

Réfutation: La marijuana a-t-elle sa place dans la pratique médicale?

OUI

Mark A. Ware, MB BS, MRCP (R.-U.), MSC

Les D^{rs} Kahan et Srivastava affirment que la marijuana est prescrite «sous l'apparence d'un traitement médical» et s'objectent à ce que l'on «déguise cette substance en thérapie médicale». Ce refus d'accepter que le cannabis fasse partie du traitement de certains patients va à l'encontre de l'opinion médicale actuelle dont la position est adoptée par l'Association médicale canadienne¹. On ne prescrit pas du cannabis en vertu du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales.

Les D^{rs} Kahan et Srivastava prétendent que l'usage du cannabis cause «des effets psychoactifs plaisants qui sont facilement confondus avec l'analgésie directe». Les cannabinoïdes produisent des actions centrales complexes, dont l'analgésie. Est-ce que les effets secondaires plaisants sont une bonne raison de refuser ce médicament à des malades chroniques?

Ils ont dressé la liste d'un certain nombre de risques, dont plusieurs sont controversés. Le potentiel cancérigène n'est pas documenté par des données scientifiques cliniques. L'exposition à la fumée de cannabis (50 années-joints équivalant à un joint par jour durant 50 ans) n'est pas à elle seule associée à la hausse des risques de cancer des voies aérodigestives. L'usage léger de cannabis (environ 1 joint par année) pourrait même réduire les risques de cancer du poumon². Les propriétés anticancéreuses des cannabinoïdes sont fascinantes³. Les effets cognitifs du cannabis disparaissent après avoir cessé la consommation régulière (50 années-joints)⁴. Le risque d'accidents fatals pourrait en réalité être réduit à la suite de la consommation de cannabis par rapport à des groupes de contrôle⁵. Aucun cas d'abus de cannabinoïdes sur ordonnance n'a été documenté⁶.

La plupart des recherches sur le cannabis ont été effectuées sous le paradigme de la prohibition et l'étude des risques n'a pas été bien équilibrée par les résultats d'autres recherches qui s'imposent sur ses bienfaits. Toutes les drogues et tous les médicaments comportent

NON

Meldon Kahan, MD, CCFP, FCFP

Anita Srivastava, MD, CCFP, MSC

D^r Ware affirme que le cannabis est utilisé depuis des milliers d'années. Pourtant, plusieurs thérapies médicales traditionnelles sont abandonnées parce qu'on découvre qu'elles sont nocives ou parce qu'on les remplace par des traitements plus efficaces. D^r Ware encourage les médecins de famille à en apprendre plus sur le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales puisque les médecins ne doivent pas prescrire de la marijuana médicale, mais peuvent simplement appuyer son usage légal. Le formulaire d'accès n'est peut-être pas une prescription officielle, mais les patients interpréteront la signature du médecin comme un endossement des bénéfices thérapeutiques de la marijuana fumée. Les patients ont confiance en leurs médecins et s'attendent à ce qu'ils agissent dans leur intérêt supérieur. Ainsi, les médecins devraient signer le formulaire seulement s'ils croient vraiment que la marijuana médicale est plus sécuritaire et plus efficace que les autres options disponibles. Cette position n'est pas justifiable puisque que des cannabinoïdes pharmaceutiques oraux et inhalés sont maintenant disponibles.

D^r Ware admet que, même si «le cannabis n'a pas été officiellement évalué dans le contexte d'études cliniques», les médecins de famille devraient se familiariser avec cette substance puisque des études à ce propos suivent leur cours. Par contre, dans la plupart des études cliniques, on fait des tests sur les cannabinoïdes pharmaceutiques et non sur la marijuana fumée. Nous sommes rassurés de savoir qu'il existe sur la marijuana «des données concernant la sécurité fournies par 2 générations d'utilisateurs récréatifs». Par ailleurs, cet énoncé n'est pas documenté et nous nous opposons au point de vue largement répandu de D^r Ware qui veut que la marijuana soit un remède à base d'herbes sans danger. Les dangers de la marijuana ont été étudiés et bien documentés. Les utilisateurs de marijuana ont plus de risques d'avoir le cancer de la prostate, le cancer cervico-facial¹,

Ces réfutations sont les réponses des auteurs à qui on avait demandé de débattre de la question suivante: La marijuana a-t-elle sa place dans la pratique médicale? Dans la section «Débats» du numéro de décembre (*Le médecin famille canadien* 2006; 52:1531-3 [Eng], 1535-7 [Fr]). Dans ces réfutations, les auteurs s'opposent aux arguments de leurs opposants.

OUI

des risques. Le fait de rejeter le potentiel thérapeutique du cannabis et des cannabinoïdes pour des motifs de toxicité et de dépendance possibles reviendrait à jeter le bébé avec l'eau du bain. ❁

D^r Ware est professeur adjoint en anesthésie et en médecine familiale à l'Université McGill à Montréal, au Québec, directeur médical adjoint à la Clinique de la douleur du CHUM et médecin praticien spécialiste de la douleur. D^r Ware reçoit une aide salariale provenant du Fonds de la recherche en santé Québec et il est récipiendaire de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada.

Références

1. Bureau de la santé publique de l'Association médicale canadienne. Medicinal use of marijuana. Ottawa, Ont: Association médicale canadienne. Accessible à: www.cma.ca/index.cfm/ci_id/3396/la_id/1.htm. Accédé le 24 novembre 2006.
2. Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, et al. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(10):1829-34.
3. Guzman M. Cannabinoids: potential anticancer agents. *Nat Rev Cancer* 2003;3(10):745-55.
4. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(10):909-15.
5. Bates MN, Blakely TA. Role of cannabis in motor vehicle crashes. *Epidemiol Rev* 1999;21(2):222-32.
6. Calhoun SR, Galloway GP, Smith DE. Abuse potential of dronabinol. *J Psychoactive Drugs* 1998;30(2):187-96.

NON

des bronchites², des accidents impliquant un véhicule motorisé³, des psychoses^{4,5} et des difficultés psychosociales. La fumée de marijuana contient plusieurs toxines et la réception rapide de grandes doses de delta 9-tétrahydrocannabinol augmente le risque de défaillance psychomotrice et de dépendance. Il est imprudent pour les médecins de famille de prescrire à leurs patients une substance non éprouvée et possiblement dangereuse lorsque d'autres options plus sécuritaires sont disponibles. ❁

D^r Kahan est directeur médical au Service médical de la toxicomanie du St Joseph's Health Centre à Toronto, en Ontario, et directeur de la Clinique d'alcoolisme du Centre for Addiction and Mental Health. **D^{re} Srivastava** est médecin de famille membre du personnel au St Joseph's Health Centre et directrice de la Clinique des opioïdes au Centre for Addiction and Mental Health.

Références

1. Hashibe M, Straif K, Tashkin DP, Morgenstern H, Greenland S, Zhang ZF. Epidemiologic review of marijuana use and cancer risk. *Alcohol* 2005;35(3):265-75.
2. Tashkin DP, Baldwin GC, Sarafian T, Dubinett S, Roth MD. Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. *J Clin Pharmacol* 2002;42(11):71-81.
3. Ramaekers JG, Berghaus G, van Laar M, Drummer OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend* 2004;73(2):109-19.
4. Green AI, Tohen MF, Hamer RM, Strakowski SM, Lieberman JA, Glick I, et al. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res* 2004;66(2-3):125-35.
5. Caspari D. Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(1):45-9.

