

USAGE THERAPEUTIQUE DU CANNABIS

Un intérêt se porte sur l'utilisation de dérivés du cannabis à des fins thérapeutiques. Sur base des données disponibles, leur utilisation dans le traitement de la douleur et dans celui des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie, ne se justifie pas étant donné leur faible efficacité et le risque d'effets indésirables. Leur utilisation à des fins thérapeutiques ne devrait être envisagée que dans le cadre d'études cliniques contrôlées.

Le *British Medical Journal* a publié récemment les résultats de deux revues systématiques d'études randomisées contrôlées concernant l'utilisation de dérivés du cannabis (nabilone, dronabinol ou tétrahydrocannabinol, par voie orale; levonantradol par voie intramusculaire). La première étude concerne l'utilisation du cannabis dans la prise en charge de la douleur, et la seconde étude concerne l'utilisation du cannabis dans le traitement des nausées et vomissements induits par une chimiothérapie.

- Dans la première revue systématique, l'efficacité de dérivés du cannabis a été analysée dans la **douleur**: la douleur aiguë postopératoire, la douleur chronique non-cancéreuse et la douleur cancéreuse. Les résultats montrent que les dérivés du cannabis, administrés par voie intramusculaire ou orale, sont plus efficaces qu'un placebo mais ne sont pas plus efficaces que la codéine à une dose d'environ 60 à 120 mg par voie orale. Aucune étude n'a été réalisée avec le cannabis inhalé. Étant donné ce faible effet antalgique et le risque élevé d'effets indésirables tels sédation, somnolence, euphorie, dysphorie, dépression, hallucinations, vertiges, et hypotension artérielle, les auteurs concluent que les dérivés du cannabis n'ont pas de place dans le traitement de la douleur. Des études rigoureuses s'avèrent nécessaires pour préciser la place des dérivés du cannabis dans les affections spastiques et les douleurs neuropathiques.
- Dans la seconde revue systématique, l'effet antiémétique de dérivés du cannabis a été analysé dans les **nausées et vomissements induits par une chimiothérapie**. Les résultats montrent qu'en cas de chimiothérapie modérément émétisante, les dérivés du cannabis, administrés par voie intramusculaire ou orale, sont légèrement plus efficaces que les antiémétiques classiques (alizapride, dompéridone, métoclopramide), et que d'autres substances telles l'halopéridol ou certaines phénothiazines. En cas de chimiothérapie fortement émétisante, ils sont cependant moins efficaces que les antiémétiques classiques, et il n'existe pas d'études comparatives avec les antagonistes des récepteurs 5HT₃. On ne dispose pas non plus d'études avec le cannabis inhalé. Les dérivés du cannabis sont associés à un risque élevé d'effets indésirables, notamment au niveau du système nerveux central, même lorsqu'ils sont utilisés à court terme par voie orale ou intramuscu-

laire. Les auteurs concluent que la place des dérivés du cannabis est limitée par le risque d'effets indésirables parfois graves.

L'auteur d'un éditorial paru dans le même numéro conclut que, sur base des données actuelles, le rapport bénéfice/risques des dérivés du cannabis est défavorable, et que leur utilisation à des fins thérapeutiques ne devrait être envisagée que dans le cadre d'études cliniques contrôlées.

- D'après E. Kalso: Cannabinoids for pain and nausea (editorial). *Brit. Med. J.* **323**, 2-3 (2001)
F. Campbell et al.: Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. *Brit. Med. J.* **323**, 13-16 (2001)
M. Tramer et al.: Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *Brit. Med. J.* **323**, 16-21 (2001)

Note de la rédaction

Ces revues systématiques ont fait l'objet de plusieurs lettres de lecteurs dans un numéro ultérieur du *British Medical Journal* [**323**, 1249-1251 (2001)]. Il y est écrit entre autres qu'on ne dispose que de peu d'études randomisées contrôlées rigoureuses et qu'il est dès lors difficile de tirer des conclusions précises.

EN BREF

➡ Lors de la **cardioversion d'une fibrillation auriculaire**, un anticoagulant est classiquement administré au préalable pendant 3 semaines. Il est suggéré que lorsque l'échocardiographie transoesophagienne ne met en évidence aucun thrombus auriculaire, la cardioversion peut être réalisée beaucoup plus rapidement, en particulier après une anticoagulation d'environ 24 heures. Le *New England Journal of Medicine* [**344**, 1411-1420 (2001)] a publié les résultats d'une étude randomisée dans laquelle ces deux options thérapeutiques ont été comparées.

- Anticoagulation par la warfarine pendant 3 semaines.
- Anticoagulation de courte durée (par l'héparine ou la warfarine) en l'absence de thrombus lors de l'échocardiographie transoesophagienne.

Aucune différence statistiquement significative du taux de complications emboliques n'a été observée entre les deux groupes. Les complications hémorragiques furent moins fréquentes dans le groupe ayant bénéficié d'une échocardiographie transoesophagienne et d'une anticoagulation de courte durée. D'après l'auteur d'un éditorial publié dans le même journal [*New Engl. J. Med.* **344**, 1468-1469 (2001)], l'anticoagulation de courte durée est une alternative valable au traitement anticoagulant de 3 semaines, en particulier chez les patients présentant une fibrillation auriculaire datant de moins de 3 semaines et en cas de risque élevé de complications hémorragiques. Dans les deux cas, il est indispensable de poursuivre le traitement anticoagulant pendant au moins 4 semaines après la cardioversion.