



Explorer les choix de cannabinoïdes pour la douleur neuropathique chronique chez les adultes plus âgés

Embûches et faits saillants

Rejina Kamrul MBBS CCFP Debbie Bunka Alex Crawley ACPR Brenda Schuster ACPR PharmD Marlys LeBras ACPR PharmD

Environ 18% des adultes canadiens consomment du cannabis, ce qui représente une augmentation par rapport aux 14% d'avant la légalisation de la marijuana à des fins récréatives¹. Par ailleurs, moins de 2% des Canadiens sont des utilisateurs inscrits de cannabis médical^{2,3}. La douleur chronique motive fréquemment le recours au cannabis^{4,5}. Parce que la douleur neuropathique, un sous-ensemble de la douleur chronique, affecte environ 8% des patients et est difficile à contrôler adéquatement, tant pour les médecins que pour les patients, il est important de comprendre les thérapies aux cannabinoïdes (p. ex. cannabinoïdes d'ordonnance ou cannabis) (**Encadré 1**)⁶⁻⁹. Le présent article passe en revue les données probantes concernant les cannabinoïdes pour la douleur neuropathique réfractaire, et met en évidence des outils à l'intention des médecins de famille en quête de conseils pratiques pour recommander, autoriser, prescrire et surveiller les cannabinoïdes. Nous reconnaissons la diversité des points de vue sur le rôle des cannabinoïdes, et nous offrons de multiples facteurs à considérer.

Encadré 1. Aperçu et définitions

Aperçu de la terminologie pertinente:

- **Cannabinoïde** : tout composé qui active un récepteur cannabinoïde (p. ex. cannabinoïde d'ordonnance et cannabis). Les plus étudiés, mais encore mal compris, sont le THC et le CBD
- **Récepteurs cannabinoïdes**: les récepteurs CB₁ (principalement dans les systèmes nerveux central et périphérique) et les récepteurs CB₂ (principalement dans le système immunitaire) font partie du système endocannabinoïde
- **Cannabinoïdes d'ordonnance**: nabilone ou nabiximols (voir le **Tableau 1**⁹ pour plus de détails)
- **Cannabis** : marijuana; accessible légalement auprès d'un producteur ou d'un détaillant autorisé
- **Producteur autorisé**: réglementé par Santé Canada; exige que les prescripteurs autorisent le cannabis médical au moyen d'un document médical
- **Détaillant autorisé**: détaillant réglementé ou dispensaire autorisé; sous réglementation de chaque province ou territoire, en tant que boutique exploitée par le gouvernement, boutique privée autorisée ou en ligne. Une supervision médicale n'est pas exigée

CBD—cannabidiol, THC—tétrahydrocannabinol.

Description du cas : M. Wilson

M. Wilson, un homme de 81 ans qui vit de manière autonome avec sa conjointe, est l'un de vos patients depuis longtemps. Il y a 3 semaines, il s'est rendu à l'urgence en raison d'étourdissements qui ont presque provoqué une chute, et on lui a recommandé de faire un suivi auprès de son médecin de famille si les étourdissements persistaient.

Parmi ses antécédents médicaux figurent une douleur neuropathique secondaire à un diabète de type 2 de longue date, à l'arthrose lombaire et à une insomnie chronique. C'est un ex-fumeur. Le résumé du congé de l'urgence indique que les résultats de la tomодensitométrie du cerveau étaient normaux, et que les analyses en laboratoire révélaient que l'hémogramme complet, les tests de la fonction rénale, les dosages d'électrolytes et les tests aléatoires de glycémie se situaient tous dans la normale. Les mesures récentes de l'hémoglobine A_{1c} étaient de 7,5%. Sa pression artérielle était de 128/84 mm Hg, sans baisse orthostatique, et sa fréquence cardiaque de 72 battements/minute. On a procédé à des évaluations neurologiques et cardiaques sans trouver de maladie sous-jacente. Les constatations à la manœuvre de Dix-Hallpike étaient négatives.

Selon vos dossiers, M. Wilson prend actuellement 75 mg de prégabaline 2 fois par jour, 60 mg de duloxétine par jour, 850 mg de f metformine 2 fois par jour, 40 unités d'insuline glargine le soir, 20 mg de rosuvastatine par jour, 5 mg de ramipril par jour, 7,5 mg de zopiclone au coucher au besoin (2 ou 3 fois par semaine) et 1000 unités de vitamine D par jour. Vous vous rappelez l'échec d'un essai de nortriptyline il y a quelques années (en raison de la somnolence et de la constipation à une dose de 100 mg au coucher), mais après avoir changé pour la prégabaline, M. Wilson avait signalé une certaine amélioration. Il y a environ 1 an, vous aviez ajouté la duloxétine, et M. Wilson avait rapporté un plus grand soulagement de sa neuropathie diabétique. De plus, M. Wilson a antérieurement affirmé qu'il veut éviter les opioïdes «à tout prix».

M. Wilson se sent encore étourdi et l'examen d'aujourd'hui révèle une pression artérielle et une fréquence cardiaque de 120/70 mm Hg et 68 battements/minute respectivement, sans hypotension

Tableau 1. Comparaison des cannabinoïdes pour le traitement de la douleur neuropathique : La version complète des schémas thérapeutiques aux cannabinoïdes est accessible en ligne dans CFPlus.*

TRAITEMENT	DOSAGE (COÛT)	COMMENTAIRES†
Nabilone	0,25-0,5 mg le soir; augmenter de 0,5-1 mg chaque semaine ou 2, selon la tolérance (dose habituelle de 1 mg 2 fois par jour; 112 \$/30 j)	<ul style="list-style-type: none"> • Capsule contenant un analogue du THC (diverses concentrations possibles) et aucun CBD • Cannabinoïde d'ordonnance accessible dans les pharmacies. Remboursement possible par les assurances privées; non couvert par la plupart des assureurs publics pour la douleur neuropathique (p. ex. provinciaux, SSNA) • Indiqué par Santé Canada pour la nausée et les vomissements sévères causés par la chimiothérapie • Préférable au cannabis pour le traitement de la douleur neuropathique chronique; il s'agit cependant d'une indication hors directive⁹
Nabiximols	1 vaporisation le soir, augmenter de 1 ou 2 bouffées chaque semaine ou de 2, selon la tolérance (dose habituelle de 1 vaporisation aux 4 heures; 504 \$/30 j)	<ul style="list-style-type: none"> • Vaporisation sublinguale ou buccale contenant 2,7 mg de THC et 2,5 mg de CBD par vaporisation • Cannabinoïde d'ordonnance accessible dans les pharmacies. Remboursement possible par les assurances privées; non couvert par la plupart des assureurs publics pour la douleur neuropathique (p. ex. provinciaux, SSNA) • Indiqué par Santé Canada comme traitement auxiliaire de la douleur due à un cancer avancé et pour la douleur neuropathique ou la spasticité due à la SP • Préférable au cannabis pour le traitement de la douleur neuropathique chronique; il s'agit cependant d'une indication hors directive⁹
Cannabis		
<ul style="list-style-type: none"> • huile de cannabis par voie orale • capsules de cannabis par voie orale 	Inconnu. Envisager un produit ayant un ratio semblable à celui du nabiximols (p. ex. 1:1 de THC:CBD). Un exemple de dose pourrait être 2-3 mg d'un ratio 1:1 de THC:CBD le soir (le flacon de 60 mL contenant 600 mg de THC et 600 mg de CBD coûte environ 160 \$)	<ul style="list-style-type: none"> • Contient plus de 400 composés, dont 120 cannabinoïdes, et est commercialisé en fonction des composantes en CBD et en THC • Accessible auprès des producteurs ou des détaillants autorisés; certains patients pourraient encore s'en procurer de sources illicites • Producteur autorisé : remboursement possible par des assurances privées (p. ex. Manulife, Sun Life) et Anciens combattants Canada; n'est pas couvert par les assureurs publics (p. ex. provinciaux, SSNA), mais les patients peuvent le déduire dans leur déclaration de revenus • Détaillant autorisé : aucune couverture par une assurance médicaments; les patients ne peuvent pas le déduire dans leur déclaration de revenus • Aucune indication officielle. Peut être autorisé médicalement au Canada pour n'importe quel patient. • En Saskatchewan, l'autorisation du cannabis exige une entente sur le traitement signée par le patient (pourrait ne pas être nécessaire dans certaines régions)
<ul style="list-style-type: none"> • cannabis séché inhalé 	Non recommandé en raison des préjudices	

CAGE-AID— Outil CAGE (cut down, annoyed, guilty, eye-opener) adapté pour inclure les drogues, CBD—cannabidiol, CUDIT-R—Cannabis Use Disorder Identification Test—Revised (test d'identification du trouble de consommation de cannabis - révisé), SP—sclérose en plaques, SSNA—Services de santé non assurés, THC—tétrahydrocannabinol.

*Le tableau comparatif des médicaments à base de cannabinoïdes de RxFiles se trouve (en anglais) à www.cfp.ca. Rendez-vous au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur CFPlus dans le menu du coin supérieur droit de la page.

†Avant de prescrire ou d'autoriser, envisager de faire le dépistage d'une utilisation problématique de cannabis ou d'un risque de dépendance à l'aide des outils CUDIT-R, CAGE-AID ou OTR (outil de dépistage d'un trouble de consommation d'opioïdes).

positionnelle. Vous confirmez avec lui sa pharmacothérapie actuelle, sans changement depuis plusieurs mois. Par contre, lors de votre dépistage habituel de l'utilisation de cannabinoïdes, vous apprenez que le fils de M. Wilson lui a donné de l'huile de cannabidiol (CBD) il y a 3 mois pour l'aider à soulager sa douleur névralgique. Vous demandez à M. Wilson de répondre au questionnaire CUDIT-R (sigle en anglais pour identification d'un trouble de consommation de cannabis - révisé) (https://bpac.org.nz/BPJ/2010/June/docs/addiction_CUDIT-R.pdf), et son score est de 4, ce qui indique l'absence d'une utilisation problématique de cannabis¹⁰.

Importance du dépistage des cannabinoïdes

Étant donné la prévalence de l'utilisation du cannabis, son dépistage est important, même chez les adultes plus âgés. Les patients pourraient envisager

l'automédication avec du cannabis pour diverses raisons, comme la croyance que le cannabis est une solution de rechange « naturelle » (donc « sécuritaire »), ou pour régler des problèmes médicaux qui ne sont pas suffisamment soulagés par leur pharmacothérapie actuelle⁹. Les renseignements sur les cannabinoïdes d'ordonnance (p. ex. nabiximols et nabilone), lorsqu'ils sont dispensés par une pharmacie communautaire, sont saisis dans les bases de données électroniques provinciales ou territoriales sur les ordonnances. L'information sur le cannabis échappe à ces bases de données, ce qui la rend facile à omettre à moins de questionner spécifiquement le patient à propos de sa consommation, comme c'était le cas avec M. Wilson. Lors du dépistage, il peut s'avérer utile de poser aux patients des questions distinctes sur le cannabis à des fins médicales ou récréatives (non

médicales) ou sur la marijuana. De plus, il pourrait être utile de questionner spécifiquement les patients au sujet de produits particuliers, comme « l'huile de CBD » ou « le cannabis topique », parce que ces produits ne sont pas toujours considérés comme des médicaments par les patients.

De retour à M. Wilson

Médecin: Je suis désolé d'apprendre que vos douleurs névralgiques vous causent encore des problèmes. Je ne m'étais pas rendu compte à quel point elles vous dérangent. Je vous remercie de m'avoir parlé de l'huile de CBD, parce que cette information peut être utile dans votre évaluation. L'avez-vous avec vous?

M. Wilson: J'ai une photo du flacon sur mon téléphone. Le CBD m'aide vraiment. J'ai commencé par 1 goutte le soir et maintenant, j'en prends 16. Mon fils m'a dit que je pouvais en prendre sans danger jusqu'à 40, mais je n'en ai pas besoin d'autant. Il a choisi ce produit parce qu'il ne contient que du CBD. (L'étiquette indique CBD : 100 mg/mL.)

Médecin: Puis-je vous dire que, selon moi, il est possible que ce soit la cause de vos étourdissements? [M. Wilson opine de la tête.] J'ai bien peur que cette huile de CBD contribue à votre problème.

M. Wilson: Mais je croyais que le CBD était inoffensif parce qu'il n'est pas psychoactif.

Appliquer les données probantes à la pratique : effets indésirables des cannabinoïdes

Les cannabinoïdes peuvent causer de nombreux effets indésirables qui sont souvent sous-estimés par les patients ou leur famille, comme dans le cas de M. Wilson et son fils (Tableau 2)⁹. La plupart des études sur les cannabinoïdes portent sur des utilisateurs expérimentés, et excluent les adultes plus âgés et les personnes vieillissantes qui ont des comorbidités courantes^{11,12}. Fait intéressant, le risque d'effets indésirables pourrait être plus élevé chez les adultes plus âgés en raison de leur exposition plus grande aux cannabinoïdes (p. ex. métabolisme plus lent du cannabis et plus

de tissus adipeux) par rapport aux adultes plus jeunes¹¹. Le cannabis semble aussi augmenter le risque de visites à l'urgence. Dans une enquête auprès de 14 715 personnes de 50 ans ou plus, 30,9% des consommateurs de cannabis s'étaient rendus à l'urgence contre 23,5% chez les non-consommateurs ($p < ,001$)¹³. Les patients, surtout les adultes plus âgés, sont à risque d'effets indésirables liés aux cannabinoïdes, et ils devraient être informés des effets qu'il faut aussi surveiller.

Les thérapies aux cannabinoïdes peuvent causer des étourdissements. Une revue systématique a fait ressortir 3 revues systématiques comparant cet effet indésirable avec les cannabinoïdes et avec un placebo¹². La plus grande revue systématique portait sur 41 études randomisées contrôlées (ERC) comptant 4243 participants, et faisait valoir un risque accru d'étourdissements (rapport de cotes de 5,09, IC à 95% de 4,10 à 6,32)¹⁴. Une augmentation des étourdissements avec une thérapie aux cannabinoïdes a aussi été constatée par Wade et ses collègues (3 ERC portant sur 666 participants; 32% c. 11% ont ressenti des étourdissements; nombre nécessaire pour nuire de 5) et par Mücke et ses collègues (4 ERC comptant 823 patients) qui ont observé une augmentation en nombre, quoique non statistiquement significative, des étourdissements (différence dans le risque de 3%, IC à 95% de 2 à 8%)^{15,16}. De plus, les thérapies aux cannabinoïdes agissent dans le système nerveux central (SNC) et peuvent interagir avec d'autres médicaments actifs dans le SNC. Les critères Beers de l'American Geriatric Society recommandent d'éviter l'utilisation de 3 médicaments actifs dans le SNC ou plus¹⁷. M. Wilson prend actuellement 4 médicaments actifs dans le SNC (prégabaline, zopiclone, duloxétine, huile de cannabis), ce qui augmente son risque de préjudices, y compris les étourdissements.

Il n'existe pas d'étude visant à savoir si le CBD, à lui seul, cause des étourdissements; par contre, les étiquettes de toutes les huiles de cannabis achetées d'une source légitime au Canada (p. ex. producteurs ou détaillants autorisés) portent des renseignements sur les concentrations à la fois du CBD et du tétrahydrocannabinol (THC) (voir l'Encadré 2 pour les facteurs à

Tableau 2. Effets indésirables des cannabinoïdes à évaluer ou surveiller

EFFET INDÉSIRABLE	TAUX DE L'EFFET AVEC CANNABINOÏDES, %	TAUX DE L'EFFET AVEC PLACEBO, %	NOMBRE NÉCESSAIRE POUR NUIRE
Effets indésirables dans l'ensemble	81	62	6
Cessation en raison des effets indésirables	11	3 environ	14
Effet psychoactif	35	3	4
Sédation	50	30	5
Étourdissements	32	11	5
Troubles de l'élocution	32	7	5
Ataxie ou spasmes musculaires	30	11	6
Hypotension	25	11	8

Données tirées d'Allan et coll.⁹.

considérer avec l'huile de cannabis)¹⁸. Par conséquent, il est probable que M. Wilson ait reçu une huile de cannabis illégale, parce que l'étiquette ne donne que la concentration de CBD, et que cette huile contienne effectivement une quantité non précisée de THC, même si l'étiquette n'en mentionne pas la concentration. En outre, les produits achetés d'une source légitime porteront un timbre d'assise sur l'emballage, de même qu'un symbole normalisé de cannabis (si le produit contient plus de 10 µg de THC par gramme), ce qui donne un autre indice de la source du cannabis^{19,20}. Jusqu'à présent, tous les produits de cannabis légitimes au Canada contiennent à la fois du CBD et du TCH.

De retour à M. Wilson

Médecin: Il n'existe vraiment pas de type inoffensif de cannabis. De fait, 1 patient qui prend des médicaments à base de cannabinoïdes sur 5 aura des étourdissements. Ce qui m'inquiète surtout, c'est que le cannabis est combiné à vos autres médicaments, ce qui augmente le risque de chutes.

M. Wilson: Donc, vous voulez que je cesse l'huile de CBD? Mon mal de dos va-t-il revenir? Je ne suis pas vraiment à l'aise avec cette proposition.

Appliquer les données probantes à la pratique: prise en charge de la douleur neuropathique associée au diabète et thérapie aux cannabinoïdes

Avant d'envisager une thérapie aux cannabinoïdes, il importe de discuter des objectifs thérapeutiques avec M. Wilson et d'évaluer ses essais antérieurs de médicaments. Il est essentiel de comprendre les bienfaits de l'huile de cannabis que perçoit M. Wilson. Dans la prise en charge de la douleur chronique, il faut se concentrer sur les objectifs fonctionnels, c'est-à-dire les objectifs dont l'atteinte se mesure par des améliorations

dans les activités de la vie quotidienne (p. ex. capacité de jouer avec ses petits-enfants, jardiner, faire l'épicerie), plutôt que se fier seulement aux scores de douleur^{6,21}. Il est aussi important de se fixer des attentes réalistes concernant les bienfaits que peut procurer la pharmacothérapie. Par exemple, une réduction de 30 à 50% de la douleur est un paramètre d'efficacité courant dans les ERC sur la douleur comme indicateur de réussite; toutefois, certains patients pourraient croire qu'une pharmacothérapie réduira leur douleur à zéro. Parce que M. Wilson a signalé certaines améliorations, tant avec la prégabaline qu'avec la duloxétine, mais a quand même poursuivi l'automédication avec du cannabis, il vaudrait la peine de discuter avec lui et d'établir des objectifs fonctionnels, tout en insistant sur le fait qu'une élimination complète de la douleur est irréaliste. En outre, même chez les patients qui pensent « avoir tout essayé », il est souvent encore possible d'optimiser les thérapies. Les lignes directrices recommandent des traitements non pharmacologiques comme l'exercice, la physiothérapie et les thérapies psychologiques chez tous les patients⁷. De plus, de nombreux patients ont l'impression qu'une pharmacothérapie a échoué, mais n'en ont pas fait un essai adéquat. Par exemple, la plupart des médicaments doivent être titrés jusqu'à l'obtention d'une dose efficace et être utilisés pendant au moins 6 semaines (et probablement 3 mois) pour procurer des bienfaits⁹. Il convient de signaler que les adultes plus âgés ont souvent besoin de doses plus faibles et d'un titrage plus lent que les adultes plus jeunes (consulter *Geri-RxFiles*, accessible à www.RxFiles.ca, pour plus d'information sur les dosages)²².

À l'heure actuelle, les cannabinoïdes sont considérés comme des choix de traitement de troisième ou quatrième intention pour la douleur neuropathique chronique, lorsque les patients n'ont pas répondu aux antidépresseurs tricycliques, aux gabapentinoïdes et aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la norépinéphrine^{7,9}. Pour M. Wilson, les cannabinoïdes pourraient être une option de rechange raisonnable, puisqu'il a essayé la nortriptyline, la prégabaline et la duloxétine. Une méta-analyse par Cochrane en 2018 regroupant 10 ERC portant sur des patients (1586 participants) souffrant de douleur neuropathique chronique a révélé que les cannabinoïdes comparés au placebo augmentaient le nombre de patients constatant une réduction de 30% et plus de leur douleur, situant le nombre de sujets à traiter à 11 (qualité modérée des données probantes)²³. Toutefois, il n'y avait aucune différence chez les patients souffrant de neuropathie diabétique en se fondant sur l'analyse d'un sous-groupe de 2 ERC (327 participants)²³. Cette revue a aussi tenté de faire la méta-analyse d'un paramètre fonctionnel, notamment l'impression globale de la douleur signalée par le patient, mais la qualité des données était faible, et d'autres études s'imposent à cet égard²³.

Même si les cannabinoïdes ont fait l'objet d'études dans les cas de douleur neuropathique chronique

Encadré 2. Facteurs à considérer avec l'huile de cannabis

La plupart des patients signaleront leur utilisation d'huile de cannabis sous forme de gouttes ou de millilitres par jour. Il importe toutefois de connaître la dose en milligrammes de CBD et de THC. La concentration (p. ex. mg/mL) en CBD et en THC devrait être indiquée sur l'étiquette du produit

- Calcul de la dose de cannabis prenant M. Wilson comme exemple:
 - L'étiquette sur le flacon d'huile de cannabis indique 100 mg/mL de CBD; la concentration en THC n'est pas mentionnée
 - M. Wilson prend 16 gouttes par jour, ce qui représente environ 0,8 mL/j (règle empirique: environ 20 gouttes par mL)
 - M. Wilson prend environ 80 mg de CBD par jour

CBD—cannabidiol.

comme on vient de l'expliquer, il existe d'importantes limitations. La majorité des ERC comptaient moins de 100 participants (de 20 à 339), âgés d'environ 25 à 60 ans (jusqu'à 70 ans), et évaluaient le nabiximols, un cannabinoïde d'ordonnance²³. Aucune des ERC n'évaluait l'huile de cannabis²³. Deux ERC étudiaient le nabilone (mais n'étaient pas incluses dans la méta-analyse)²³. La plupart des ERC avaient une durée de 12 semaines (jusqu'à 26 semaines), et les bienfaits à long terme sont inconnus²³. Cet aspect a été analysé plus en profondeur dans une revue systématique par Allan et ses collègues, qui ont fait valoir que des résultats positifs avaient été signalés dans les ERC de courte durée (jusqu'à 5 semaines), tandis que dans les ERC de plus longue durée (9 à 15 semaines), les résultats étaient neutres¹². Par conséquent, les effets des cannabinoïdes, surtout à long terme, demeurent inconnus chez les adultes plus âgés, comme M. Wilson.

Approches possibles de prise en charge pour M. Wilson

La prise en charge de la douleur neuropathique réfractaire pose de grands défis; toutefois, il existe quelques interventions dont M. Wilson pourrait bénéficier. Il y aurait lieu de discuter des objectifs thérapeutiques en insistant sur l'aspect fonctionnel, et il faudrait rappeler à M. Wilson que la pharmacothérapie ne réduira probablement pas son degré de douleur à zéro. Les traitements non pharmacologiques sont utiles et devraient être explorés (p. ex. psychothérapie, physiothérapie, programme d'activité supervisé). Un aperçu de nombreuses thérapies non pharmacologiques se trouve en ligne, en anglais, à www.RxFiles.ca/painlinks.


Diverses approches pharmacologiques pour la douleur neuropathique réfractaire sont valables et dépendent de nombreuses variables, comme les caractéristiques et les valeurs du patient. Pour M. Wilson, il pourrait être approprié d'essayer une dose plus forte, soit de 90 mg de duloxétine par jour ou de 75 mg de prégabaline le matin et de 150 mg au coucher pendant 3 mois, tout en évaluant les possibilités de bienfaits et d'effets indésirables^{24,25}.

Puisque l'huile de cannabis de M. Wilson est probablement illicite et associée à l'apparition de ses étourdissements, il faudrait l'encourager à cesser de l'utiliser ou au moins d'en diminuer la dose (bien qu'il soit à noter que M. Wilson pourrait ne pas suivre les conseils de son médecin). La diminution progressive est recommandée lors de la cessation, car des symptômes de sevrage (p. ex. anxiété, sudation et troubles du sommeil) ont été signalés lorsque les cannabinoïdes avaient été utilisés quotidiennement pendant quelques semaines ou mois²⁶. Même si le régime de sevrage progressif optimal est inconnu, chez des patients plus âgés non fragiles comme M. Wilson, une diminution de 25% chaque semaine ou 2, selon la tolérance, semble raisonnable,

tout en surveillant la disparition des étourdissements, les symptômes de sevrage du cannabis et les effets sur le fonctionnement²⁷. Vous pourriez remettre à M. Wilson une brochure sur le cannabis à l'intention des patients, qui explique certains des mythes entourant le cannabis, de même que ses effets indésirables (accessible en anglais à www.RxFiles.ca)²⁸.

Si une autre thérapie aux cannabinoïdes est envisagée (consulter le **Tableau 1** pour des renseignements détaillés sur les produits cannabinoïdes⁹; la version complète des schémas thérapeutiques aux cannabinoïdes se trouve en ligne, en anglais, dans **CFPlus***), il faudrait probablement procéder à des ajustements posologiques pour cesser ou réduire la dose de duloxétine ou de prégabaline que prend M. Wilson pour minimiser les effets indésirables additionnels des agents actifs sur le SNC⁹. Les cannabinoïdes d'ordonnance sont préférables au cannabis, parce que la plupart des ERC ont évalué de tels produits, que des conseils sur le dosage sont accessibles, et que les bases de données électroniques provinciales et territoriales sur les ordonnances saisissent des données sur ces produits, ce qui facilite le dépistage des cannabinoïdes, et aussi parce que ces produits répondent aux normes de qualité pour les médicaments d'ordonnance. Par ailleurs, le coût peut être prohibitif, surtout pour le nabiximols. Il serait important de commencer le cannabinoïde à faible dose et de l'augmenter à intervalle de quelques jours ou à chaque semaine, et une durée d'essai raisonnable serait d'environ 3 mois.

Conclusion

Dans l'ensemble, il y a beaucoup d'inconnus et d'incertitudes quant au rôle optimal des cannabinoïdes chez des adultes plus âgés souffrant de douleur neuropathique réfractaire. Jusqu'à ce que des données plus convaincantes soient accessibles, il faut s'assurer que les autres traitements non pharmacologiques et pharmacothérapies sont optimisés, et que les patients n'ont pas répondu à au moins 3 autres agents avant d'amorcer une thérapie aux cannabinoïdes. Les patients pourraient être curieux et vouloir explorer une thérapie aux cannabinoïdes. Il importe donc de faire un dépistage de l'utilisation de cannabinoïdes, de surveiller les effets indésirables potentiels et d'entamer un dialogue avec les patients. De plus, il existe des outils pour la pratique qui portent sur les cannabinoïdes pour aider les médecins de famille en quête de conseils pratiques dans la prestation des soins aux patients. 

La **D^{re} Kamrul** est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale universitaire de l'Université de la Saskatchewan à Regina. **M^{me} Bunka** est formatrice au Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles à l'Université de la Saskatchewan. **M. Crawley** est directeur associé du Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles de l'Université de la Saskatchewan.

*Le **tableau comparatif des médicaments à base de cannabinoïdes de RxFiles** se trouve (en anglais) à www.cfp.ca. Rendez-vous au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur **CFPlus** dans le menu du coin supérieur droit de la page.

M^{me} Schuster est pharmacienne clinicienne auprès de l'Unité de médecine familiale universitaire de l'Université de la Saskatchewan. M^{me} LeBras est pharmacienne de soutien à l'information au Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles de l'Université de la Saskatchewan.

Remerciements

Nous remercions Lynette Kosar et Loren Regier pour la révision de cet article.

Intérêts concurrents

RxFiles et les auteurs qui y collaborent n'ont aucun intérêt concurrent de nature commerciale. Le Programme de formation continue en pharmacothérapie RxFiles est financé par l'intermédiaire d'une subvention du ministère de la Santé de la Saskatchewan à la Régie régionale de la santé de Saskatoon; les recettes « sans but lucratif ni perte de bénéfice » proviennent de la vente de livres et des abonnements en ligne. Aucune aide financière n'a été obtenue pour cette publication.

Correspondance

M^{me} Marlys LeBras; courriel marlys@rxfiles.ca

Références

- National Cannabis Survey 1st quarter, 2019. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2019. Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2019032-eng.htm>. Réf. du 1^{er} juill. 2019.
- National Cannabis Survey, fourth quarter 2018. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2018. Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190207/dq190207b-eng.htm>. Réf. du 26 avr. 2018.
- National Cannabis Survey, third quarter 2018. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2018. Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/181011/dq181011b-eng.htm>. Réf. du 26 avr. 2018.
- Baron EP, Lucas P, Eades J, Hogue O. Patterns of medicinal cannabis use, strain analysis, and substitution effect among patients with migraine, headache, arthritis, and chronic pain in a medicinal cannabis cohort. *J Headache Pain* 2018;19(1):37.
- Boehnke KF, Gangopadhyay S, Clauw DJ, Haffajee RL. Qualifying conditions of medical cannabis license holders in the United States. *Health Aff (Millwood)* 2019;38(2):295-302. Erratum dans: *Health Aff (Millwood)* 2019;38(3):511.
- Grinzi P. The inherited chronic pain patient. *Aust Fam Physician* 2016;45(12):868-72.
- Moulin D, Boulanger A, Clark AJ, Clarke H, Dao T, Finley GA et coll. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: revised consensus statement from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 2014;19(6):328-35.
- Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain* 2006;7(4):281-9.
- Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N et coll. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician* 2018;64:111-20 (ang), e64-75 (fr).
- Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ et coll. An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend* 2010;110(1-2):137-43. Publ. en ligne du 26 mars 2010.
- Minerbi A, Häuser W, Fitzcharles MA. Medical cannabis for older patients. *Drugs Aging* 2019;36(1):39-51.
- Allan GM, Finley CR, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K et coll. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids. Pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. *Can Fam Physician* 2018;64:e78-94. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/64/2/e78.full.pdf. Réf. du 23 sept. 2019.
- Choi NG, Marti CN, DiNitto DM, Choi BY. Older adults' marijuana use, injuries, and emergency department visits. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2018;44(2):215-23. Publ. en ligne du 8 mai 2017.
- Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV et coll. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015;313(24):2456-73. Errata dans : *JAMA* 2015;314(5):520, *JAMA* 2015;314(8):837, *JAMA* 2015;314(21):2308, *JAMA* 2016;315(14):1522.
- Wade DT, Collin C, Stott C, Duncombe P. Meta-analysis of the efficacy and safety of Sativex (nabiximols), on spasticity in people with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2010;16(6):707-14.
- Mücke M, Carter C, Cuhls H, Prüß M, Radbruch L, Häuser W. Cannabinoids in palliative care: systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety [article en allemand]. *Schmerz* 2016;30(1):25-36.
- 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):674-94. Publ. en ligne du 29 janv. 2019.
- Perry D, Ton J, Allan GM. Evidence for THC versus CBD in cannabinoids. *Can Fam Physician* 2018;64:519.
- Agence du revenu du Canada EDN54 general overview of the cannabis excise stamps. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2018. Accessible à : www.canada.ca/en/revenue-agency/services/forms-publications/publications/edn54/general-overview-cannabis-excise-stamps.html. Réf. du 1^{er} juill. 2019.
- Santé Canada. *Standardized cannabis symbol*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2018. Accessible à : www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/laws-regulations/regulations-support-cannabis-act/standardized-symbol.html. Réf. du 1^{er} juill. 2019.
- Rosenquist EWK. *Evaluation of chronic pain in adults*. Waltham, MA: UpToDate; 2018. Accessible à : www.uptodate.com/contents/evaluation-of-chronic-pain-in-adults. Réf. du 1^{er} juill. 2019.
- Geri-RxFiles*. 3^e éd. Saskatoon, SK: Université de la Saskatchewan; 2019.
- Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;(3):CD012182.
- Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(1):CD007115.
- Pain management in older adults. Dans: *Geri-RxFiles*. 3^e éd. Saskatoon, SK: Université de la Saskatchewan; 2019.
- Budney AJ, Hughes JR. The cannabis withdrawal syndrome. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(3):233-8.
- Tapering medications in older adults. Dans: *Geri-RxFiles*. 3^e éd. Saskatoon, SK: Université de la Saskatchewan; 2019.
- RxFiles. *Cannabis. Questions about cannabis, and the answers that may surprise you. A booklet for people thinking about starting medical cannabis*. Saskatoon, SK: Université de la Saskatchewan; 2019. Accessible à : www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/Cannabis-Medical-Patient-Booklet.pdf. Réf. du 25 sept. 2019.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifié Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the November 2019 issue on page 807.