geringer moeten zijn. Desondanks is de hoeveelheid geld per drugsgebruiker, die besteed wordt aan het bestrijden van doping in sport vele malen groter dan de hoeveelheid die besteed wordt aan het bestrijden van drugsgebruik door burgers.

Het is redelijk om aan te nemen dat als de medische schade en burgerlijke gehoorzaamheid de enige redenen waren om doping uit te bannen, de geldelijke waarde (per drugsgebruiker) die we zouden plaatsen op 'schone' sport hetzelfde zou zijn als de geldelijke waarde die we plaatsen op recreatief druggebruik. Maar dat is niet zo.

Derhalve blijkt dus dat het niet de medische schade is die op het spel staat, maar de schade aan de sport als geheel, een ogenschijnlijke schending van de spirit. Het probleem is de geloofwaardigheid van de sport, wanneer iedereen vals speelt.

Als onze primaire zorg dit klimaat van vals spelen is, dan dienen we sportregels op te stellen waar atleten zich aan willen houden.

VERBOD

Het is één ding om te beargumenteren dat het verbannen van prestatieverbeterende middelen niet succesvol is geweest, of zelfs dat het nooit succesvol zal zijn. Maar ook dient opgemerkt te worden dat verbod van een substantie die erg in trek is zijn eigen intrinsieke schade veroorzaakt.

Het verbieden van alcohol in Amerika in de jaren twintig leidde tot een verandering in drinkgewoonten die feitelijk de consumptie deed toenemen. Verdreven van publieke gelegenheden, begonnen mensen thuis te drinken, waar alcohol gemakkelijker beschikbaar was en de sterfte-incidentie ten gevolge van alcohol steeg of stabiel bleef, terwijl deze over de wereld in landen zonder een verbod sterk daalde.³⁸

Bovendien, omdat de kwaliteit van de alcohol niet gereguleerd was, steeg de sterfte-incidentie door vergiftigde alcohol in vijf jaar naar het viervoudige.³⁹

Zelfs wanneer een verbod leidt tot een afname van de consumptie, leidt het tevens tot het vormen van een zwarte markt om aan de continue vraag te voldoen, zoals in het Groenlandonderzoek waarbij de hoeveelheid alcohol gerantsoeneerd werd.⁴⁰ Zwarte markten leveren een product dat per definitie niet gereguleerd is, hetgeen betekent dat het gebruik niet gereguleerd is en dat de veiligheid van het product discutabel is.

De directe risico's van het verbieden van prestatieverbeterende middelen in sport zijn gelijk aan die van alcohol, maar waarschijnlijk meer uitgesproken. Atleten dienen momenteel prestatieverbeterende middelen toe in doseringen die evenredig zijn aan de hoeveelheid prestatieverbetering die zij wensen te verkrijgen, in plaats van doseringen die als 'veilig'

worden beschouwd. De atletentop heeft bijna onbeperkte financiële middelen, een situatie die leidt tot het gebruik van extreem onveilige doseringen. Als atleten, wanneer hun lichamen onveilig zijn voor wedstrijd sport, zouden worden uitgesloten van de wedstrijd, zou het directe risico van een verbod afnemen.

HET PROBLEEM VAN EEN STRIKTE AANSPRAKELIJKHEID

Lord Coe, tweevoudig Olympisch kampioen, verdedigde de doctrine van een 'strikte aansprakelijkheid', zoals het momenteel van toepassing is op atleten die een verboden substantie gebruiken:⁴¹

".. The rule of strict liability - under which athletes have to be solely and legally responsible for what they consume - must remain supreme. We cannot without blinding reason and cause, move one millimetre from strict liability- if we do, the battle to save sport is lost."

De beste reden om vast te houden aan deze regel is dat, als coaches verantwoordelijk zouden zijn voor middelen die ze aan de atleten hadden gegeven, dan zou de coach verbannen of beboet worden, en de atleet zou nog steeds het evenement kunnen winnen. In deze situatie zouden andere atleten nog steeds gedwongen worden om doping te nemen, zelfs als de 'valsspeler' betrap is.

Maar de doctrine van strikte aansprakelijkheid maakt de atleten slachtoffer, zoals het Oost-Duitse zwemteam, dat in goed vertrouwen deelnam aan een competitie maar gedwongen werd om doping te gebruiken. Het lijkt ook dogmatisch om atleten te straffen zoals de Britse skiër Alain Baxter, die per ongeluk een verboden stof inhaleerde bij gebruik van de Amerikaanse versie van Vicks, een neusspray, zonder zich te realiseren dat deze anders van samenstelling is dan het Britse model.⁴²

Het lijkt erop dat strikte aansprakelijkheid oneerlijk is voor atleten, maar de afwezigheid daarvan is ook oneerlijk. Ons voorstel kan deze paradox oplossen; wanneer we atleten alleen uitsluiten indien ze niet gezond genoeg zijn om deel te nemen, wordt de vraag van aansprakelijkheid of aansprakelijkheid irrelevant. Per ongeluk of onwetende consumptie van een riskante drug is nog steeds gevaarlijk; het punt van goed vertrouwen is irrelevant.

ALTERNATIEVE STRATEGIEËN

Michael Ashenden stelt voor dat we medische paspoorten bijhouden met daarin het hematocriet en de hormoonwaarden van elke atleet. Significante afwijkingen van de verwachte waarde vraagt om follow-up testen. De Italiaanse wielrenfederatie besloot in 2000 dat alle junioren gestest zouden worden om een basis-hematocriet vast te stellen en een hematologisch paspoort te krijgen.

Alhoewel deze strategie te verkiezen zou zijn boven het verbieden van doping, helpt het de atleet met een onveilige

basis-hematocrietwaarde of testosteronconcentratie niet om de gevaren te bezweren.

TESTEN VOOR GEZONDHEID, NIET VOOR DOPING

Het welzijn van de atleet moet onze primaire zorg zijn. Als een middel een atleet niet aan excessieve gevaren blootstelt, moeten we het toestaan, zelfs als het de prestatie verbetert. We hebben twee keuzes: tevergeefs proberen de klok terug te draaien, of ons te bezinnen op wie we zijn en wat sport is, en een nieuwe, 21^e eeuwse, Olympische Spelen maken. Geen super-Olympische Spelen, maar menselijke Spelen. Onze kruistocht tegen doping in sport heeft gefaald. In plaats van bang te zijn voor doping, moeten we deze omarmen.

In 1998 stelde de voorzitter van het Internationale Olympische Comité, Juan Antonio Samaranch, voor dat atleten niet-schadelijke prestatieverbeterende middelen zouden mogen gebruiken.⁴⁴ Deze visie is alleen logisch als atleten, die geen medicijnen gebruiken, geen schade oplopen.

Prestatieverbetering is niet tegen de geest van de sport; het is de geest van de sport. Ervoor kiezen om beter te zijn is menselijk. Atleten dient daarom deze keuzemogelijkheid gegeven te worden. Hun welzijn is het allerbelangrijkste. Maar medicijnen nemen is niet noodzakelijkerwijs vals spelen. Het legaliseren van doping in sport is mogelijk eerlijker en veiliger.

Dit artikel is eerder verschenen in:
Br J Sports Med 2004;38:666-670.

Uit het Engels vertaald door: dr. Babette Pluim.

REFERENTIES

- House of Commons, Select Committee on Culture, Media and Sport. 2004. Seventh Report of Session 2003-2004, UK Parliament, HC 499-1
- House of Commons, Select Committee on Culture, Media and Sport. 2004. Seventh Report of Session 2003-2004, UK Parliament, HC 499-1.
- Langman J. 2004. East German steroids' toll. 'they killed Heidi', New York Times 2004 Jan 20, sect D:1.
- Rabinowicz V. Athletes and drugs: a separate pace? Psychol Today 1992;25:52-53.
- Hartgens F, Kuipers H. Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. Sports Med 2004;34:513-554.
- IAAF, 2004. <http://www.iaaf.org/antidoping/index.html>.
- Haugen KK. The performance-enhancing drug game. J Sports Econom 2004;5:67-87.
- Wilson S. Boxer Munyasia fails drug test in Athens. Athens: Associated Press, 2004, Aug 10.
- Zinser L. With drug-tainted past, few track records fall. New York Times 2004 Aug 29, Late Edition, p 1.
- WADA. World Anti-Doping Code, Montreal. World Anti-Doping Agency, 2003:16.
- WADA. World Anti-Doping Code, Montreal. World Anti-Doping Agency, 2003:3.
- Brantigan CO, Brantigan TA, Joseph N. Effect of beta blockade and beta stimulation on stage fright. Am J Med 1982;72:88-94.
- Wilson S. Sharapova beats Williams for title. Associated Press, 2004 Jul 3, 09:10 am.
- Murray J. It's basketball played on a higher plane. Los Angeles Times 1996 Feb 4 1996, sect C:1.
- Booth F, Tseng B, Flück M, et al. Molecular and cellular adaptation of muscle in response to physical training. Acta Physiol Scand 1998;162:343-350.
- Caitlin DH, Murray TH. Performance-enhancing drugs, fair competition, and olympic sport. JAMA 1996;276:231-237.
- Fairbanks VF, Tefferi A. Normal ranges for packed cell volume and hemoglobin concentration in adults: relevance to 'apparent polycythemia'. Eur J Haematol 2000;65:285-296.
- Schumacher VO, Grathwohl D, Barturen JM, et al. Haemoglobin, haematocrit and red blood cell indices in elite cyclists. Are the control values for blood testing valid? Int J Sports Med 2000;21:380-385.
- Wannamethee G, Perry IJ, Shaper AG. Haematocrit, hypertension and risk of stroke. J Intern Med 1994;235:163-168.
- Catlin DH, Hatton CK. Use and abuse of anabolic and other drugs for athletic enhancement. Adv Intern Med 1991;36:399-424.
- Cazzola M. A global strategy for prevention and detection of blood doping with erythropoietin and related drugs. Haematologica 2000;85:561-563.
- BBC News 1998 23 Jul. http://news.bbc.co.uk/1/hi/special_report/1998/07/198/tour_de_france/138079.stm.
- Toti G. "Doping fenomeno di massa. E' usato da 400mila italiani". Libera 2003 11 Nov, 17.
- BBC Sport 2003 12 Feb. http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-sport2/hi/other_sports/cycling/3258168.stm.
- Hypoxico website. <http://www.hypoxicent.com>.
- Browne A, LaChance V, Pipe A. The ethics of blood testing as an element of doping control in sport. Med Sci Sports Exerc 1999;31:497-501.
- Australian Olympic Committee. AOC welcomes funding boost. <http://www.olympics.com.au/default.asp?pg=home&spg=display&articleid=943>, 2001 Apr 24.
- Australian Olympic Committee. 2001-2003, Programs an funding guidelines for sports on the program for the 2004 Olympic Games in Athens (For the period 1 January 2001 to 31 December 2004). 9 March 2001. Updated 20 November 2003. <http://www.olympics.com.au/cp7/c9/webi/externaldocument/00000954aay.pdf>.
- As of August 2004 from the Hypoxico website.
- Russell G, Gore CJ, Ashenden MJ, et al. Effects of prolonged low doses of recombinant human erythropoietin during submaximal and maximal exercise. Eur J Appl Physiol 2002;86:442-449.
- Abbott A. What price the Olympian ideal? Nature 2000 Sep;407:124-127.
- Tufts A. Doped East German athletes to receive compensation. Br Med J 2002;324:29.
- Wilson B. Hall overcomes cancer, then red tape to reach Olympics. Associated Press, 2004 Aug 13.

34. Maron B, Shirani J, Liviu C, et al. Sudden death in young competitive athletes: clinical, demographic and pathological profiles. *JAMA* 1996;276:199-204.
35. Potera C. AHA panel outlines sudden death screening standards. *Phys Sportsmed* 1996;24:27.
36. Heath D. Local boxer dies two days after knockout. Jacksonville: *The Florida Times-Union*, 2004 Mar 30, sect E:1.
37. Coe S. Athletics. Christie out of order for corruption claims. *The Daily Telegraph*, 2001 Feb 13.
38. Warburton C. *The Economic results of prohibition*. New York: Columbia University Press, 1932:78-90.
39. Coffey TM. *The long thirst: prohibition in America, 7920-7933*. New York: WW Norton & Co, 1975: 196-198.
40. Schechter EJ. Alcohol rationing and control systems in Greenland. *Contemp Drug Probl* 1986; 18:587-620.
41. Coe S. We cannot move from strict liability rule. *The Daily Telegraph*, 2004 Feb 25.
42. Wilson S. British skier found guilty of doping, stripped of slalom bronze medal. London. *The Associated Press State and Local Wire*, 2002 Mar 21.
43. Ashenden M. A strategy to deter blood doping in sport. *Haematologica* 2002;87:225-234.
44. Downes S. Samaranch move stuns critics. *The Sunday Times* (London). 1999 Jan 31.

OVER DE AUTEURS

Professor Julian Savulescu is Uehiro voorzitter in Praktische Ethiek aan de Universiteit van of Oxford. Hij is de oprichter en directeur van het Oxford Uehiro Centrum voor Praktische Ethiek en is tevens hoofd van de Melbourne-Oxford Stamcel Collaboratie bij het Murdoch Childrens Research Institute, en toegewijd aan het onderzoeken van de ethische implicaties van klonen en embryonaal stamcel onderzoek. Hij was redacteur van het prestigieuze tijdschrift *Journal of Medical Ethics*.

Voorheen was hij directeur van de Ethiek van Genetica Unit van het Murdoch Children's Research Institute, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australië. Hij was ook directeur van het Bio-ethische Programma bij het Centrum voor de Studie van Gezondheid en Maatschappij aan de Universiteit van Melbourne. Tevens was hij voorzitter van de ethische commissie van de afdeling Human Services, Victoria.

Julian Savulescu is afgestudeerd in geneeskunde, bio-ethiek, en analytische filosofie. Hij heeft meer dan 100 wetenschappelijke artikelen gepubliceerd. Hij heeft als klinisch ethicus gewerkt bij de Oxford Radcliffe ziekenhuizen. Bennett Foddy is onderzoeksassistent, Murdoch Childrens Research Institute.

Megan Clayton is een 'Visiting Student'.

Redactioneel commentaar

Het artikel 'Waarom we prestatieverbeterende middelen in sport zouden moeten toestaan' van Savulescu e.a. start met de stelling dat 'het legaliseren van drugs in sport mogelijk eerlijker en veiliger is.'

Het gebruik van medicamenten in de sport wordt door velen gezien als een manier om prestaties te verbeteren. Rondom het gebruik van medicamenten in de topsport bestaan vele anekdotes die tot waarheid worden verheven.

Jaren geleden werd ik geconfronteerd met de vraag of het gebruik van EPO (erythropoëtine) bij wielrenners zou kunnen leiden tot een CVA (cerebrovasculair accident). Op puur theoretische gronden heb ik de betrokken collega proberen uit te leggen dat met een hogere haematocriet en dus hogere viscositeit van het bloed een grotere kans zou kunnen bestaan op trombusvorming (bloedstolsels). Naar aanleiding van deze moeilijk te beantwoorden vraag ben ik te rade gegaan bij collega's die meer ervaren zijn op het gebied van begeleiding van topsporters. Daar het een intrigerend onderwerp betrof volgde er een belronde langs meerdere collega's.

Enkele dagen later werd ik verrast door een paginagroot artikel in een Nederlandse kwaliteitskrant, waarin een van de geconsulteerde mensen melding maakte van het overlijden van een wielrenner ten gevolge van een CVA door EPO-gebruik. In het onderhavige geval echter bleek uit obductie dat het hier een structurele hartafwijking betrof. Deze ervaring heeft mij geleerd voorzichtig te zijn met al te veel commentaar op dopinggebruik, omdat maar weinig feiten bekend zijn.

Vanuit klinisch oogpunt wil ik wel de argumentatie van Savulescu e.a. belichten.

Waarom gebruiken atleten doping? Verbazingwekkend genoeg, gebeurt het in de meeste gevallen niet voor de roem of om het geld. Sommigen gebruiken doping om te winnen, maar de meerderheid gebruikt het om te overleven in de sport. "The moment you dope you become ten times more professional," verklaarde David Millar, nadat hij was betrapt. "You say, this is no longer sport, this is my job."

Pantani heeft tijdens zijn actieve wielercarrière een enorme druk ervaren om te presteren, waardoor hij uiteindelijk, na een vlucht, tragisch aan zijn eind kwam.

Verliezers in dit spel zijn degenen die de eerste plek niet kunnen bemachtigen ten koste van een valsspeler en degenen die onherstelbare schade oplopen door het niet geïndiceerd gebruik van medicatie. Een voorbeeld uit de eerste categorie is Michael Rodgers, die vierde werd in de Olympische tijdrit waar winnaar Tyler Hamilton later betrapt werd op bloeddoping; dezelfde Rodgers werd twee jaar daarvoor tweede op het wereldkampioenschap tijdrijden achter David Millar.

In de wielersport is Mauro Gianetti een voorbeeld

uit de tweede categorie door gebruik van PFC (perfluorocarbon), een kunstmatige zuurstofcarrier. Het gebruik van zuurstofcarriers als geneesmiddel en vervanging voor bloed is namelijk nog steeds onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. Bijwerkingen van PFC's zijn koorts, trombopenie (verlaagd aantal bloedplaatjes), ernstige leverfunctiestoornissen en leukocytose (toegenomen aantal witte bloedcellen).

De farmaceutische en biotech-industrie ontdekken nieuwe wegen om ziektes te kunnen behandelen. Atleten en hun wetenschappelijke staf zijn bereid om met deze nieuwe middelen te experimenteren en ontdekken manieren om gebruik van deze middelen te maskeren.

De in mijn ogen scrupuleuze wetenschappers maken gebruik van de nieuwste inzichten op farmacologisch en genetisch gebied om prestatieverhogende preparaten bij atleten te kunnen toepassen. Soms handelt het hier om middelen die nog in het prilste stadium van klinisch onderzoek verkeren (Fase II onderzoek). Een voorbeeld hiervan is Angiogenix (VEGF). Dit is een nicotine-achtige stof die de vorming van bloedvaten bevordert en mogelijk ook invloed heeft op de toename van spiermassa.

De wetenschap ontwikkelt nieuwe toedieningsmethoden van medicijnen, zoals gels en pleisters, waardoor de bloedspiegel gelijkmatiger blijft en de drug moeilijker te detecteren is.

Genetische manipulatie is bij proefdieren reeds toepast, waarbij een toename van de spierkracht kon worden bewerkstelligd tot wel 27 %. Recent is er een proteïne transcriptiefactor ontdekt die het mogelijk maakt fast twitch spiervezels (met als kenmerk spierkracht) te converteren tot slow twitch spiervezels (duurvermogen).

Theodore Friedmann, directeur van het 'Program in Human gene therapy' van de University of California in San Diego, beweert dat 'genetransfer' de mogelijkheid biedt de spiermassa en het erythrocyten-aantal te vergroten. "De genen zijn allemaal bekend en te reproduceren. Met drie á vier postdocs en 1 tot 2 miljoen dollar is alles mogelijk".

Tot slot kan geconcludeerd worden dat er, door grote financiële verschillen, in de sport altijd mogelijkheden blijven voor doping of vals spelen.

Het lijkt een illusie dat de slag in dopingbestrijding kan worden gewonnen. Vanuit het oogpunt van gezondheid is elke sporter die wij kunnen behoeden voor de ernstige gevolgen van onterecht gebruik van geneesmiddelen of genetische manipulatie pure winst.

OVER DE AUTEUR

Dr. Jeff Senden is als (sport-)cardioloog werkzaam in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Hij is sinds 1988 betrokken als cardioloog-consulent bij een professionele wielploeg.