



## **AFFECTIONS MUSCULOSQUELETTIQUES**

### **1. Pathologie**

Les affections musculosquelettiques — notamment celles provoquées par des blessures — sont répandues chez les sportifs. Cela dit, ces derniers sont également susceptibles de présenter des arthropathies d'étiologie familiale ou dégénérative comme l'arthrose et certaines maladies rhumatologiques ou auto-immunes.

Dans le domaine du sport, on catégorise habituellement les blessures en tenant compte d'un mécanisme de macrotraumatisme aigu ou de surutilisation répétée allant d'une blessure mineure touchant un muscle, un tendon ou d'autres « tissus mous » à des traumatismes plus graves comme les fractures, les luxations et les lésions médullaires. Par conséquent, le recours à des agents pharmacologiques et, dès lors, le besoin d'obtenir une AUT varie d'un cas à l'autre.

La prise en charge des affections musculosquelettiques nécessite une certaine compréhension des réactions inflammatoires et biochimiques liées à la douleur. Les anti-inflammatoires et analgésiques de grande puissance, voire les agents dits « modificateurs de la maladie » font partie de l'arsenal thérapeutique des affections musculosquelettiques. Ces médicaments sont particulièrement employés en présence de maladies comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé (LED) et la spondylarthrite ankylosante, lesquelles peuvent nécessiter un traitement prolongé ou intermittent.

Dans le contexte d'AUT, il existe deux classes de substances interdites couramment utilisées dans la prise en charge des affections musculosquelettiques : les glucocorticoïdes (GC) et les analgésiques narcotiques, l'une et l'autre étant uniquement interdites lors de compétitions. Une AUT n'est donc exigée que si le sportif a besoin de recourir à ses substances durant une période de compétition préalablement définie et, dans le cas des GC, si l'agent doit être administré par voie orale, rectale, intramusculaire ou intraveineuse.

Les GC sont communément utilisés pour traiter les blessures et affections musculosquelettiques en raison de leurs puissants effets anti-inflammatoires. Cependant, il arrive que leur emploi dans le sport de compétition devienne excessif et inapproprié sans trop d'égard à leurs effets indésirables potentiels. Les données scientifiques et cliniques appuyant la large utilisation des GC administrés par voie générale pour

traiter les blessures sportives demeurent controversées et une approche prudente en la matière est recommandée.

## **2. Diagnostic**

Toutes les affections musculosquelettiques requièrent un diagnostic précis comportant systématiquement une anamnèse détaillée et un examen physique complet. Des tests appropriés, notamment par des techniques d'imagerie comme l'IRM, la tomodensitométrie, la médecine nucléaire et l'échographie, de même que des analyses de laboratoire, peuvent également être nécessaires pour confirmer un diagnostic et écarter la présence de toute comorbidité pertinente.

Les résultats des examens d'imagerie et autres tests appropriés doivent être fournis avec les données de l'anamnèse et de l'examen physique accompagnant la demande d'AUT. L'opinion d'un spécialiste des affections musculosquelettiques sera utile pour appuyer la demande du sportif.

REMARQUE : On doit porter une attention particulière au diagnostic des affections musculosquelettiques touchant un jeune sportif chez qui une dégénérescence précoce ou un problème de développement du squelette pourrait découler d'une prise en charge inadéquate.

## **3. Pratique thérapeutique de référence**

### A. Nom des substances interdites

1. Glucocorticoïdes
2. Analgésiques narcotiques

### 1. Indications

#### 1. Glucocorticoïdes

Il n'y a que peu, voire pas du tout, de données témoignant de la capacité des GC à modifier favorablement l'issue de la majorité des blessures musculosquelettiques. Bien que ces substances exercent de puissants effets anti-inflammatoires potentiellement bénéfiques dans le traitement de certaines affections, les indications les plus couramment admises pour un usage à court terme concernent le traitement des troubles associés à une compression nerveuse, comme une hernie discale ou une neuropraxie du plexus brachial. Cela dit, rappelons ici que l'emploi des GC exige une demande d'AUT

uniquement lorsque ces agents sont administrés par voie orale, rectale, intramusculaire ou intraveineuse. L'administration de ces médicaments par d'autres voies est permise sans AUT.

Les personnes souffrant de maladies rhumatologiques et auto-immunes peuvent avoir besoin de recourir aux GC de façon continue pour soulager leurs symptômes inflammatoires, en augmentant temporairement la dose à l'occasion, durant une exacerbation.

## 2. Analgésiques narcotiques

De façon générale, les analgésiques narcotiques sont indiqués pour le soulagement temporaire de la douleur à la suite d'une blessure aiguë ou d'une chirurgie (habituellement entre 1 et 7 jours). Ces médicaments sont rarement prescrits pour plus de 7 jours, mais certaines circonstances peuvent justifier des exceptions, par exemple en raison de la complexité d'une intervention chirurgicale. L'emploi des analgésiques narcotiques, toutes voies d'administration confondues, est interdit durant les compétitions.

REMARQUE : Se reporter aux lignes directrices à l'intention des médecins des CAUT portant sur la douleur neuropathique pour plus de détails sur l'emploi des narcotiques et des cannabinoïdes.

## **B. Posologie et durée de traitement typiques**

### 1. Glucocorticoïdes

Les GC peuvent être administrés en une seule dose par voie intramusculaire, intra-articulaire, intrabursale ou épidurale, laquelle sera suivie d'une période de temps suffisante pour assurer la surveillance et la réévaluation clinique du patient (généralement au moins 7 jours). Le besoin d'administrer des doses additionnelles est déterminé par l'efficacité du traitement initial et la gravité de l'affection. Dans le traitement de la plupart des affections musculosquelettiques par l'une ou l'autre des voies susmentionnées, il est rare que l'on doive administrer plus de trois doses de GC.

L'emploi de GC à prise orale peut nécessiter une dose initiale élevée (p. ex., 50 mg) que l'on diminuera graduellement sur une période de 5 à 7 jours. Lors d'une demande d'AUT pour l'utilisation de GC à prise orale dans le traitement d'une lésion aiguë touchant un disque intervertébral, l'inconvenance et l'inefficacité des options de rechange permises telles une injection épidurale ou une infiltration dans une gaine nerveuse doit être démontrée.

En présence d'affections musculosquelettiques inflammatoires chroniques, il pourrait être indiqué d'administrer une faible dose d'entretien d'un GC par voie orale en augmentant temporairement la dose durant les exacerbations. L'utilisation d'un score d'activité de la maladie et de marqueurs biochimiques permet d'orienter l'usage et la posologie des GC dans ces cas particuliers, bien qu'il soit peu probable d'en observer chez les athlètes de haut niveau. Les GC peuvent également être administrés par voie intra-articulaire, pour laquelle aucune AUT n'est requise.

## 2. Analgésiques narcotiques

Les analgésiques narcotiques sont administrés à des doses et selon une fréquence suffisantes pour maîtriser la douleur intense au cours de la phase aiguë d'une blessure ou d'une chirurgie et durant la convalescence postopératoire. Il est toutefois extrêmement improbable qu'un sportif qui doit faire usage d'analgésiques narcotiques pour soulager une blessure aiguë participe à des compétitions d'élite. Dans de rares cas, les narcotiques peuvent aussi être prescrits pour soulager la douleur chronique. (Pour plus de détails, se reporter aux lignes directrices à l'intention des médecins des CAUT portant sur la douleur neuropathique.)

## 4. **Autres traitements alternatifs non interdits**

La prise en charge admise des blessures musculosquelettiques aiguës commence par des mesures simples comme le repos, l'application de glace, la compression et l'élévation. La médication initiale peut comprendre l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'analgésiques non narcotiques et/ou de relaxants musculaires. Les autres options de traitement sont notamment l'application de chaleur, la cryothérapie, la traction, l'échographie, la stimulation électrique, la thérapie manuelle, le port d'orthèses et les exercices thérapeutiques.

Dans le cas des maladies rhumatologiques et auto-immunes, des médicaments immunosuppresseurs appelés *antirhumatismaux modificateurs de la maladie* peuvent être ajoutés au traitement, au besoin, pour ralentir la progression de la maladie. Ces substances peuvent comprendre les antipaludéens, les cytostatiques (p. ex., le méthotrexate, l'azathioprine), les protéines de liaison au TNF (p. ex., l'adalimumab), dont l'utilisation est permise.

## **5. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement**

### **1. Glucocorticoïdes**

Les GC sont reconnus pour exercer de puissants effets anti-inflammatoires, offrant ainsi un soulagement de la douleur et une réduction de l'enflure dans certaines affections précises. Il n'a pas été démontré que ces médicaments accélèrent ou amélioreraient la guérison des tissus musculosquelettiques (ligament, tendon, cartilage hyalin, os, muscle).

### **2. Analgsiques narcotiques**

L'absence de traitement d'une blessure musculosquelettique au moyen d'analgésiques narcotiques se traduit par une douleur constante et, possiblement, une limitation fonctionnelle.

## **6. Surveillance du traitement**

Dans la plupart des cas, la douleur et l'enflure causées par une inflammation aiguë de même que la perte de motricité typiquement associée aux blessures et affections musculosquelettiques aiguës sont de courte durée, c.-à-d. habituellement moins d'une (1) semaine. Certaines affections nécessitent un traitement prolongé, mais elles sont beaucoup moins fréquentes. L'emploi continu de GC et/ou d'analgésiques narcotiques risque de nuire à la santé et à la performance sportive. Lors de l'emploi de GC administrés par voie générale, par exemple pour la prise en charge de maladies rhumatismales chroniques, il est de pratique courante de réduire progressivement la dose à une faible dose d'entretien.

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

Les indications, la posologie et la durée du traitement par les GC et les analgsiques narcotiques dépendent du type d'affection ou de blessure musculosquelettique. De façon générale, aucune de ces classes de médicaments n'est administrée pendant plus d'une (1) semaine. S'il devient nécessaire de prolonger le traitement par ces agents, le sportif doit pouvoir bénéficier d'une révision complète de sa demande d'AUT et d'une réévaluation de son diagnostic. Cela est particulièrement important si le sportif est un préadolescent ou un adolescent de même que dans les cas d'affections musculosquelettiques inflammatoires chroniques, lesquels peuvent exiger la prise de GC de façon prolongée ou répétée.

## **8. Précautions adéquates**

Même à de faibles doses, l'utilisation de GC pendant une longue période risque de générer de nombreux effets indésirables graves, comme une nécrose avasculaire de la hanche ou une suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HSS) entraînant une insuffisance surrénale secondaire.

On doit porter une attention particulière au traitement des jeunes sportifs, ceux-ci étant plus sensibles aux effets des GC du fait que leur système musculosquelettique est en développement.

La dépendance constitue le plus grave effet indésirable pouvant découler d'un usage prolongé d'analgésiques narcotiques.

Bien que l'emploi des analgésiques narcotiques puisse être admis sur le plan médical et dans le contexte d'une demande d'AUT, les différentes associations sportives peuvent décider, dans certaines circonstances, que l'utilisation de ces substances présente un risque inacceptable pour la sécurité du sportif et/ou de ses concurrents. Les questions portant sur la sécurité dans le sport ne relèvent pas du domaine de la lutte antidopage.

## 9. Références

1. Patel DR, Baker RJ. Musculoskeletal injuries in sports. *Prim Care* 2006 Jun; 33(2): 545-79
2. Selected issues for the adolescent athlete and the team physician: a consensus statement. *Med Sci Sports Exerc* 2008 Nov; 40(11):1997-2012. Doi: 10.1249/MSS.ObO13e31818acdcb (aucun auteur mentionné)
3. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N. Lack of effect of intraarticular corticosteroids for chronic pain in the zygapophyseal joints. 1994 April 14; *N Eng J Med* 330(15): 1047-50
4. Maffulli N, Baxter-Jones AD. Common skeletal injuries in young athletes. *Sports Med* 1995; 19:137-49.
5. [Maffulli N](#), [Longo UG](#), [Gougoulas N](#) *et al.* Long-term health outcomes of youth sports injuries. *Br J Sports Med* 2010; 44:21-25 doi: 10.1136/bjsm.2009.069526
6. Dvorak J, Feddermann N, Grimm K. Glucocorticosteroids in football: use and misuse. *Br J Sports Med* 2006 July; 40(Suppl 1): i48-154
7. Nichols A W. Complications associated with the use of corticosteroids in the treatment of athletic injuries. *Med Clin N Am* 95:2011, 507-523. 15370-375.375.
8. Harmon K G, Hawley C. Physician prescribing patterns of oral corticosteroids for musculoskeletal injuries. *J Am Board Fam Pract* 2003. 16209-212.212.