



Questions

Q1 Cannabis médicinal

Le cannabis médicinal par voie orale entraîne une très légère amélioration du fonctionnement physique chez les patients qui souffrent de douleurs chroniques.

- 1. Vrai
- 2. Faux

Résumé formatif : Environ 20 % des Nord-Américains, des Européens, des Australiens et des habitants de pays en voie de développement souffrent de douleurs chroniques, qui causent une incapacité physique et émotionnelle, l'invalidité, une réduction de la qualité de vie et une augmentation des coûts de santé. L'abandon progressif des opioïdes pour le traitement à long terme de la douleur chronique a suscité un intérêt accru pour le cannabis médicinal comme traitement alternatif. Cependant, les directives officielles sont variables. Certaines lignes directrices recommandent le cannabis pour traiter la douleur chronique seulement lorsque les autres traitements ont échoué; d'autres le recommandent seulement pour traiter la douleur chronique non cancéreuse ou la douleur neuropathique réfractaire, ou dans le cadre des soins palliatifs. D'autres encore recommandent d'éviter l'emploi du cannabis médicinal pour les douleurs chroniques.

À l'aide d'une revue systématique et d'une méta-analyse, les auteurs ont tenté de déterminer les bienfaits et les préjudices du cannabis médicinal et des cannabinoïdes contre les douleurs chroniques. La sélection des études a inclus des essais cliniques randomisés qui comparaient le soulagement des douleurs chroniques sous le cannabis médicinal ou les cannabinoïdes à celui sous tout autre produit (témoin) au cours d'un suivi d'au moins un mois. Au total, 32 essais totalisant 5174 adultes ont été inclus, dont 29 avaient comparé le cannabis médicinal ou les cannabinoïdes à un placebo. Le cannabis médicinal était administré par voie orale ($n = 30$) ou topique ($n = 2$). Les populations cliniques comprenaient la douleur chronique non cancéreuse ($n = 28$) et la douleur cancéreuse ($n = 4$). Le suivi médian allait d'un à 5,5 mois. Comparativement au placebo, le cannabis médicinal non inhalé entraîne probablement une légère augmentation de la proportion de patients manifestant au moins la différence minimale importante (DMI) de 1 cm (sur une échelle visuelle analogique [EVA] de 10 cm) du soulagement de la douleur (différence du risque [DR] modélisée de 10 %; IC à 95 % : 5 à 15 %, selon une différence moyenne pondérée [DMP] de -0,50 cm [IC à 95 % : -0,75 à -0,25 cm, certitude modérée]). **Le cannabis médicinal par voie orale entraîne une très légère amélioration du fonctionnement physique (DR modélisée de 4 % [0,1 à 8 %] pour atteindre une DMI d'au moins 10 points sur l'échelle SF-36 de fonctionnement physique à 100 points, DMP de 1,67 point [0,03 à 3,31, grande certitude]), et une légère amélioration de la qualité du sommeil (DR modélisée de 6 % [2 à 9 %] pour atteindre une DMI d'au moins 1 cm sur une EVA de 10 cm, DMP de -0,35 cm [-0,55 à -0,14 cm, grande certitude]).** Le cannabis médicinal par voie orale n'améliore pas le fonctionnement émotionnel, social ou le rôle (grande certitude). Des données probantes de certitude modérée montrent que le cannabis médicinal par voie orale entraîne probablement une légère augmentation du risque de déficit cognitif transitoire (DR 2 % [0,1 à 6 %]), de vomissements (DR 3 % [0,4 à 6 %]), de somnolence (DR 5 % [2 à 8 %]), de déficit de l'attention (DR 3 % [1 à 8 %]) et de nausées (DR 5 % [2 à 8 %]), mais pas de diarrhées. Des données de grande certitude indiquent une plus grande augmentation du risque d'étourdissements (DR 9 % [5 à 14 %] dans les études avec suivi de moins de trois mois c. DR 28 % [18 à 43 %] dans les études avec suivi de trois mois ou plus; $p = 0,003$ pour le test d'interaction; crédibilité modérée de l'effet de sous-groupe).