





cannabis et grossesse

DR AUDREY SCHMITT-DISCHAMP

CHU CLERMONT-FERRAND

LYON , 26 MARS 2015

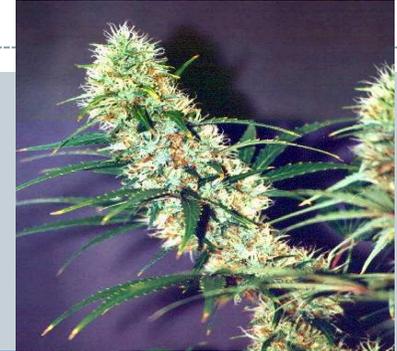
Généralités



- ✓ *Cannabis sativa indica* : chanvre indien « type drogue » (*sativa sativa* : textile)
- ✓ Plus de 60 cannabinoïdes présents
- ✓ Principal principe actif : le Δ^9 tétrahydrocannabinol (THC)
- ✓ Liposoluble (BHE; BHP)
- ✓ Élimination urinaire lente (4 semaines)
- ✓ Psychodysléptique

Différentes formes

- Herbe (< 10% Δ^9 THC)
- Résine = haschich (<20 % Δ^9 THC)



- Huile (jusqu'à 60% Δ^9 THC)
Teneur moy actuelle : 10 à 15 % (4% 70's)

- ✓ Voie inhalée (stick, joint, bhang)
- ✓ Ou per os (tisane, space cake)



Cannabis synthétique

- Spice, Gorillaz, Yucatan Fire, etc
- Agonistes des R CB1
- Pulvérisés sur un mélange d'herbes



Mécanisme d' action



- ✓ R endocannabinoïdes CB1 (1990) et CB2 (1993)
- ✓ Présents sur la plupart des neurones
- ✓ Fixation des cannabinoïdes :
 - ✓ Endogènes : anandamide et 2 A-G
 - ✓ Exogènes : Δ^9 THC (affinité supérieure)
- ✓ Répartition :
 - ✓ R CB1 : SNC et SNP
 - ✓ R CB2 : système immunitaire

Pharmacocinétique du cannabis



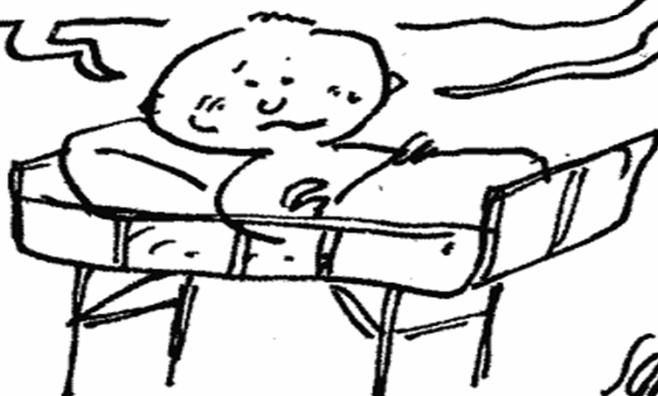
- 15 à 50 % du $\Delta 9$ THC présent dans la fumée passent dans le sang (pipe à eau > joint)
- Absorption rapide : 7 à 10 mn après inhalation
- Effet maximum ressenti 20 à 30mn après inhalation
- Persistance des effets pendant 2 à 3 h (jusqu' à 5 à 12 h)
- Concentrations sanguines dose-dépendantes
- Lipophile (cerveau +++) d' où une élimination lente
- Métabolite inactif détecté jusqu' à 4 semaines dans les urines
- **Franchissement de la barrière hémato-placentaire ($\Delta 9$ THC foetal \geq sang maternel)**
- Variabilité individuelle +++
métabolisation rapide chez les fumeurs réguliers (Lemberger et coll. 1971)

CANNABIS [kanabis] n.m. (mot lat., chanvre).

1. Nom scientifique du chanvre, pour toutes ses variétés. 2. *Cour.* Chanvre indien (*Cannabis sativa*).

— *Par ext.* Plante dont on tire une drogue aux propriétés analogues. 3. Drogue dérivée du chanvre indien, telle que le haschisch ou la marijuana, consommée pour ses propriétés psychotropes.

■ Le cannabis est le plus souvent consommé par inhalation. Il se présente sous forme d'herbes ou de feuilles (marijuana, kif), ou de résine (haschisch). À faible dose, il entraîne ivresse et euphorie, désinhibition, sentiment de relaxation et de flottement. À forte dose, il a une action hallucinogène qui peut se traduire par des épisodes délirants avec une tendance suicidaire, des accès de violence et une incoordination motrice. D'autres effets secondaires existent : nausées, vomissements, accélération cardiaque, irritabilité, troubles de la mémoire, perte de la notion du temps, crises schizo-phréniques et paranoïaques. Il n'existe pas de dépendance physique ni de tolérance au cannabis.



... JE SUIS
DANS
LE BAIN
DEPUIS PLUS
DE 9 MOIS!!

Sardou (et Larousse)

Tabac - Cannabis



- ❑ Goudrons et composés cancérogènes dans fumée du cannabis > tabac
- ❑ Inspiration longue forcée, bloquée
 - Majoré par pipes à eau
- ❑ Toxicité directe au niveau muqueuse bronchique
 - 1 joint = 7 cg
- ❑ Altération des défenses immunitaires locales
- ❑ Risques cumulés avec le tabac

Données d'épidémiologie



- Cannabis: drogue illicite la + largement consommée dans les pays de l'Europe de l'Ouest
- En 2005, 13% des européens âges de 15-34 ans rapportent avoir consommé du cannabis
 - La France est le pays avec le + fort taux de consommation avec 17% des 15-34 ans

Beck F, Legleye S, Spilka S, Briffault X, Gautier A, Lamboy B, et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Barometre sante ´ 2005. Tendances 2006, no 48, pp. 6.

Données d'épidémiologie



- La consommation régulière (au moins 10 fois dans les 30 derniers jours) a fortement augmenté entre 2005 et 2010
 - 2,6 % à 4,2 % pour les hommes
 - 0,8% à 1,2% chez les femmes
 - Et en 2010: 40% des femmes et 64% des hommes âgés de 26-34 ans ont consommé au moins 1 fois du cannabis
-
- *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The State of the Drugs Problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. pp. 102.*
 - *Beck F, Legleye S, Spilka S, Briffault X, Gautier A, Lamboy B, et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Barometre sante ´ 2005. Tendances 2006, no 48, pp. 6.*
 - *Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka A. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances 2011, no 76, pp. 6.*

Données d'épidémiologie



- Contrairement à l'alcool et le tabac, les données dans la littérature concernant le cannabis et ses conséquences sur la grossesse sont insuffisantes
- Le pourcentage de femmes enceintes consommatrices de cannabis n'est pas connu
 - Résultats issus d'enquêtes déclaratives sur la consommation de cannabis chez les femmes enceintes en France
 - 8% consomment du cannabis en début de grossesse et 3% poursuivent au-delà du 1^{er} trimestre

Chassevent-Pajot A, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec Wainstein L, Philippe HJ, Lombrail P, et al. Etude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011;40:237-45.



- En France, les réseaux de périnatalité interrogent les femmes enceintes sur leur consommation de cannabis que depuis 2010



Cannabis use during pregnancy in France in 2010

M-J Saurel-Cubizolles, C Prunet, B Blondel

INSERM UMR–S 953, Epidemiological Research Unit on Perinatal Health and Women’s and Children’s Health, Universit.e Pierre et Marie Curie (Paris VI), Paris, France

Correspondence: Dr M-J Saurel-Cubizolles, INSERM Unite 953, Hopital Tenon – Batiment Recherche, 4 Rue de la Chine, 75020 Paris, France.

Email marie-josephe.saurel@inserm.fr

Accepted 27 November 2013. Published Online 24 February 2014.

DOI: 10.1111/1471-0528.12626

www.bjog.org



- Women were asked two questions about cannabis use:
- (1) During your pregnancy, did you ever use cannabis (hashish, marijuana, shit)?' yes/no;
- (2) 'If yes, how often?' less than once a month/more frequently. Similar questions were asked about tobacco use and alcohol consumption.



- 13 545 femmes incluses dans les maternités en France
- La consommation de cannabis est + fréquente
 - Chez les femmes françaises
 - Primipare
 - Seule
 - + bas niveau socio-économiques
 - Faibles revenus
 - Le taux de naissance prématurée est + important chez les consommatrices de cannabis, quelle que soit la fréquence, surtout lorsque la consommation de tabac est associé
 - (biais de l'étude: déclaratif, aucun test de contrôle)

Table 2. Cannabis use and tobacco and alcohol consumption during pregnancy

	Cannabis use			
	No (13 531)	Yes (158)	Less than once a month* (93)	Once a month or more often (65)
	%	%	%	%
Tobacco smoking before pregnancy				
Yes	30.4	76.9	67.0	90.8
	<0.001			
Tobacco use in the third trimester of pregnancy				
No	83.2	39.4	54.4	18.5
1–9 cigarettes/day	12.1	45.8	35.6	60.0
10 or more cigarettes/day	4.7	14.8	10.0	21.5
	<0.001			
Alcohol drinking				
Never	77.4	53.2	53.8	52.3
Only before being aware of the pregnancy	3.1	7.0	6.6	7.7
Once a month or less	17.1	30.8	30.8	30.8
More than once a month	2.4	9.0	8.8	9.2
	<0.001			
Three drinks or more on one occasion				
Never	97.5	91.2	89.7	93.3
Less than once a month	2.2	8.2	10.3	5.0
Once a month or more	0.3	0.7	0.0	1.7
	<0.001			

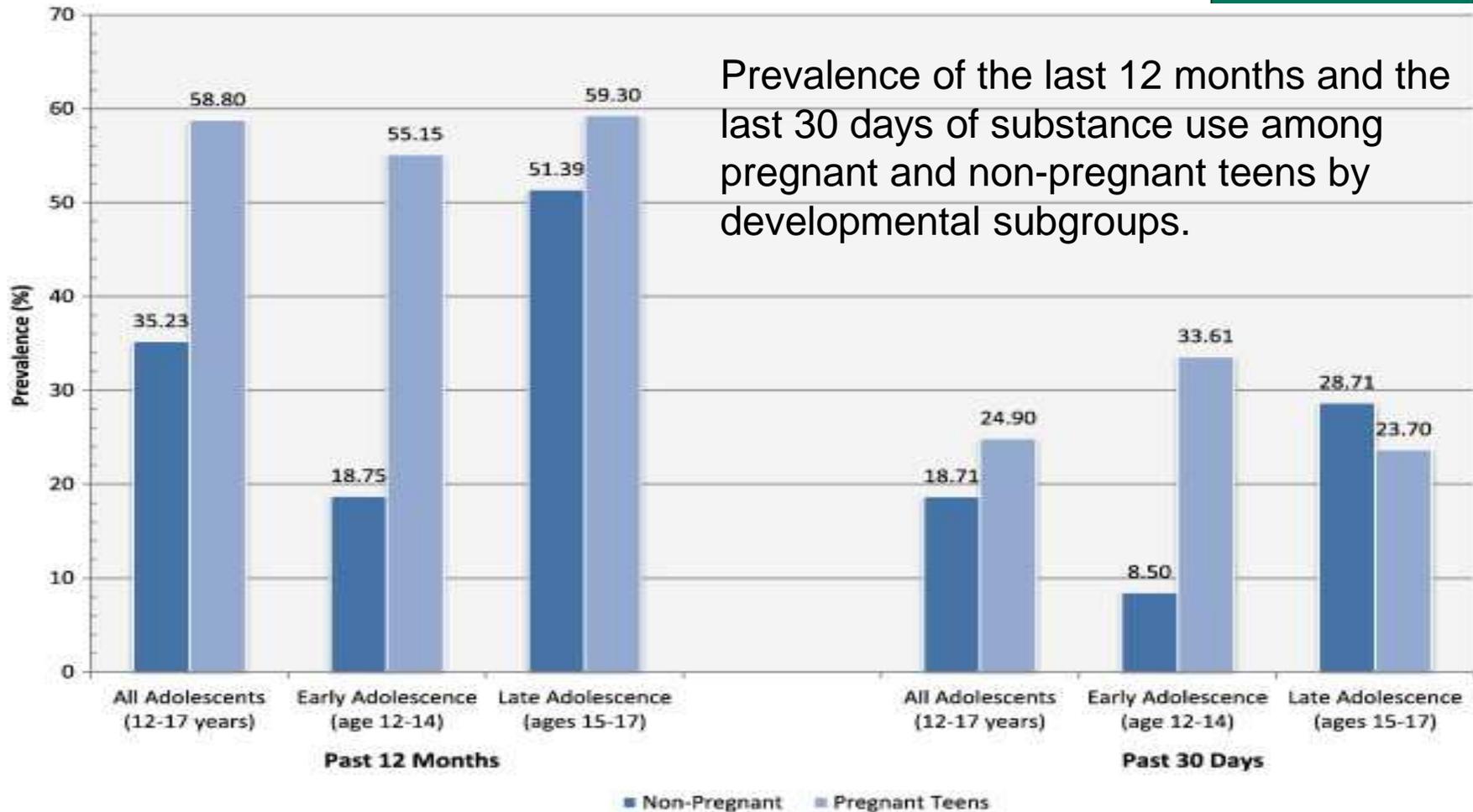
*Including unknown frequency of consumption.

Table 3. Cannabis use and pregnancy outcomes

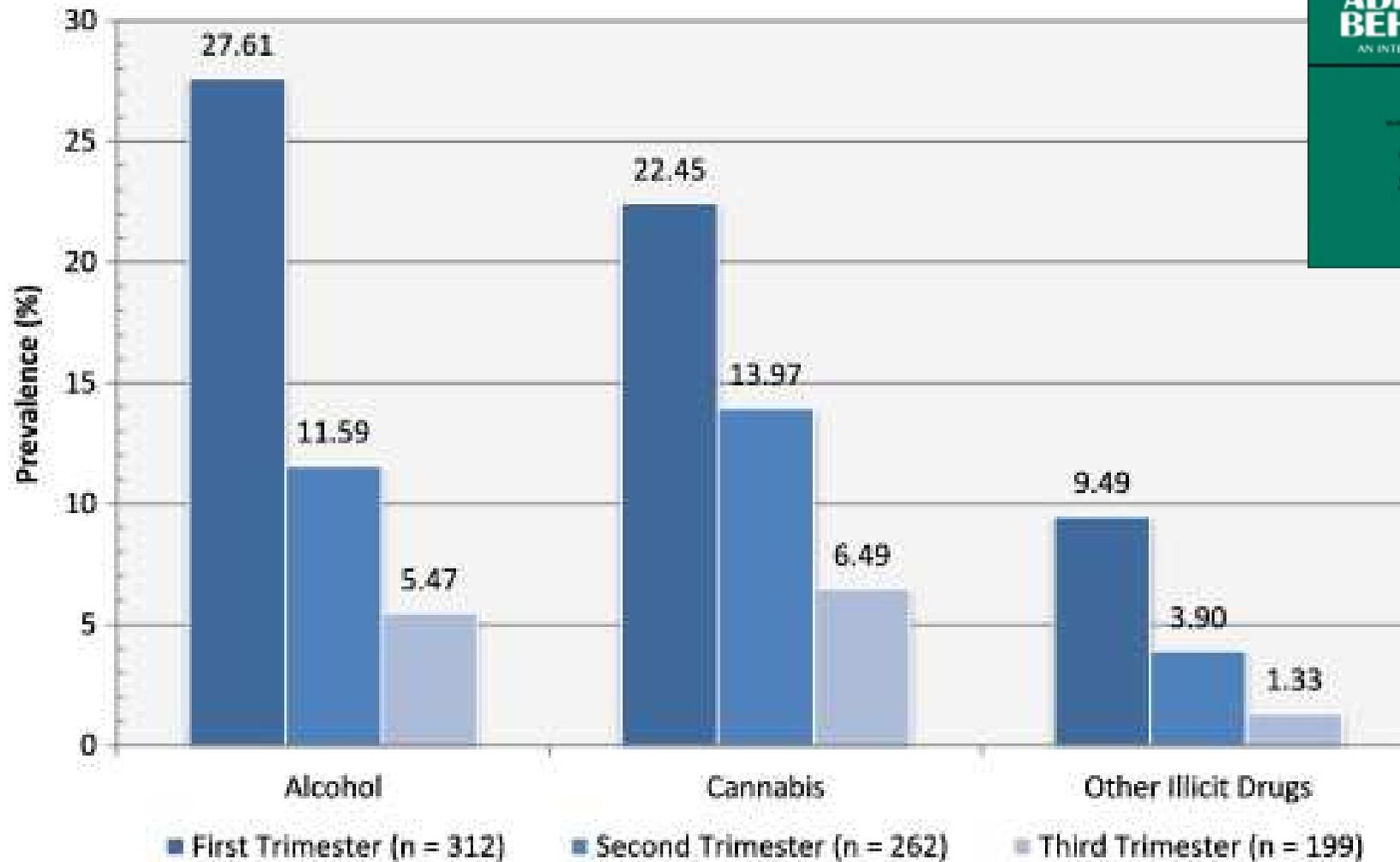
	Cannabis use					
	No	Less than once a month	Once a month or more	Trend test	Less than once a month	Once a month or more
	%	%	%		aOR* (95% CI)	
All sample	(13 348)	(91)	(65)			
<i>Gestational age</i>						
<32 weeks	0.5	1.1	1.5	<0.05		
32–36 weeks	4.8	8.8	10.8			
≥37 weeks	94.7	90.1	87.7			
Preterm birth (<37 weeks)	5.3	9.9	12.3	<0.002	1.62 (0.78–3.40)	2.22 (1.04–4.74)
Spontaneous preterm birth	2.8	5.5	7.7	<0.004	1.85 (0.74–4.64)	2.57 (1.01–6.59)
Medically indicated preterm birth	2.5	4.4	4.6	ns	1.28 (0.40–4.12)	1.62 (0.50–5.27)
SGA (<10 th percentile)	8.4	16.7	23.1	<0.001	1.51 (0.84–2.71)	1.98 (1.07–3.68)
Birthweight (mean)**	3302.9 g	3157.2 g	3053.9 g	<0.001		
Among tobacco smokers	(2233)	(41)	(53)			
<i>Gestational age</i>						
<32 weeks	0.8	0.0	0.0			
32–36 weeks	5.5	9.7	13.2	<0.10		
≥37 weeks	93.7	90.2	86.8			
Preterm birth (<37 weeks)	6.3	9.8	13.2	<0.03	1.86 (0.64–5.44)	2.68 (1.16–6.20)
Spontaneous preterm birth	3.4	4.9	9.4	<0.02	1.63 (0.37–7.23)	3.50 (1.28–9.53)
Medically indicated preterm birth	2.8	4.9	3.8	ns	2.06 (0.47–9.08)	1.49 (0.34–6.41)
SGA (<10 th percentile)	15.9	24.4	24.6	<0.04	1.29 (0.61–2.72)	1.30 (0.66–2.56)
Birthweight (mean)**	3151.4 g	3016.4 g	3010.2 g	<0.01		
Among non-tobacco smokers	(11025)	(61)***				
<i>Gestational age</i>						
<32 weeks	0.4	3.3				
32–36 weeks	4.6	4.9		<0.01		
≥37 weeks	95.0	91.8				
Preterm birth (<37 weeks)	5.0	8.2		ns	1.24 (0.44–3.49)	
Spontaneous preterm birth	2.6	3.3		ns	1.22 (0.29–5.06)	
Medically indicated preterm birth	2.4	4.9		ns	1.22 (0.29–5.11)	
SGA (<10 th percentile)	6.8	11.7		ns	1.24 (0.52–2.94)	
Birthweight (mean)**	3334.7 g	3244.1 g		ns		

Substance use and teen pregnancy in the United States:
Evidence from
the NSDUH 2002–2012

Christopher P. Salas-Wright [a, □](#), Michael G. Vaughn [b](#), Jenny Ugalde [a](#), Jelena Todic



Prevalence of current substance use (past month) among pregnant teens by pregnancy trimester.



Conséquences potentielles de la consommation de cannabis



- La grossesse chez une femme consommant une ou plusieurs SPA, quelle que soit la substance, est une grossesse à risques
- Les conséquences de la consommation de SPA peuvent être obstétricales et/ou néonatales, et sur le développement de l'enfant.

Que dit le CRAT sur le cannabis?

• **ETAT DES CONNAISSANCES**

- A ce jour, un effet malformatif du cannabis en cours de grossesse n'est pas retenu.
- De façon contradictoire, d'autres conséquences ont été évoquées, mais elles semblent essentiellement liées au [tabac](#) fumé avec le cannabis, et lors d'une consommation régulière et importante (6 fois par semaine ou plus) :
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Diminution du poids de naissance (< 2500g à terme),
 - Diminution de la durée de la grossesse (de près d'une semaine).
 - Pour les fumeuses occasionnelles, aucun effet sur le poids de naissance ou de la durée de la grossesse n'est noté.
- Le devenir à distance des enfants de mères ayant consommé du cannabis en cours de grossesse a fait l'objet de quelques études.
 - Le score global d'intelligence (QI) semble normal.
 - Cependant des déficits de l'attention, une hyperactivité et une perturbation de certains tests cognitifs et certaines fonctions d'exécution ont été observés chez des enfants vers l'âge de 9-12 ou 13-16 ans dont les mères consommaient du cannabis à raison d'au moins 6 fois par semaine en cours de grossesse.
- **Allaitement**
 - Le THC passe dans le lait maternel, et peut s'y concentrer : en cas de consommation régulière, on peut en trouver jusqu'à 8 fois plus que dans le sérum maternel.
 - Le THC a également été retrouvé dans les selles d'enfants allaités.

Que dit le CRAT?



- **EN PRATIQUE**
 - Si le cannabis en cours de grossesse n'est pas associé à un risque malformatif particulier, la poursuite de sa consommation n'est pas souhaitable en l'état actuel des données.
 - La consommation de cannabis au cours de l'allaitement est également déconseillée.
- Mise à jour juin 2012.

Conséquences obstétricales



- Des chercheurs ont mis en évidence la présence de récepteurs cannabinoïdes CB1 au niveau du placenta avec une forte expression au niveau de l'épithélium amniotique
- Les récepteurs CB1 auraient également une localisation au niveau utérin et ovarien .
- Du fait de sa très grande lipophilie, le THC traverse aisément la barrière placentaire. Il est détectable dans la circulation sanguine pendant environ un mois après la consommation, ce qui augmente le temps d'exposition foetale.
- **De plus, les concentrations retrouvées dans le sang foetal sont au moins égales à celles détectées dans la circulation maternelle.**
- le THC, diminuerait la perfusion utéro-placentaire ;
 - difficultés voir échecs à l'implantation de l'embryon dans la muqueuse utérine, hydramnios (volume excessif de liquide amniotique), fausses couches spontanées, placenta praevia.

Ameri A. The effects of cannabinoids on the brain. Prog neurobiol1999

Park B et al. Identification of the CB1 cannabinoid receptor and fatty acid amide hydrolase (FAAH) in the human placenta. Placenta 2003

Karila L et al. Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis. Journal de gynécologie obstétrique et reproduction. 2006

Passage transplacentaire du THC.....OUI



- Bonne solubilité lipidique des cannabinoïdes
- Passage facile de la barrière placentaire
- Présence de récepteurs CB1 au niveau du placenta
- Présent en quelques minutes chez le fœtus
- Taux extrêmement variables selon les auteurs de 10% à 100%

Abrams 1985, Bailey 1987, Hutchings 1989

Les endocannabinoïdes



- Présence de récepteurs CB1 dès le début de la grossesse dans le cerveau foetal
- Rôle très important et très fin d'inhibition de l'excitation neuronale
- Inhibe l'action du Gaba
- Si trop de cannabis, frein important au développement cérébral

Altering Canabinoid signaling during developpement disrupts neuronal activity

C. Bernard, H Gozlan

Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA

2005, Vol102, n°26

Tératogénéicité



- Un certain nombre d'études ne mettent pas en évidence un nombre plus important de malformations foetales après une exposition au THC, par rapport aux enfants nés de mères non consommatrices.

Linn S et al. The association of marijuana use outcome of pregnancy. Am J Public health 1983

Fried PA et al. A comparaison of the effects of prenatal exposure to tobacco, alcohol, cannabis and caffeine in birth size and subsequent growth. Neurotoxicol Teratol.1987.

Tennes K et al. Maternal alcohol consumption, birth weight, and minor physical anomalies. Am J Obstetrical gynecol 1980.

Zuckermann B et al. Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. N Engl J medical, 1989.

Witter FR et al. Marijuana use in pregnancy and pregnancy outcome. Am J Perinatol.1990,

Day N et al. Prenatal marijuana use and neonatal outcome. Neurotoxicol teratol. 1991.

Astley SJ et al. Analysis of facial shape in children gestationally exposed to marijuana, alcohol, and/or cocaine. Pediatrics. 1992.

Tératogénéicité



- Pourtant, certaines études montrent que chez les femmes blanches ayant fumé de la marijuana pendant le premier trimestre de leur grossesse, s'observaient fréquemment, au moins 2 à 3 malformations mineures (Cornelius MD, 1995).
 - L'augmentation du risque de **laparochisis** (fermeture incomplète de la paroi abdominale avec formation d'une fente abdominale laissant passer les anses intestinales, qui flottent alors dans le liquide amniotique) (Torfs CP, 1994).
 - La présence d'**anomalie du septum ventriculaire**. Le risque est multiplié par 2 de façon statistiquement significative (Torfs CP, 1994). Ce risque est encore plus grand quand la consommation excède 3 joints par semaine (Briggs CG, 2008).
- Ces troubles n'ont donc pas un caractère systématique ; il faut de plus tenir compte des polytoxicomanies associant à minima tabac et alcool.
- L'ensemble des études fait conclure à l'absence d'une tératogénéicité sévère.

Cannabis et accouchement



Tout dépend du moment de l'exposition

Effet du cannabis sur le muscle lisse

étude de 41 femmes sur une population de 313

- Plus de travail dystocique 43% versus 35%
- Plus de travail précipité: 13% versus 8%
- Plus de liquide méconiaux: 17% versus 13%

*[Drug Alcohol Depend 1983;11:359-66](#) Greenland S and all
The effect of marijuana use during pregnancy
:a study in a low risk delivering population

*[Neurobehav Toxicol Teratol 1982;4:447-50](#) Greenland S and all
Effects of Marijuana on human pregnancy, labor, delivery

Conséquences sur la croissance et néonatales



- Les données sur les conséquences psychomotrices sont moins nombreuses chez l'enfant exposé in utero au cannabis et la polyconsommation rend difficile l'attribution des conséquences observées
- **Troubles de la croissance**: réduction de la taille, du poids et du PC corrélée directement au niveau et durée de consommation (El Marroun H, 2009)
- Association entre usage maternel de cannabis et **risque de mort subite du nourrisson** après contrôle des variables ethniques et de la consommation de tabac (Skragg RK, 2001)

Conséquences sur la croissance et néonatales



- La consommation de **cannabis chez le père** augmenterait également le **risque de mort subite** du nourrisson si le père consomme avant, pendant et après la grossesse (Klonoff-Cohen H, 2001)
 - En lien avec conditions sociales + précaires, environnement cannabique + important pour le bébé
- **Syndrome de sevrage à la naissance** constaté cliniquement chez le nouveau né apparenté au syndrome de sevrage des opiacés
 - Peu de données sur le S de sevrage spécifique du cannabis

Conséquences néonatales



- Pour des doses relativement faibles (1 joint par semaine chez la mère) on décrit chez l'enfant un [syndrome de sevrage](#) jusqu'à 30 jours de vie avec des signes d'excitation, troubles du sommeil, tremblements, sursauts exagérés spontanés ou en réponse à des stimuli minimales et mise à la bouche des mains très fréquentes. Le risque de mort subite est le même qu'avec la consommation de tabac

S Coscas, revue du praticien, dec 2013

Conséquences chez l'enfant



- **Revue de littérature**
 - S. Lamy, X. Laqueuille, F. Thibault. *L'encéphale*, 2014

Troubles de la croissance	Diminution du poids, de la taille et du périmètre crânien chez le fœtus exposé au cannabis durant la grossesse (El Marroun H, 2009)
Troubles du sommeil	Accrus chez des enfants de 3 ans exposés au cannabis après correction des facteurs socio-économiques (Dahl RE, 1995)
Troubles de l'apprentissage	Retard du développement intellectuel de 9 à 19 mois surtout si exposés au 3^e trimestre de grossesse (Litt R, 1995), Troubles de l'apprentissage scolaire surtout si exposés au 1^{er} et 2^e trimestre, Troubles des performances intellectuelles à 6 ans et 14 ans, évaluées avec la Wechsler Individual Achievement Test (Goldschmidt L 2012)
Troubles de l'attention	Entre 6 et 10 ans, les enfants paraissent être plus impulsifs (Leech SL, 1999)
Troubles de la mémoire	Day et al, ont montré que des enfants de 3 ans exposés au cannabis durant la période prénatale avaient des troubles de la mémoire à court terme (Day NL, 1994)
Troubles des fonctions exécutives	Troubles de planification, d'organisation des tâches à 4 ans (Fried PA, 2001), Troubles de la flexibilité et de la planification encore présents à 14 ans (Willford JA, 2004)
Troubles psychiatriques	Troubles anxieux et dépressifs augmentés à 10 ans (majorés si fœtus exposés au 1^{er} trimestre et/ou exposition à l'alcool (Goldschmidt L, 2004),
Conduites addictives	A 14 ans, les enfants exposés au cannabis in utero ont un risque accru de consommation de cannabis par rapport à un adolescent non exposé (Goldschmidt L, 2012), mais ces données doivent être pondérées par le rôle de l'environnement (Day NL, 2006),
Trouble du comportement	Les enfants exposés au cannabis pendant la grossesse ont des troubles attentionnels et des troubles anxio-dépressifs à 10 ans pouvant conduire à des troubles du comportement voire à la délinquance (Day NL, 2011)

Conséquences chez l'enfant



- Relation entre exposition durant la grossesse au cannabis et apparition de schizophrénie non clairement établie ([Brown AS, 2011](#)), contrairement au tabac ([Zammit S, 2009](#))
- Rôle d'autres facteurs impliqués dans l'apparition de cette maladie (génétiques, environnement)

Sur les hormones et la fécondité ?



Pourquoi s'intéresser à ce problème:

Existence de récepteurs au THC de type CB1 présents

- au niveau du cerveau chez les rats et les humains
- ovaires, endomètre, testicules, canaux déférents, vessie

1. Cannabinoid receptor localisation in brain

Proc.Natl.Acad.Sci.USA 87(1990)1932-36 M.Herkenham,AB Lynn,MD Little

2 Marijuana and Medicine:the endocrine effects of cannabis

Alter. Ther.Women's Health 1 (1999)

Marijuana et fécondité



- Baisse réversible des taux de FSH et LH (étude de l'OMS 1997)
- Taux de testostérone plus faibles et diminution de la mobilité des spermatozoïdes si >20 joints/jour

Mendelsohn JH, Ellingboe J, Kuenle JC Pharmacol Ther 1978;207:611-17
Effects of chronic marijuana use on integrated plasma testosterone and LH levels
Kolodny Rc, Masters WH, Kolodner RM N Engl J Med 1974;290:872-4
Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marijuana use



REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE

repérage



- Interrogatoire par tout professionnel de santé
 - Systématiquement surtout devant toute patiente qui fume du tabac ou consommant une Substance psycho-active
- URGENCE MEDICO-OBSTETRICALE** avec prise en charge
partenariale
- contexte psycho-social sanitaire et suivi obstétrical médiocre

REPERAGE des Polyconsommations



- **Anamnèse, examen clinique (conséquences), QUESTIONNAIRES**
 - * **ASI (Addiction Severity Index)**: test d'évaluation générale de la sévérité de la consommation de la substance et de ses conséquences.
 - * Selon la substance
 - . **Alcool** : **DETA- CAGE, AUDIT**
 - . **Cannabis**: **CAST, ADOSPA, ALAC**
 - . **Tabac** : **FTND, MINI FTND, HONK**
- **Marqueurs d'imprégnation – dépendance**
 - * **Alcool**: **CDT** (spécifique, sensible)
 - * **Cannabis**: **cannabinoïdes** (**urines** : qualitatif ; **plasma** : quantitatif)
 - * **Tabac**: **COE, cotinine** (**plasma, urine, salive**)
- **Rechercher aussi mésusage de médicaments ou autres drogues illicites** (prise en compte globale des différentes conduites addictives)

Source: Raynaud et al. 2007

CAST

Cannabis Abuse Screening Test



- Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ?
- Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ?
- Avez-vous déjà eu **des problèmes de mémoire** à cause de votre consommation de cannabis ?
- **Des amis ou des membres de votre famille** vous ont-ils déjà dit que vous devriez **réduire** votre consommation sans y arriver ?
- Avez-vous déjà essayé de **réduire** ou d' **arrêter** votre consommation de cannabis **sans y arriver** ?
- Avez-vous déjà eu des **problèmes** à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

Risque faible < ou = 2

Risque modéré > ou = 3

Risque élevé > ou = 6

QUANTIFIER LA CONSOMMATION (ESCAPAD 2003)

Usage quotidien	- tous les jours, dernier mois	5-10 %
Usage régulier	- $\geq 10 \leq 29$ fois, dernier mois	6-10 %
Usage répété	- 1 à 9 fois, dernier mois	20-25 %
Usage occasionnel	- 1 à 9 fois, 12 derniers mois	6-12 %
Expérimentation	- ≥ 1 fois, pas dans les 12 mois	40-50 %

RECHERCHER DES FACTEURS DE SEVERITE

L'individu

- usage précoce
- usage autothérapeutique
- répétition de la consommation
- conduites d'excès (ivresse cannabique) répétées
- polyconsommations (alcool, autres drogues)

Le produit

- quantité prise (effets corrélés à la concentration plasmatique)
- nature du produit
 - herbe : $\Delta 9$ THC < 10 %
 - résine : $\Delta 9$ THC ≤ 20 % Narguilé = « Bang »
 - huile : $\Delta 9$ THC ≤ 60 %

L'environnement et le contexte

- précarité sociale et psychologique
- démêlées judiciaires

Diagnostic d'usage nocif

*Le diagnostic d'usage nocif de cannabis se fait sur l'existence de **troubles de gravité croissante survenant chez un sujet consommateur régulier ou intensif** :*

- 1) Troubles de la concentration et de la mémoire
- 2) Chute des performances scolaires et des investissements relationnels
- 3) Syndrome a-motivationnel avec perte des intérêts, et / ou troubles psychiatriques manifestes

Dépendance

- **Pouvoir addictif faible:** Un consommateur sur 10 évolue vers la dépendance
- **Prévalence dépendance (USA):**
 - 5 % en population générale
 - 10 à 15 % chez les expérimentateurs.
- **dépendance psychique forte.**
- **dépendance physique faible :**
 - Tolérance démontrée sur les animaux, \$ de sevrage provoqué par l'administration d'un antagoniste des R CB1
 - **\$ de sevrage clinique** : Irritabilité, humeur dépressive, agitation, insomnie, rêves étranges, perte d'appétit, irritabilité à l'hôpital, agressivité à l'extérieur (semblable à celui observé à l'arrêt de la nicotine)

Sevrage cannabique pendant la grossesse



guidelines ?



SEVRAGE PROBLEMATIQUE



- **motivation à l'arrêt imparfaite**
- registre de **polyconsommation**
- **prise en charge non codifiée**
- **Comorbidités psychiatriques**
- **déficit en médicaments addictolytiques
(dépendance au cannabis)**
- **suivi souvent long**
- **facteurs de sévérité (fortes
consommations).**

Entretien



- Climat empathique
- Pas de jugement
- Informer
- Conseiller
- Accompagner
- Repérer les comorbidités psychiatriques et addictives

Prise en charge : comment en parler ?



- En écoutant : interrogations, inquiétudes, demandes, perception des aspects négatifs et positifs de la prise de drogues
- éviter le jugement, le rejet, la fascination, la banalisation
- Proposer une aide et suggérer la possibilité d'une alliance thérapeutique durant la grossesse
- Evaluer la situation psycho-sociale familiale
- les objectifs sont la prévention des risques et le soin de la mère et de l'enfant
- Proposer orientations vers professionnels spécialisés et prise en charge multidisciplinaire

TRAITEMENT CANNABIS



- Pas de consensus actuel
- De **l'intervention brève** à la prise en charge globale
- **Entretien motivationnel, TCC, thérapies familiales**
- **Traitement symptomatique lors du sevrage:** pdt 10 à 15 jrs, éviter les anxiolytiques de type BZD, préférer Atarax* ou NRL (type Tercian* ou Nozinan*)
- SUBSTITUTION NICOTINIQUE à forte dose
- Prise en charge des **comorbidités associées** (psychiatrique +++)

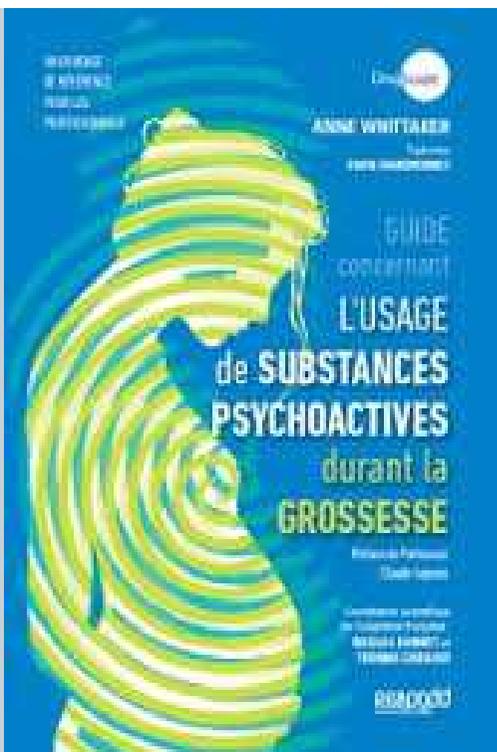
Réseau périnatal naitre du Languedon Roussillon



- Référentiel cannabis et périnatalité 😊

référentiels

Fiches techniques GROSSESSE ET ADDICTIONS



FICHES TECHNIQUES GROSSESSE ET ADDICTIONS



naître
en languedoc roussillon

Groupes de travail pluridisciplinaires
Périnatalité et addictions de LR
Coordination : P. BEUILLET - C. CHANAL - C. CRIBALLET



Octobre 2009

- Référentiel cannabis et périnatalité
 - Validé en 2009 par le réseau périnatalité du Languedoc Roussillon

Pharmacothérapie du sevrage cannabique



- essais cliniques répertoriés chez un nombre limité de patients (7 à 81 patients)
- Durée variable 35 jours à 6 semaines

Benyamina et al. *Expert Rev Neurotherapeutics*. 2008.

Pharmacothérapie: les échecs



- Bupropion¹: Augmente l'irritabilité, la dépression et les insomnies
 - Divalproex²: Augmente le craving, l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue, effets secondaires
 - Naltrexone³: Augmente les évaluations subjectives des effets agréables du THC oral
- 1- Haney et al. Psychopharmacology(Berl.), 2001
 - 2- Haney et al. Neuropsychopharmacology. 2004
 - 3- Haney et al. Psychopharmacology(Berl.) 2003

Pistes intéressantes



- Nefazodone 1: Diminution de l'anxiété et des douleurs musculaires (arrêt de la commercialisation suite aux hépatites fulminantes)
- Mirtazapine (NORSET®) 2: Bien toléré avec une amélioration de la thymie. Effet mitigé sur le sommeil.
- Les antidépresseurs ayant un profil noradrénergique sérotoninergique pourraient avoir un intérêt dans le sevrage. Plus d'essais sont nécessaires
- 1- Haney et al. Psychopharmacology(Berl.), 2003
- 2- Frewen et al. (présenté au CPDD, 2007)

Pharmacothérapie: THC oral



- 2 essais publiés:
 - Oral THC (50 mg/j): diminution de l'anxiété, de l'insomnie, du craving, de l'anorexie et de la perte de poids
 - Oral THC (30 mg ou 90mg/j)
 - 30 mg: diminution des signes de sevrage
 - 90 mg: signes similaires aux jours de consommation
- 1- Haney et al. Neuropsychopharmacology, 2004
- 2- Budney et al. Drug and Alcohol Dependence, 2007

Donc: Effet favorable sur tous les symptômes du sevrage (doses > 30 mg/j) sans signes d'ivresse cannabique

Essais médicamenteux



- Aucune pharmacothérapie spécifique validée dans le syndrome de sevrage
- Conclusion: plus d'effets secondaires que d'effets bénéfiques sauf pour le THC oral (à confirmer) et éventuellement le mirtazapine.

Les psychothérapies



- Trois psychothérapies actuellement reconnues dans le traitement de la dépendance au cannabis et la prévention de la rechute:
- Traitement cognitif et comportemental (TCC)
- Entretien Motivationnel (MET)
- Management des contingences (MC): coupons

TCC: le gold standart



- Le plus largement étudié (14 études)
- Dans les populations les plus variées, y compris les adolescents ([Walker et al 2006](#), [CYT 2004](#))
- Efficacité à court et à moyen terme
- Efficacité de la thérapie de groupe ou les séances individuelles ([Copeland et al. 2001](#))
- En combinaison avec MET et MC ([Budney et al. 2000](#), [Carroll et al. 2006](#), [Olmstead et al. 2007](#))

Psychothérapies combinées



- TCC plus MET ont montré une efficacité supérieure au MET seul (Litt et al; 2005)
- TCC plus MET plus MC (coupons) ont montré les meilleurs résultats sur le court et moyen termes. (Budney et al. 2000, Carroll et al. 2006, Olmstead et al. 2007)
- D'après Olmstead et al. le meilleur rapport efficacitécoût serait TCC plus MET.

En conclusion



- Période néonatale pas forcément bruyante
- Discrets troubles du sommeil
- Peu de répercussions sur la croissance sauf si consommation importante
- Cerveau: trouble du comportement et troubles cognitifs variables selon l'intensité de l'exposition et peut-être le moment précis de la grossesse. Apparaissent tardivement.
- Etudes sur les endocannabinoïdes passionnantes et prometteuses
- Problème des co-toxicomanies et comorbidités psychiatriques

conclusion

- Partenariat indispensable pour la PEC
- Evaluation medico-sociale
- Rôle de la PMI

