

Douleurs chroniques non cancéreuses et cannabis à des fins médicales: mieux comprendre ce choix de traitement.

Edeltraut Kröger, BPharm PhD

**Calass 2022,
Barcelone**

**Plante médicinale
connue depuis des
millénaires**

**Cannabis à des fins
médicales (CM)
autorisé depuis 2001 au
Canada**

**Utilité contre la douleur
chronique non
cancéreuse ?**

**Note:
Usage récréatif légalisé
en octobre 2018**



Par Adrien Meyer — Travail personnel, CC BY-SA 3.0,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=16239678>

Approuvé par Santé Canada
Cesamet®
Sativex® (THC et CBD =
nabiximols, spray buccal)

États-Unis
Epidiolex (cannabidiol) pour
certaines formes d'épilepsie

Quelle sont les évidences de l'efficacité du CM contre les douleurs chroniques ?

L'étalon d'or de la recherche sur des nouveaux médicaments :

Essai clinique randomisé large, multi-centrique, à double insu (RCT)

- **JAMA 2015, 2 revues systématiques**

Quelques évidences à l'appui du CM contre :

1. Nausées/vomissements reliés à la chimiothérapie
2. Syndromes de douleur spécifiques (neuropathique)
3. Spasticité reliée à la sclérose en plaques
4. **Trop peu d'évidences pour d'autres indications**

- **Revue Cochrane, 2017 :**

« *There is a **lack of good evidence that any cannabis derived product works for any chronic neuropathic pain.*** »

- **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017 :**

« *There is « **conclusive or substantial** » evidence in favor of the use of cannabis to **treat chronic pain in adults**, symptoms of spasticity related to MS reported by patients, as well as as an antiemetic to treat nausea and vomiting caused by chemotherapy.*

- **Stockings et al, Pain, 2018**

« *Les auteurs concluent **qu'il est improbable que le CM ou des cannabinoïdes soient très efficaces contre les douleurs chroniques non cancéreuses** (plusieurs types).*

Medical Cannabis for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review of Health Care Recommendations

Y. Chang , M. Zhu, C. Vannabouathong, R. Mundi, R. S. Chou, M. Bhandari, 02/2021

TABLE 1: Characteristics and summary of recommendations of medical cannabis for chronic pain management.

First author/ organization	Publication year	Geographic region	Type of publication	Condition	Direction and strength of recommendation	Additional recommendations
Acevedo [18]	2009	Latin America	Guideline	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Not provided
Allan/CFP [26]	2018	Canada	Guideline	Neuropathic pain	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
Australian DoH [21]	2017	Australia	Guideline	Chronic noncancer pain	Weak in favor	Recommend against as first-line therapy
Bruce/ HIVMA of IDSA [24]	2017	United States	Guideline	Chronic pain in people living with HIV	Weak in favor	Not provided
Andrews/ CAG [23]	2019	Canada	Evidence-based statement	Chronic abdominal pain listed in nonspecified gastrointestinal symptoms	Weak in favor	Recommend against as first-line therapy
CRA [27]	2019	Canada	Evidence-based statement	Rheumatic pain	Weak in favor	Recommend against as an alternative to standard care
Dworkin/ IASP [19]	2007	United States	Evidence-based recommendation	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
Häuser/EFIC [28]	2018	Europe	Evidence-based statement	Chronic noncancer pain	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
Moulin/CPS [29]	2014	Canada	Evidence-based statement	Neuropathic pain	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
NICE [20]	2013	United Kingdom	Evidence-based recommendation	Neuropathic pain	Weak in favor	Recommend against in nonspecialist settings
Sahraian [22]	2018	Iran	Evidence-based recommendation	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Not provided
Yadav/AAN [25]	2014	United States	Guideline	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Recommend against for central neuropathic pain

AAN = American Academy of Neurology; Australian DoH = The Australian Government Department of Health; CAG = Canadian Association of Gastroenterology; CFP = Canadian Family Physician; CPS = Canadian Pain Society; CRA = Canadian Rheumatology Association; EFIC = European Pain Federation, formerly the European Federation of IASP Chapters; HIV = Human Immunodeficiency Virus; HIVMA of IDSA = HIV Medicine Association of Infectious Diseases Society of America; IASP = the International Association for the Study of Pain; NICE = the National Institute for Health and Care Excellence.

Allan GM et al. *Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care.* Can Fam Physician, 2018

Indication	Effets des cannabin.	Placebo	NNS	Grade
Douleur chronique, suivi médian de 4 semaines				
Réduit \geq 30% DNC*	39%	30%	11	Très bas
Réduit \geq 30% douleur neuropathique	38%	30%	14	Très bas
Réduit \geq 30% douleurs en soins pall.	30%	23%	NS	Très bas

*Douleur neuropathique et cancéreuse

Réduction modeste de symptômes de douleurs et de certaines mesures secondaires;

Nabilone ou Nabiximols devraient être utilisés en premier;

Discuter des bénéfices et des effets indésirables possibles avec le patient.

Quelle sont les évidences de l'efficacité du CM contre les douleurs chroniques ?

Busse et al, Clinical guidance for cannabis against chronic pain, et Wang et al, Systematic Review, BMJ 2021

- 32 études, dont 29 comparaient le cannabis médical contre le placebo. Le cannabis médical était donné oralement (n=30) ou de façon topique (n=2).
- Les populations incluses avaient des douleurs chroniques non-cancéreuses ou (n=28) ou cancéreuses (n=4).
- ***De l'évidence modérée à élevée montre que du cannabis médical non inhalé résulte dans une amélioration petite à très petite de la douleur (1 cm sur une échelle visuelle analogue de 10 cm (VAS) sur la douleur) du fonctionnement physique et de la qualité du sommeil.***
- Moderate certainty evidence shows that medical cannabis taken orally probably results in a small increased risk of transient cognitive impairment, vomiting, drowsiness, impaired attention, and nausea, but not diarrhoea
- High certainty evidence shows greater increased risk of dizziness.



¹ Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CIUSSS CN Hôpital St-Sacrement, Québec, QC G1S 4L8, Canada

² Department of social and preventive medicine, Faculty of Medicine, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, Québec, QC G1V 0A6, Canada

Corresponding author: E Kröger edeltraut.kröger.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Cite this as: *BMJ* 2021;374:n1942

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1942>

Published: 09 September 2021

Medical cannabis for chronic pain

Patient centred guidance recommends a trial of treatment

Edeltraut Kröger,¹ Clermont E Dionne²

Patients with persistent pain continue to search for new therapeutic options and often perceive cannabis as a worthwhile alternative.¹ Clinicians need guidance on this option to inform shared decision-making with patients.² The linked clinical guidance by Busse and colleagues was developed for this purpose and comes from an international panel combining several disciplines, specialties, and patient groups.³ The new guidance is based on a systematic review of the effectiveness of medical cannabis for chronic pain,⁴ offers an online tool, and has the potential to fill a critical gap in information for decision making, enabling more inclusive management of chronic pain.

The guidance offers a weak recommendation for a trial of non-inhaled medical cannabis for the treatment of chronic pain. Its summary indicates moderate evidence of a clinically important decrease in pain for a small to very small proportion of patients. The recommendation for a trial of treatment is based on two meta-analyses of randomised trials within the systematic review⁴: first, a meta-analysis of 27 randomised controlled trials finding an increase in the proportion of patients reporting an improvement in pain of at least 1 cm on a 10 cm visual analogue scale (although a minimum reduction of 1.5 cm is considered clinically relevant⁵); second, a meta-analysis of 10 placebo controlled trials reporting a 7% increase in the proportion of people reporting at least a 30% reduction in pain in favour of cannabis compared with placebo.⁴

Methodological and ethical problems in these trials limited the level of certainty in the evidence underpinning Busse and colleagues' recommendations. They include follow-up periods of less than six months (very short for chronic conditions⁶), small sample sizes, funding by industry, and use of different outcome measures that complicate comparisons.

The new guidance adds to previous guidance⁷ by combining evidence from trials of medical cannabis and cannabinoids in patients with all types of chronic

pain and the other two subtypes, and thus recommended non inhaled medical cannabis for all chronic pain, regardless of origin.

It may be time for more inclusive recommendations. However, given the high prevalence of chronic musculoskeletal pain and the frequent use of self medication by patients,¹¹ some caution may be warranted.

First, self medication might lead to increased use of cannabis products with a worse risk-benefit profile (higher doses or a higher concentration of tetrahydrocannabinol, for example) than the products recommended by Busse and colleagues.³ Also, since inhalation leads to a faster and more powerful pharmacological effect than other routes of administration, patients may prefer inhaled cannabis products¹² despite their potential for harm. Access to optimal pain treatment is often limited, which could lead to a widespread and problematic use of cannabis. In many countries, nabilone and nabiximols are the only regulated cannabis medications. Other products available for self medication have uncertain compositions that may often vary between batches, making accurate dosing challenging.

The frontier between recreational and medical use of cannabis and cannabinoids is not always clearly drawn.¹³ Teenagers and younger adults particularly, may self medicate with recreational cannabis or consider a "medically recommended" substance as safe, potentially putting them at increased risk of neurological or psychiatric adverse events. Although the review underpinning Busse and colleagues' guidance found no evidence linking psychosis to the use of medical cannabis,⁴ knowledge of the effects of cannabis products on the young brain is just emerging. Researchers have observed, for example, that simultaneous use of recreational cannabis and alcohol increases the potential for addiction.¹⁴ More widespread use of cannabis products for chronic pain could mean that "vulnerable populations...may

REVIEW

Open Access

Cannabis against chronic musculoskeletal pain: a scoping review on users and their perceptions



Daniela Furrer^{1,2}, Edeltraut Kröger^{1,2,3,4*} , Martine Marcotte¹, Nathalie Jauvin¹, Richard Bélanger^{3,5}, Mark Ware⁶, Guillaume Foldes-Busque^{7,8}, Michèle Aubin^{1,2,5}, Pierre Pluye⁶ and Clermont E. Dionne^{1,2,5}

Abstract

Background: Chronic musculoskeletal pain (CMP) may lead to reduced physical function and is the most common cause of chronic non-cancer pain. Currently, the pharmacotherapeutic options against CMP are limited and frequently consist of pain management with non-steroidal anti-inflammatories, gabapentinoids, or opioids, which carry major adverse effects. Although the effectiveness of medical cannabis (MC) for CMP still lacks solid evidence, several patients suffering from it are exploring this therapeutic option with their physicians.

Objectives: Little is known about patients' perceptions of their MC treatment for CMP. We aimed to increase this knowledge, useful for healthcare professionals and patients considering this treatment, by conducting a scoping literature review, following guidance by Arksey and O'Malley, to describe the views and perceptions of adult patients who had consumed MC to relieve chronic CMP.

Methods: Databases (PUBMED, EMBASE, Web of Science) and websites were searched using combinations of controlled and free vocabulary. All studies and study designs reporting on patients' perceptions regarding MC against CMP were considered. Studies had to include adult patients reporting qualitatively or quantitatively, i.e., through questionnaires, on MC use to treat CMP or other non-cancer pain, since studies reporting exclusively on perceptions regarding CMP were very rare. Study characteristics were extracted and limitations of the study quality were assessed. The review includes patients' demographic characteristics, patterns of MC use, perceived positive and negative effects, use of alcohol or other drugs, reported barriers to CM use, and funding sources of the studies.

Results: Participants of the 49 included studies reported that MC use helped them to reduce CMP and other chronic non-cancer pain, with only minor adverse effects, and some reported improved psychological well-being. In the included studies, men represent between 18 and 88% of the subjects. The mean age of participants in these studies (42/49) varied between 28.4 and 62.8 years old. The most common route of administration is inhalation.

Donc...

« Medical cannabis against chronic musculoskeletal pain: a study to identify barriers and facilitators for the use of medical cannabis among Canadian patients and physicians ».
IRSC, 2019.

Objectifs et méthodologie

Volet	Objectifs	Méthodologie
1	<p>Décrire les principales caractéristiques des patients et médecins</p> <p>Décrire les effets thérapeutiques et indésirables du cannabis médical rapportés par les patients ainsi que leurs attentes et perceptions</p>	<p>Qualitatif : entrevues semi-dirigées avec patients/prescripteurs sur les barrières et facilitateurs (Théorie du comportement planifié –TCP)</p> <p>Analyses complétées</p>
2	<p>Identifier les facteurs psychosociaux, organisationnels, sociodémographiques et de santé influençant l'utilisation et l'autorisation/la prescription de cannabis médical</p> <p>Quantifier les impacts de ces facteurs sur l'usage et l'autorisation/la prescription de cannabis médical.</p>	<p>Quantitatif : questionnaire pancanadien basé sur la TCP issu des résultats collectés et analysés dans la phase qualitative du volet 1.</p> <p>Analyses en cours</p>

Volet qualitatif - Recrutement

Patients



Milieu clinique

facebook®

LinkedIn®

Réseaux sociaux



Médecins



Réseau de contact

Volet qualitatif - Profil des médecins

Sexe

Femmes		4
Hommes		7



Spécialité médicale

Médecine familiale	5
Psychiatrie	2
Anesthésie	3
Rhumatologie	1

Prescription

N'a jamais autorisé/prescrit	5
A déjà prescrit des médicaments à base de cannabinoïdes	2
A déjà autorisé/prescrit du CM	4

Volet qualitatif - Profil des patients

Sexe		
Femmes		16
Hommes		11
Âge		
≤ 35 ans		8
35-44 ans		3
45-54 ans		5
55-64 ans		7
≥ 65 ans		4

Type de consommation	
N'utilise pas de CM (dont 1 en ayant déjà utilisé)	16
Utilise du CM	11
• Autorisé/prescrit	• 4
• Non autorisé/prescrit	• 7
Forme d'utilisation	
Fumé	4
Vaporisé	1
Oral	4
Plus de 2 modes d'utilisation	2

Constats principaux selon le cadre théorique de la TCP - Facilitateurs et barrières

	Médecins	Patients
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none">Option de dernière ligne : échec/inefficacité des traitements conventionnels	<ul style="list-style-type: none">Accès à des professionnels de la santé avec des connaissances spécifiques sur le CMAccès à des produits pouvant être consommés oralement
Barrières	<ul style="list-style-type: none">Manque de connaissance et d'informations quant à l'efficacité, la sécurité et aux indications thérapeutiquesMode de consommation « fumé » pouvant induire des effets négatifs (principe de non-malfaisance pour les médecins)Attitude prudente vis à vis des nouvelles options thérapeutiquesMéfiance envers la publicité et le lobbyisme	<ul style="list-style-type: none">Manque de ressources professionnelles avec des connaissances sur le CMCrainte des effets psychoactifsDifficultés d'accès par la voie médicale

Constats principaux selon le cadre théorique de la TCP – Avantages et désavantages

	Médecins	Patients
Avantages	<p>Dans une approche de soins centrés sur les patients :</p> <ul style="list-style-type: none">• Contribue à améliorer la qualité de vie de leurs patients• Perçu comme une approche complémentaires pour réduire les DMC de leurs patients	<ul style="list-style-type: none">• Offre un moment de répit• Permet une meilleure gestion de la douleur et une amélioration de la qualité de vie• Effets négatif mineurs :<ul style="list-style-type: none">• Ne nuit pas à la réalisation des tâches domestiques• A très peu d'effets négatifs physiques (assèchement léger des muqueuses)• Mode de consommation « inhalé » permet un contrôle de l'effet
Désavantages	<p>Les médecins ont cité davantage des barrières que des désavantages à la prescription de CM</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ne guérit pas : solution temporaire• Peut occasionner des effets indésirables tel qu'une anxiété mineure chez certains patients

Constats principaux selon le cadre théorique de la TCP - Normes

Médecins – Normes professionnelles

Influence positive sur la prescription/recommandation lorsque :

- des pairs autorisent/prescrivent ou recommandent également;
- les médecins peuvent se référer à un collègue qui autorise/prescrit ou recommande l'utilisation du CM afin de poser leurs questions

Influence négative sur l'autorisation/prescription ou la recommandation lorsque les médecins pensent être les seuls dans leur milieu à le faire

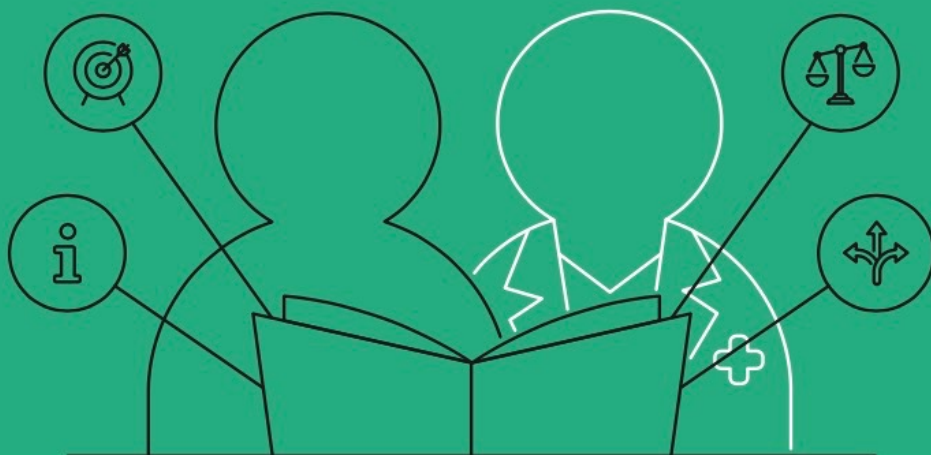
Patients – Normes sociales

Influence positive sur l'utilisation :

- Perception plus favorable du CM comparativement au cannabis récréatif
- Acceptation par l'entourage du patient plus facile avec une prescription
- Stigmatisation de moins en moins importante du CM

Influence négative sur l'utilisation :

- Forts préjugés négatifs quant au cannabis dans la société et stigmatisation des utilisateurs de CM Appréhensions quant à la réaction de l'équipe de soins lorsque le patient souhaite aborder le sujet



Notre
Boîte de décision
pour patients et
médecins
est en validation
auprès
des usagers.

Cannabis médical pour les douleurs chroniques

Prendre ou non du cannabis médical pour des douleurs chroniques ?

Ce document s'adresse :

- aux adultes souffrant de douleur chronique non cancéreuse et qui souhaitent essayer le cannabis médical.
- aux médecins qui considèrent utiliser le cannabis médical comme option thérapeutique pour soulager la douleur chronique non cancéreuse de leurs patients.es.

Ce document sert à :

- Soutenir les médecins dans leurs discussions avec les patients.es
- Offrir une information nuancée et fondée sur les données scientifiques aux patients.es et aux médecins, présentant les avantages et désavantages de la consommation de cannabis médical pour soulager les douleurs chroniques non cancéreuses.

Merci aux équipes des projets

Chercheurs

- Clermont Dionne, PhD
- Richard Bélanger, MD
- Michèle Aubin, MD, PhD
- Guillaume Foldes-Busque, PsyD, PhD
- Laurence Guillaumie, PhD
- Pierre Pluye, MD, PhD
- Arsène Zongo, BPharm, PhD
- Mark Ware, MD
- William Barakett, MD
- Pierre Dagenais, MD
- Anaïs Lacasse, PhD
- Nathalie Jauvin, PhD

Professionnels

- Pierre-Hugues Carmichael, MSc
- Daniela Furrer-Soliz, PhD
- Norma Perez, MSc
- Lise Poisblaud, MA
- Catherine Savard
- Amy Blanchette

Merci beaucoup à nos appuis 😊

CEVQ

Centre d'excellence sur
le vieillissement de Québec



CIHR IRSC
Canadian Institutes of
Health Research Instituts de recherche
en santé du Canada

*Fonds de la recherche
en santé*

Québec 



Réseau Québécois
de Recherche sur
le Vieillissement



VITAM
CENTRE DE RECHERCHE
EN SANTÉ DURABLE