

Syndrome cannabinoïde

Cannabinoid Hyperemesis Syndrome

M. Chinellato · F. Lenay Caruelle · É. Chinellato

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

De description récente, les premiers cas ayant été décrits en Australie en 2004, le syndrome cannabinoïde se définit comme l'association de douleurs abdominales, nausées et vomissements récurrents dans un contexte de consommation chronique de cannabis [1]. Ces patients sont le plus souvent admis aux urgences mais le diagnostic n'est que rarement évoqué devant la banalité des symptômes, induisant de ce fait une errance diagnostique. Nous rapportons le cas d'un syndrome cannabinoïde typique.

Observation

Un homme de 45 ans aux antécédents d'hypertension artérielle, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales intenses évoluant depuis quelques heures. À l'admission, le patient est conscient et bien orienté. Il est apyrétique, pâle et plié en deux du fait de la douleur (EN à 10). L'interrogatoire révèle que le patient a déjà présenté ce genre de douleur à plusieurs reprises, habituellement moins intenses et calmées par la prise de douches chaudes. C'est le deuxième épisode similaire cette semaine. Il allègue être fumeur régulier de tabac et de cannabis, sans autre prise de toxique. À l'examen, l'auscultation cardiopulmonaire est normale. La pression artérielle est symétrique à 160/90 mmHg pour une fréquence cardiaque à 84/min. Les pouls périphériques sont présents et symétriques. La saturation percutanée en oxygène est à 99 % en air ambiant. L'abdomen est souple avec une sensibilité diffuse, sans défense.

M. Chinellato (✉)
Service urgences/UHCD, centre hospitalier de Calvi, lieu-dit
Guazzole, F-20260 Calvi, France
e-mail : m.chinellato@orange.fr

F. Lenay Caruelle
Service urgences/UHCD, clinique générale de Marignane,
boulevard du Général Salan, F-13700 Marignane, France

É. Chinellato
Service de pharmacie, centre hospitalier de Calvi, lieu-dit
Guazzole, F-20260 Calvi, France

Les bruits hydro-aériques sont présents et le transit digestif est conservé. Durant son hospitalisation, il présente deux épisodes de vomissements sans effet sur les douleurs. L'ECG est sinusal sans trouble de la repolarisation ni de la conduction. La biologie est sans particularité, notamment sans syndrome inflammatoire. La recherche de toxiques dans les urines retrouve la présence de tétrahydrocannabinol (THC). Le scanner abdominal est normal. Il bénéficie de traitements antalgiques de paliers 2 puis 3 sans véritable efficacité. Le patient dit ressentir le besoin, et n'être réellement calmé que par des douches chaudes. Après la multiplication des douches chaudes sur une durée de près de 12h, la douleur s'est progressivement estompée et le patient est sorti sans traitement particulier le lendemain.

Discussion

Le cannabis est la première substance illicite consommée en France selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Appelé aussi syndrome d'hyperémèse cannabinoïde, le syndrome cannabinoïde est défini par l'association de douleurs abdominales, nausées, vomissements récurrents dans un contexte de consommation chronique quotidienne de cannabis, soulagées par des bains compulsifs d'eau chaude. Dès sa prise en charge aux urgences, ce syndrome peut être déroutant pour le clinicien du fait de la discordance entre le caractère spectaculaire de la clinique et la normalité du bilan complémentaire [2]. Il est plus fréquent chez les adultes de moins de 50 ans qui consomment du cannabis depuis plusieurs années sans que l'on explique le caractère retardé de sa survenue. Les crises durent typiquement 48 heures et se répètent tous les mois si la consommation de cannabis est poursuivie. Il évolue classiquement en trois phases avec une phase prodromique ou pré-émétique, de durée variable (une à deux semaines) avec nausées matinales, vomissements et embarras digestif. Elle est suivie d'une phase dite émétique avec vomissements intenses, persistants et douleurs abdominales pouvant durer plusieurs heures. Les douleurs abdominales sont alors soulagées par

des bains d'eau chaude, parfois prolongés, notion initialement méconnue des patients qui le découvrent avec le temps. Enfin, la phase de recouvrement correspond à la disparition des symptômes à l'arrêt définitif de la consommation de cannabis qui peuvent réapparaître dès sa reprise. Les examens biologiques sont peu spécifiques, sans syndrome inflammatoire biologique. Les examens complémentaires d'imagerie et endoscopiques sont strictement normaux. Les principaux diagnostics différentiels sont la pancréatite aiguë, l'œdème angioneurotique, la maladie périodique, la porphyrie aiguë intermittente, le saturnisme ou la drépanocytose, voire le syndrome de sevrage aux opiacés.

La physiopathologie du syndrome cannabinoïde reste mal connue, de même que les facteurs de prédisposition. Le cannabis présente un effet thérapeutique sur les nausées chimio-induites, l'anorexie, l'anxiété et le glaucome [3]. Les actions sur le corps humain du delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) se font via les récepteurs CB1 présents au niveau du système nerveux central et des plexus nerveux de l'appareil digestif où ils jouent un rôle neuromodulateur. Ils sont impliqués dans l'effet antiémétique et dans la thermorégulation par le biais de l'axe hypothalamo-hypophysaire via le système limbique. Un effet paradoxal est observé chez les patients consommateurs chroniques de cannabis après plusieurs années de consommation sans que la raison de cette survenue retardée soit connue. Il n'y a ni durée ni seuil de consommation déclenchants connus [4]. L'inhibition du péristaltisme intestinal pourrait en être une explication. Celle-ci est dose-dépendante avec gastroparésie débordant les effets antiémétiques bénéfiques de la molécule dont l'accumulation est favorisée par sa longue demi-vie et sa liposolubilité, induisant un relargage prolongé des dérivés cannabinoïdes. La physiologie de l'effet bénéfique des bains chauds, pathognomonique du syndrome est elle aussi hypothétique et passerait par le biais de l'axe hypothalamo-hypophysaire : ils augmenteraient la température corporelle suffisamment pour inhiber la stimulation des récepteurs cannabinoïdes présents au niveau de l'hypothalamus responsable de la thermorégulation et régulant aussi la motricité intestinale. De plus, la vasodilatation périphérique induite par ces bains chauds entraînerait un vol vasculaire cutané au détriment des vaisseaux digestifs vasodilatés par l'inter-

médiaire des récepteurs cannabinoïdes splanchniques et une régression des symptômes digestifs [5].

Le traitement de la phase douloureuse impose souvent l'emploi d'antalgiques de palier 3 et d'antiémétiques avec une faible efficacité. Les bains d'eau chaude sont généralement d'un grand recours. Certains auteurs proposent un traitement par lorazépam ou halopéridol [6,7]. Le seul traitement étiologique reste le sevrage définitif et durable du cannabis.

En conclusion, le syndrome cannabinoïde est une pathologie peu décrite dans la littérature francophone. Il doit être recherché à l'interrogatoire aux urgences devant tous les syndromes douloureux abdominaux hyperalgiques récurrents chez l'adulte jeune afin d'éviter des examens complémentaires inutiles. Les bains ou douches chauds ont un grand intérêt dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le traitement étiologique reste le sevrage définitif en cannabis.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Allen JJ, de Moore GM, Heddle R (2004) Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. *Gut* 53:1566–70
2. Pelissier F, Claudet I, Gandia-Mailly P, et al (2016) Cannabis hyperemesis syndrome in the emergency department: how can a specialized addiction team be useful? A pilot study. *J Emerg Med* 51:544–51
3. Price SL, Fisher C, Kumar R, et al (2011) Cannabinoid hyperemesis syndrome as the underlying cause of intractable nausea and vomiting. *J Am Osteopath Assoc* 111:166–9
4. Nicolson SE, Denysenko L, Mulcare JL, et al (2012) Cannabinoid hyperemesis syndrome : a case series and review of previous reports. *Psychosomatics* 53:212–9
5. Chang YH, Windish M (2009) Cannabinoid hyperemesis relieved by compulsive bathing. *Mayo Clin Proc* 84:76–8
6. Fabries P, Renard A, Puidupin A, et al (2014) Diagnostic méconnu à la douche miraculeuse. *Ann Fr Med Urg* 4:334–5
7. Hickey JL, Witsil JC, Mycyk MB (2013) Haloperidol for treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome. *Am J Emerg Med* 31:1003–6