

# Intoxication au cannabis

Le cannabis comprend deux molécules connues, le delta-9-tétrahydrocannabinol ( $\Delta$ -9-THC) et le cannabidiol (CBD). Les effets psychotropes du cannabis sont généralement attribués au  $\Delta$ -9-THC, dont la concentration varie selon la souche de cannabis et le taux d'absorption selon le mode d'ingestion. L'intoxication aiguë est rare pour les produits CBD, sauf pour une ingestion excessive ou un ratio THC:CBD élevé. La légalisation du cannabis au Canada pour adultes a toutefois entraîné une augmentation du taux d'hospitalisation chez les enfants de 14 ans et moins par exposition au cannabis.<sup>1</sup>

## Types de présentation

### INGESTION NON INTENTIONNELLE (SURTOUT JEUNES ENFANTS)

- » Considérer le diagnostic chez l'enfant < 12 ans, sans fièvre et jusque-là en bonne santé, dont les symptômes suivants apparaissent sous forme aiguë et sans autre cause claire<sup>4</sup> :
  - État de conscience altéré : léthargie (71 %), coma (10 %)
  - Symptômes neurologiques : hypotonie (63 %), ataxie (14 %), hyperactivité/irritabilité (11 %), convulsions\* (9 %), hypertonie (8 %), tremblement (5 %)
    - \*quoique le CBD seul a une certaine activité anticonvulsivante, le surdosage peut causer des convulsions
  - Signes vitaux altérés : tachycardie (15 %), hypoventilation (13 %, dont ~ 5 % doivent être intubés), bradycardie (4 %), hypotension (4 %), hypothermie (4 %)
- » L'appréciation tardive d'une intoxication au cannabis augmente le nombre de tests/interventions et prolonge la durée de séjour à l'urgence.

### INGESTION INTENTIONNELLE ET/OU CHRONIQUE (SURTOUT ADOLESCENTS)

- » La prise de doses élevées pourrait se manifester par le délire, crises de panique, anxiété, psychose, convulsions myocloniques, nausées, hypertension et/ou une aggravation des symptômes d'asthme.
- » Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde : Considérer chez tout patient qui consomme régulièrement du cannabis et qui se plaint de vomissements et de douleurs abdominales cycliques (souvent soulagées par une douche chaude), en l'absence d'un diagnostic alternatif. Pourrait être associé à une déshydratation sévère.

## Formes et modes de consommation

Temps d'effet	Ingestion	Inhalation
Début	30-90 minutes	Quelques minutes
Pic (Effet maximal)	2-3 h	15-30 minutes
Durée	Jusqu'à 12 h chez l'adulte, plus chez l'enfant (souvent 24 h)	4 h chez l'adulte (typiquement)

Plus de détails, voir : Tableau **TREKK Formes et modes de consommation du cannabis** et [Outils cliniques du CPS sur le cannabis](#)

### INGESTION

- » Les produits comestibles dérivés du cannabis à forte concentration sont disponibles sur le marché ou peuvent être cuisinés à la maison. Les produits comestibles sur le marché doivent indiquer, sur l'emballage, la dose de THC et/ou de CBD à l'unité ou au total. Par contre, pour les produits faits maison, il est difficile de déterminer la dose exacte.
- » Les jeunes enfants ayant facilement accès aux comestibles peuvent en consommer de fortes doses sans le savoir. Le résultat est associé à un état de conscience altéré et à une insuffisance respiratoire.
- » Les cannabinoïdes pharmaceutiques ont un temps pour atteindre le pic d'action semblable à celui des produits comestibles; ex. nabilone et dronabinol (comprimés) ou Sativex® (vaporisateur buccal THC et CBD à action rapide).

### INHALATION

- » La dose inhalée dépend de la profondeur de l'inhalation, de la durée de l'apnée et de la rétention de la bouffée. Les alternatives à l'inhalation (vaporisation, « dabbing ») de fortes concentrations peuvent avoir des effets très rapides.
- » Les cannabinoïdes synthétiques (ex. "Spice", "K2") présentent des symptômes d'intoxication similaires, mais sont associés à davantage de symptômes de dépression du SNC ou d'agitation, et à des symptômes potentiellement mortels (ex. convulsions, insuffisance respiratoire).

## Tests diagnostiques

- » Si pas d'histoire claire sur l'intoxication au cannabis, évaluer autres étiologies de l'état de conscience altéré.
- » Considérer fortement, si état de conscience altéré : glycémie au chevet, gaz veineux, lactate, et électrolytes. Selon les circonstances cliniques, considérer FSC, enzymes hépatiques, hémocultures, ECG, et/ou imagerie cérébrale.

- » **ATTENTION** : Le bilan urinaire toxicologique pour le métabolite du  $\Delta$ -9-THC peut rester positif pendant des semaines. Il ne reflète pas nécessairement une intoxication aigüe et n'exclut pas la possibilité d'autres co-ingestions /causes de l'état de conscience altéré. Il comporte le risque de faux positifs (dû à l'exposition aux inhibiteurs de la pompe à protons, savon de bébé, ou AINS) et n'est pas disponible dans tous les centres. Les résultats changent rarement la prise en charge clinique mais sont parfois utiles aux investigations de la protection de la jeunesse (DPJ).
- » Exclure les co-ingestions : demander au patient/famille quels sont les médicaments à la maison et/ou accessibles et en vérifiez les concentrations sériques si possible (ex. acétaminophène, salicylates).

## Prise en charge

- » Impliquer rapidement le Centre antipoison, le service de toxicologie et/ou le Centre de référence pédiatrique, particulièrement en présence de troubles neurologiques ou respiratoires graves.
- » Évaluer l'ABC, administrer support respiratoire au besoin (ex. oxygène, ventilation non invasive, intubation).
- » Considérer le charbon actif, en fonction du temps de présentation et des circonstances cliniques; il est démontré que le charbon actif se lie au THC.

État de conscience altéré	ABCs – Traitement symptomatique
Nausées/Vomissements	Établir accès IV et remplacer les pertes de liquides. Ondansétron : comprimé à dissolution rapide de préférence (8-15 kg : 2 mg/dose; > 15-30 kg : 4 mg/dose; > 30 kg : 8 mg/dose) x 1 dose PO <b>OU</b> 0,1 mg/kg/dose IV (MAX 4 mg) si intolérance PO.
Agitation	Considérer benzodiazépines si aucune inquiétude d'insuffisance respiratoire centrale.
Convulsions	Voir <a href="#">PedsPac TREKK sur le Status Epilepticus</a> . Éviter la phénytoïne/fosphénytoïne pour les convulsions d'origine toxicologique.
Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde (patient à consommation chronique)	<u>1<sup>re</sup> intention</u> : Soluté IV et halopéridol (0,05 mg/kg/dose (MAX 2,5 ou 5 mg) IV au besoin. <b>NE PAS</b> utiliser en présence de facteurs de risque de prolongation de l'intervalle QT ou de symptômes extrapyramidaux. <sup>5,9</sup> Surveillance ECG nécessaire. <u>Vomissements persistants</u> : Capsaïcine 0,025-0,1 % en crème (si disponible); appliquer une fine couche sur la peau. <b>ÉVITER</b> tout contact avec les yeux/muqueuses. La plupart des études décrivent une application à l'abdomen, mais on peut aussi l'appliquer sur le dos/l'arrière des bras pour empêcher le transfert aux yeux/muqueuses. Il serait raisonnable d'essayer l'ondansétron, mais les évidences favorisent le soluté/halopéridol. <sup>9</sup>

- » Transférer au Centre de référence pédiatrique/hospitaliser pour observation si l'état de conscience est altéré ou les vomissements intractables.
- » Le patient asymptomatique au bout de 6 heures de l'exposition peut être congédié à la maison.
- » Considérer fortement l'implication d'un spécialiste en protection au Centre de référence pédiatrique (et signalement approprié à la DPJ) s'il s'agit d'un jeune enfant ou d'une suspicion d'exposition intentionnelle par un adulte responsable.

## Conseils pour les familles concernant le cannabis

- » À part le CBD pour certains troubles épileptiques, il y a très peu d'indications prouvées pour l'utilisation du cannabis à des fins médicales chez l'enfant, et il demeure de nombreuses questions concernant les risques à court et à long terme.
- » Offrir des conseils aux parents concernant les dangers du cannabis chez l'enfant et l'entreposage sécuritaire des médicaments et des substances dangereuses. Voir : [Le cannabis : ce que les parents doivent savoir](#).
- » Encourager les jeunes à s'abstenir du cannabis vu les conséquences à long terme sur la santé mentale (risque accru de psychose), l'attention, la concentration, la mémoire, et le fonctionnement exécutif.
- » L'abstinence du cannabis est le seul traitement à long terme pour le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde.

**Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés sur l'intoxication au cannabis.** Ce sommaire est produit par les conseillers en matière d'intoxication au cannabis pour le réseau TREKK, Dr Kaitlin Hogue du Health Sciences Centre Children's Hospital de Winnipeg et Dr Neil Desai du BC Children's Hospital. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. Auger N, Luu TM, Ayoub A, Bilodeau-Bertrand M, Lo E, Low N. Cannabis-related Hospitalizations Among Youth in Canada Before and After Cannabis Legalization. *J Addict Med*. 2020;10:1097
2. Government of Canada. [Packaging and Labelling Guide for Cannabis Products](#). Published December 9, 2019. Accessed September 5, 2020.
3. Vo KT, et al. Cannabis Intoxication Case Series: The Dangers of Edibles Containing Tetrahydrocannabinol. *Ann Emerg Med*. 2018;71(3):306-313.
4. Richards JR, Smith NE, & Moulin AK. Unintentional Cannabis Ingestion in Children: A Systematic Review. *J Pediatr*. 2017;190:142-152.
5. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, Phillips KT, Monte AA. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment-a Systematic Review. *J Med Toxicol*. 2017;13(1):71-87.
6. Claudet et al., Marie-Jeanne Study Group for the M.J.S. Unintentional Cannabis Intoxication in Toddlers. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20170017.
7. Heizer JW, Borgelt LM, Bashqoy F, Wang GS, Reiter PD. Marijuana Misadventures in Children: Exploration of a Dose-Response Relationship and Summary of Clinical Effects and Outcomes. *Pediatr Emerg Care*. 2018;34(7):457-462.
8. Noble MJ, Hedberg K, Hendrickson RG. Acute cannabis toxicity. *Clin Toxicol (Phila)*. 2019;57(8):735-742.
9. Ruberto AJ, Sivilotti MLA, Forrester S, Hall AK, Crawford FM, Day AG. Intravenous Haloperidol Versus Ondansetron for Cannabis Hyperemesis Syndrome (HaVOC): A Randomized, Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. 2021;77(6):613-619.



Cette ressource est rendue possible grâce à la  
Children's Hospital Foundation of Manitoba.  
Nous leurs en sommes reconnaissants.

Consultez notre site web [trekk.ca](http://trekk.ca) pour plus d'information.

© NOVEMBRE 2021, TREKK. VERSION 1.0. PROCHAINE RÉVISION : 2023.

TRADUCTION FRANÇAISE : DANIELLE BUCH, RÉDACTRICE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.