

# Médecine du sport et de l'exercice

Les six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

L'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice

Dernière mise à jour : mai 2024



## 1 Ne demandez pas d'IRM lorsque vos soupçons se portent sur une déchirure méniscale dégénérative ou sur l'arthrose.

Les déchirures méniscales dégénératives et l'arthrose sont extrêmement fréquentes dans la population générale. Les lésions précoces s'observent chez de nombreux sujets de moins de 30 ans. Lorsqu'ils arrivent à la cinquantaine ou à la soixantaine, de 33 à 50 % des individus présentent souvent une déchirure dégénérative complète du ménisque. À moins d'être associées à de l'arthrose, ces déchirures sont le plus souvent asymptomatiques. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas recommandée pour les déchirures dégénératives du ménisque à moins qu'il y ait des symptômes de conflit mécaniques (p. ex., blocage) ou absence d'amélioration avec un traitement conservateur (exercice/physiothérapie, perte de poids, attelle, analgésiques topiques ou oraux, infiltrations). L'IRM n'est pas recommandée pour le diagnostic ou la prise en charge de l'arthrose. Il faudrait plutôt demander des radiographies avec mise en charge.

## 2 Ne prescrivez pas d'opiacés en traitement de première intention pour les tendinopathies.

La tendinopathie est un terme vaste qui englobe les lésions douloureuses à l'intérieur et autour des tendons en réponse à une surutilisation. Même s'il existe des tendinopathies inflammatoires aiguës (p. ex., tendinite), la plupart des patients vus en médecine de premier recours présentent des symptômes chroniques (tendinose). Des options multimodales (p. ex., repos relatif, modification des activités, physiothérapie ou thérapie sportive) sont à envisager comme traitements de première intention des tendinopathies. Les opiacés ne doivent pas être utilisés à la phase initiale du traitement.

## 3 Ne prescrivez pas d'orthèses aux enfants qui présentent des pieds plats asymptomatiques.

Les pieds plats sont fréquents chez les enfants. Et même si cela entraîne rarement une incapacité, il arrive souvent que les parents s'en préoccupent et consultent un médecin à ce sujet. La plupart des cas de pieds plats chez les enfants se caractérisent par une arche normale en l'absence de mise en charge et un aplatissement de l'arche à la station debout. Les pieds plats sont souvent indolores, non problématiques et rentrent dans l'ordre à l'adolescence. Selon les preuves actuelles, il est sécuritaire et approprié de simplement observer un enfant s'il a les pieds plats, s'ils sont flexibles et asymptomatiques.

## 4 Ne demandez pas d'IRM comme épreuve diagnostique initiale si vous soupçonnez une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

La prise en charge initiale de la tendinopathie affectant la coiffe des rotateurs inclut le repos relatif, une modification des activités douloureuses et un programme d'exercices guidé par un physiothérapeute ou un thérapeute du sport afin de récupérer l'amplitude de mouvement et la force. Les infiltrations de cortisone/anesthésique dans l'espace sous-acromial peuvent aussi aider. Si le traitement conservateur ne permet pas de soulager la douleur et de rétablir le fonctionnement de l'épaule, envisagez des radiographies simples pour écarter un diagnostic de pathologie osseuse ou articulaire, et une échographie pour évaluer une éventuelle pathologie de la coiffe des rotateurs ou de la bourse sous-acromiale. L'IRM ou l'ARM (arthrographie par résonance magnétique) peuvent être envisagés si les symptômes ne rentrent pas dans l'ordre à l'aide du traitement conservateur et qu'on s'inquiète d'une possible lésion du bourrelet glénoïdien.

## 5 N'immobilisez pas les entorses de la cheville causées par un traumatisme en inversion en l'absence de signes d'atteinte osseuse ou syndesmotique.

Les entorses de la cheville sont parmi les blessures les plus souvent vues dans les services d'urgence ou les cliniques. Les entorses à la cheville sont à l'origine d'une forte incidence d'absentéisme dans les activités professionnelles ou sportives et ont de ce fait d'importantes répercussions économiques. Des preuves solides montrent que la pose d'attelles fonctionnelles à la cheville plutôt qu'une immobilisation rigide est associée à une amélioration fonctionnelle plus marquée et plus rapide et à un abrégement global de la période de récupération. Pour les entorses de la cheville en inversion sans lésions osseuses ou syndesmotiques associées, une mobilisation précoce à l'aide d'une attelle de cheville fonctionnelle et la physiothérapie/thérapie du sport devraient être envisagées plutôt qu'une immobilisation rigide.

## 6 N'utilisez pas des anesthésiques comme la xylocaïne en flacons à usage unique pour préparer les injections.

Employés selon les directives du fabricant, les flacons multidoses d'anesthésiques comme la lidocaïne ou la bupivacaïne peuvent être utilisés sans danger. Il faut indiquer sur le flacon la date de la première ponction, désinfecter la zone de ponction avec un tampon d'alcool à 70 % et laisser sécher. On doit également utiliser une nouvelle aiguille et seringue et garder le flacon dans un endroit sécuritaire et à température ambiante. Les flacons devraient être jetés conformément aux directives du fabricant (habituellement dans les 28 jours) ou de la province, selon la durée la plus courte.

### Comment la liste a été établie

Le Conseil de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice (ACMSE) a approuvé l'élaboration des recommandations de Choisir avec soin. Un petit groupe de travail a été créé pour examiner les recommandations existantes de Choisir avec soin. Le Conseil de l'ACMSE a ensuite établi une liste de recommandations suggérées fondées sur la recherche, l'expérience et les pratiques courantes. Un sondage national a été mené auprès des membres de l'ACMSE, sollicitant leurs commentaires pour chaque recommandation. Les cinq recommandations ayant obtenu un appui quasi unanime ont été choisies pour être incluses dans la liste de Choisir avec soin portant sur les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Chaque recommandation a ensuite été peaufinée par le petit groupe de travail et soumise au comité de publication de l'ACMSE pour examen et rétroaction. Les modifications finales ont été apportées et approuvées pour être soumises à Choisir avec soin par le Conseil de l'ACMSE.

### Sources

- 1 Arthritis Alliance of Canada. [The Impact of Arthritis in Canada: Today and Over the Next 30 Years](#) [Internet]. 2011 [cited 2016 Sep 30].  
Buchbinder R, Harris IA, Sprowson A. Management of degenerative meniscal tears and the role of surgery. *BMJ*. 2015; 350: h2212. PMID : 26044448.  
Englund M. The role of the meniscus in osteoarthritis genesis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2008; 34: 573-9. PMID : 18687273.  
Englund M. Meniscal tear -- a common finding with often troublesome consequences. *J Rheumatol*. 2009; 36: 1362-4. PMID : 19567632.  
Englund M, Guermazi A, Gale D, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1108-15. PMID : 18784100.  
Strobel MJ. *Manual of Arthroscopic Surgery*. Springer: Verlag Berlin Heidelberg; 2002; 1: 99-200.  
US Department of Veteran Affairs. [VA/DoD Clinical Practice Guidelines: The Non-Surgical Management of Hip & Knee Osteoarthritis \(OA\)](#) [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 30].
- 2 Andrés BM, Murrell GA. Treatment of tendinopathy: what works, what does not, and what is on the horizon. *Clin Orthop Relat Res*. 2008; 466: 1539-54. PMID : 18446422.  
Fanelli G, Tölle TR, DE Andrés J, et al. Opioids for chronic non-cancer pain: a critical view from the other side of the pond. *Minerva Anestesiol*. 2016; 82: 97-102. PMID : 26173558.  
Khan KM, Cook JL, Bonar F, et al. Histopathology of common tendinopathies. Update and implications for clinical management. *Sports Med*. 1999; 27: 393-408. PMID : 10418074.  
Wilson JJ, Best TM. Common overuse tendon problems: A review and recommendations for treatment. *Am Fam Physician*. 2005; 72: 811-8. PMID : 16156339.
- 3 Carr JB 2nd, Yang S, Lather LA. Pediatric Pes Planus: A State-of-the-Art Review. *Pediatrics*. 2016 Mar; 137(3): e20151230. PMID : 26908688.  
Halabchi F, Mazaheri R, Mirshahi M, et al. Pediatric flexible flatfoot; clinical aspects and algorithmic approach. *Iran J Pediatr*. 2013; 23: 247-60. PMID : 23795246.
- 4 Anderson MW, Brennan C, Mittal A. Imaging evaluation of the rotator cuff. *Clin Sports Med*. 2012 ; 31: 605-31. PMID : 23040549.  
Harrison AK, Flatow EL. Subacromial impingement syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011; 19: 701-8. PMID : 22052646.  
Lewis J, McCreesh K, Roy JS, Ginn K. Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis-Management Conundrum. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015; 45: 923-37. PMID : 26390274.  
Roy JS, Braën C, Leblond J, et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography, MRI and MR arthrography in the characterisation of rotator cuff disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2015; 49: 1316-28. PMID : 25677796.  
Thomopoulos S, Parks WC, Rifkin DB, et al. Mechanisms of tendon injury and repair. *J Orthop Res*. 2015; 33: 832-9. PMID : 25641114.  
Yablon CM, Jacobson JA. Rotator cuff and subacromial pathology. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2015; 19: 231-42. PMID : 26021584.
- 5 Cooke MW, Marsh JL, Clark M, et al. Treatment of severe ankle sprain: a pragmatic randomised controlled trial comparing the clinical effectiveness and cost-effectiveness of three types of mechanical ankle support with tubular bandage. The CAST trial. *Health Technol Assess*. 2009; 13(13): 1-65. PMID : 19232157.  
Mizel MS, Hecht PJ, Marymont JV, et al. Evaluation and treatment of chronic ankle pain. *Instr Course Lect*. 2004; 53: 311-21. PMID : 15116624.  
Prado MP, Mendes AA, Amodio DT, et al. A comparative, prospective, and randomized study of two conservative treatment protocols for first-episode lateral ankle ligament injuries. *Foot Ankle Int*. 2014; 35: 201-6. PMID : 24419825.
- 6 Center for Disease Control and Prevention. [Questions about Multi-dose vials | Injection Safety | CDC](#). (n.d.). Retrieved March 28, 2024, from  
College of Physicians and Surgeons of British Columbia. [Accreditation Standards: Single-use Devices and Multi-dose Vials](#). Retrieved March 28, 2024, (CPSBC)  
Miller DC, Smith C. The Safe Use of Multidose and Single-Dose Vials, *Pain Medicine*, Volume 20, Issue 5, May 2019, Pages 1047–1048, <https://doi.org/10.1093/pm/pry314>. PMID: 30759243.  
Kirschke DL, Jones TF, Stratton CW, Barnett JA, Schaffner W. Outbreak of joint and soft-tissue infections associated with injections from a multiple-dose medication vial. *Clin Infect Dis*. 2003 Jun 1; 36(11):1369-73. doi: 10.1086/375064. Epub 2003 May 16. PMID: 12766830.  
Public Health Ontario. [Updated Guidance on the Use of Multidose Vials](#). Retrieved March 28, 2024.

### À propos de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice

L'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice (ACMSE) est fière d'être associée à la campagne Choisir avec soin. L'ACMSE est une organisation de médecins voués à l'excellence de la pratique de la médecine appliquée à tous les aspects de l'activité physique. Sa mission est de forger une voix forte et collective pour la médecine du sport et de l'exercice, d'être un chef de file dans la promotion de l'art et la science de la médecine du sport et de l'exercice, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies, au bénéfice de tous les Canadiens.



### Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.