

Affections musculosquelettiques

Substances interdites : glucocorticoïdes

Pour des renseignements sur l'usage des narcotiques et les cannabinoïdes, veuillez vous reporter aux [lignes directrices sur la prise en charge de la douleur](#)

1. Introduction

Qu'elles découlent d'une blessure aiguë, récurrente ou chronique, d'une atteinte du tissu conjonctif, ou de troubles ou maladies rhumatologiques ou générales, les affections musculosquelettiques représentent l'un des problèmes les plus fréquents chez les sportifs. Pour aider les CAUT à évaluer les demandes liées aux affections musculosquelettiques, celles-ci ont été classées en deux catégories, considérant qu'il y aura inévitablement des recoupements.

a. Blessures musculosquelettiques (affections d'origine mécanique)

- Généralement localisées à une zone ou région du corps.
- Souvent causées par l'entraînement, la compétition ou un accident, il peut s'agir de blessures mineures ou répétées touchant un muscle, un tendon ou d'autres tissus mous, ou de macrotraumatismes aigus, comme les fractures graves, les luxations et les lésions médullaires.
- Cette catégorie peut également comprendre les troubles dégénératifs, comme l'arthrose et les blessures facettaires ou discales.

b. Maladies musculosquelettiques (affections d'origine auto-immune, inflammatoire ou rhumatologique)

- Bien qu'elles puissent toucher une articulation unique, ces affections sont habituellement généralisées.
- Elles sont le plus souvent chroniques, mais peuvent suivre une évolution fluctuante ponctuée de périodes d'exacerbation et de rémission. La polyarthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux disséminé en sont quelques exemples.
- Plutôt rares chez les sportifs, des cas sont néanmoins recensés.

Le présent document porte uniquement sur les substances interdites appartenant à la classe des glucocorticoïdes, laquelle est interdite en compétition seulement. Il est à noter que l'usage des narcotiques ou du cannabis est traité dans les [lignes directrices sur la prise en charge de la douleur](#).

Dans le cas d'une blessure musculosquelettique, il existe plusieurs options de traitement. L'administration d'injections de glucocorticoïdes sera utile dans certaines situations.

Dans le cas d'une maladie musculosquelettique, les glucocorticoïdes sont utiles tant durant la phase aiguë que dans la prise en charge à long terme.

Comme les glucocorticoïdes ne sont interdits qu'en compétition, la plupart des demandes d'AUT, notamment pour traiter des blessures, seront présentées peu de temps avant la compétition et exigeront une évaluation rétroactive.

2. Diagnostic

Conformément au SIAUT, il importe de fournir un diagnostic clair et de pouvoir justifier de la nécessité du médicament interdit. Cela dit, le traitement ne repose pas uniquement sur les meilleures pratiques médicales, mais plutôt sur des options thérapeutiques raisonnables et acceptables. Le CAUT doit reconnaître qu'il y a différentes pratiques médicales dans le monde et respecter la relation médecin-patient et les plans de traitement. Dans le cas de troubles ou de maladies chroniques, par exemple la polyarthrite rhumatoïde, il existe souvent un diagnostic bien défini et documenté. Ce pourrait également être le cas pour de nombreuses blessures récurrentes ou chroniques, comme l'arthrite post-traumatique.

S'il y a lieu, des examens, notamment les techniques d'imagerie (radiographie, échographie, tomodensitométrie, IRM), la médecine nucléaire ou les tests de laboratoire doivent être réalisés en complément de l'anamnèse et de l'examen physique. Cependant, pour des affections telles qu'une simple bursite ou une tendinopathie, il se peut qu'il y ait peu de renseignements diagnostiques autres que les résultats de l'évaluation clinique et physique du médecin. Néanmoins, les circonstances entourant l'affection de même que le point de vue clinique du médecin doivent être clairement décrits.

L'article 4.2b du SIAUT stipule que selon la prépondérance des probabilités, le traitement ne doit pas améliorer la performance au-delà de celle attribuable au retour à l'état de santé antérieur du sportif ou à ce qui est considéré comme la « norme » pour cet individu. Dans la plupart des cas, même après l'utilisation de médicaments, le sportif ne pourra retrouver totalement son état antérieur à la blessure ou à la maladie. Cependant, chaque demande doit être évaluée individuellement. Les CAUT doivent noter qu'il n'existe aucune preuve directe qu'une seule injection de glucocorticoïdes (intrabursale, péri-tendineuse ou intra-articulaire) permet d'améliorer les performances, malgré la possibilité d'une distribution temporaire du médicament dans tout l'organisme.

3. Traitement

a. Classes de substances interdites

Glucocorticoïdes

Les glucocorticoïdes sont sécrétés dans le cortex surrénalien et exercent de nombreux effets physiologiques essentiels à la vie. Leur utilisation clinique largement répandue repose en grande partie sur leurs propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives. Les glucocorticoïdes sont couramment utilisés pour leurs effets anti-inflammatoires et analgésiques secondaires pour traiter les affections d'ordre mécanique. Ils pourraient être indiqués dans les cas de bursite aiguë, d'arthrite, de synovite, de protrusion discale ou d'irritation des articulations facettaires.

A compter de l'entrée en vigueur de la *Liste des interdictions* de 2022, les glucocorticoïdes administrés par toute voie injectable, orale ou rectale sont interdits en compétition seulement. Toutefois, un échantillon d'urine prélevé en compétition peut révéler des concentrations de glucocorticoïdes supérieures aux seuils établis par les laboratoires, même si l'administration a eu lieu hors compétition. Conformément au *Code*, un contrôle antidopage positif, connu sous le nom de *résultat d'analyse anormal* (RAA), peut rendre le sportif passible d'une sanction en vertu du concept de responsabilité objective. Cela dit, conformément à l'article 4.1e du SIAUT, le sportif est autorisé à demander rétroactivement une AUT en cas de RAA en compétition résultant d'un usage hors compétition.

b. Voie d'administration

Les glucocorticoïdes sont généralement administrés par voie orale ou par injection intramusculaire ou locale (p. ex., voie intra-articulaire, intrabursale, péri-tendineuse ou épidurale) dans le traitement des affections musculosquelettiques.

c. Posologie et durée de traitement typiques

Pour traiter les blessures musculosquelettiques, les glucocorticoïdes sont habituellement administrés en une injection unique, laquelle sera suivie d'une période suffisante pour assurer la surveillance et la réévaluation clinique du patient. La nécessité d'administrer des doses additionnelles est déterminée par l'efficacité du traitement et la gravité de l'affection.

La plupart du temps, les glucocorticoïdes administrés par voie orale sont prescrits pour de courtes périodes, habituellement moins d'une (1) semaine.

Dans le cas d'une maladie musculosquelettique, comme une maladie rhumatologique ou auto-immune, l'usage des glucocorticoïdes est parfois nécessaire pour soulager les symptômes inflammatoires de façon continue, en augmentant temporairement la dose durant une exacerbation. L'utilisation d'un score d'activité de la maladie et de marqueurs biochimiques permet d'orienter l'usage et la posologie des glucocorticoïdes en présence de tels cas chez les sportifs de haut niveau.

4. Autres traitements non interdits

La prise en charge initiale des blessures musculosquelettiques aiguës peut commencer par des mesures comme de l'équipement de protection, le repos, l'application de glace, la compression et l'élévation. La médication initiale peut comprendre l'utilisation d'AINS 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, d'autres médicaments immunosuppresseurs ou un antirhumatisme modificateur de la maladie peuvent être utilisés pour ralentir la progression de la maladie. Ces substances peuvent comprendre les antipaludéens, les cytostatiques (p. ex., le méthotrexate, l'azathioprine) et les protéines de liaison au TNF (p. ex., l'adalimumab).

Il se peut qu'il n'y ait pas de substituts autorisés raisonnables aux glucocorticoïdes, qui sont des agents anti-inflammatoires uniques et puissants, largement utilisés dans un vaste éventail de troubles médicaux.

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

L'absence de traitement d'une affection musculosquelettique peut se traduire par une douleur constante, une perte fonctionnelle et une diminution de la qualité de vie.

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 musculosquelettiques aiguës sont de durée relativement courte. Certaines affections nécessitent un traitement prolongé, mais elles sont beaucoup moins fréquentes. L'emploi continu de glucocorticoïdes risque de nuire à la santé et à la performance sportive.

La dose des glucocorticoïdes administrés par voie générale, par exemple pour la prise en charge de maladies rhumatismales ou auto-immunes, est généralement ajustée en fonction de l'activité de la maladie.

7. Validité de l'AUT

a. Blessures musculosquelettiques

Les indications, la posologie et la durée du traitement par les glucocorticoïdes dépendent du type d'affection ou de blessure musculosquelettique. Le traitement consiste généralement en l'injection d'une dose unique, et l'AUT ne doit être accordée que pour la durée de l'injection, ou si la dose est administrée par voie orale, pour la durée du traitement. L'usage de glucocorticoïdes ne sera pas considéré comme une violation des règles antidopage s'il est compatible avec les dispositions d'une AUT délivrée en conformité avec le SIAUT.

En principe, les glucocorticoïdes à prise orale ne sont pas administrés pendant plus d'une (1) semaine. Cependant, comme certaines blessures musculosquelettiques peuvent être chroniques et caractérisées par des périodes d'exacerbation, il pourrait être nécessaire de prolonger ou de répéter l'utilisation de ces agents.

b. Maladies musculosquelettiques

Dans certaines situations, comme dans le cas d'une maladie rhumatologique ou auto-immune bien documentée nécessitant une utilisation récurrente de glucocorticoïdes à prise orale, une AUT pourrait être accordée pour une période maximale de 12 mois. Le cas échéant, les conditions applicables devraient accompagner le certificat d'approbation de l'AUT, exigeant :

1. un avis écrit adressé au CAUT pendant ou peu de temps après l'utilisation de glucocorticoïdes au cours de la période de 12 mois, ou;
2. un résumé de l'utilisation de glucocorticoïdes, transmis par le médecin traitant, à la fin de la période de 12 mois.

Remarque : Le CAUT devrait également se réserver le droit de demander accès aux dossiers médicaux pertinents durant la période d'approbation.

Ces documents permettront de s'assurer qu'aucun glucocorticoïde à action générale n'est utilisé au moment de la compétition sans justification médicale; ils pourraient également être invoqués par le CAUT pour justifier de futures autorisations de l'usage prolongé de glucocorticoïdes.

La prudence est de mise chez les personnes qui pratiquent des sports comportant un risque élevé d'abus de glucocorticoïdes, pour lesquels les autorisations de longue durée peuvent ne pas convenir.

8. Précautions adéquates

Il faut souligner que la prise en compte des effets négatifs sur la santé n'est pas un critère pour l'octroi ou le refus d'une AUT, puisque l'utilisation prolongée des glucocorticoïdes, même à faible dose, peut causer des effets secondaires graves. Ces manifestations peuvent comprendre un syndrome de Cushing, une nécrose avasculaire de la hanche ou une suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HSS) entraînant une insuffisance surrénale secondaire.

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.ObO13e31818acdc (aucun auteur mentionné).
3. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N. Lack of effect of intraarticular corticosteroids for chronic pain in the cervical 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/bjism.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. *Clin J Sport Med* 2005;15:370-375.
8. Harmon K G, Hawley C. Physician prescribing patterns of oral corticosteroids for musculoskeletal injuries. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:209-212.