

ARTERIOPATHIE DU CANNABIS : A PROPOS DE SIX NOUVEAUX CAS

S. El Khouloufi, A. Bouarhroum, R. El Idrissi, A. Benzirar, K. Lyazidi, O. El Mahi,
Y. Sefiani, B. Lekhal, A. El Mesnaoui, A. Benjelloun, F. Ammar, Y. Bensaid
Service de Chirurgie D, CHU Ibn Sina Rabat

RÉSUMÉ

Introduction.- La responsabilité du cannabis dans la survenue de tableaux de thromboangéites oblitérantes juvéniles a été évoquée il y a quelques années. Nous rapportons six nouveaux cas, dans le but de faire une analyse étiopathogénique et nosologique des liens qui existent entre la maladie de Léo Buerger et l'artérite de cannabis.

Matériels et méthodes: il s'agit d'hommes jeunes, présentant un tableau d'artériopathie distale des membres inférieurs dans quatre cas, du membre supérieur pour deux patients. L'apparition des symptômes a été progressive, les pouls distaux étaient abolis, et les troubles trophiques étaient constants. Deux des six patients présentaient un phénomène de Raynaud, et aucun n'avait d'antécédent de thrombose veineuse. L'imagerie objectivait des lésions distales dans tous les cas, un patient présentait également une thrombose proximale. Les six patients présentaient une intoxication régulière par le cannabis depuis au moins cinq ans. Grâce au sevrage et aux mesures symptomatiques, l'évolution a été favorable initialement chez six patients. Deux d'entre eux ont récidivé lors de la reprise de l'intoxication, et l'artériopathie s'est aggravé conduisant à des amputations de cuisse dans un cas et au niveau d'une trans-métatarsienne dans un deuxième cas.

Conclusion.- Devant un artériopathie distale du sujet jeune, il est important d'évoquer l'artérite au cannabis, l'évolution de cette affection semble être conditionnée par le sevrage.

Mots clés: Thromboangéite oblitérante juvénile; Cannabis

SUMMARY

Introduction: The responsibility for the cannabis in occurred of youthful tables of thromboangéites obliterating was evoked a few years ago. We report six new cases, with an aim of making a etiopathogenic and nosologic analysis bonds which exist between the disease of Léo Buerger and arteritis of cannabis.

Materials and methods: It acts young men, presenting a table of distal arteriopathy of the lower limbs in four cases, of the upper limb for two patients. The appearance of the symptoms was progressive, the distal pulses were abolished, and the trophic disorders were constant. Two of the six

patients presented a phenomenon of Raynaud, and none had of antecedent of venous thrombosis. The imagery objectified distal lesions in all the cases, a patient also presented a thrombosis proximale. The six patients had presented a regular intoxication by the cannabis for at least five years. Thanks to weaning and symptomatic measurements, the evolution was favorable initially among six patients. Two of them repeated at the time of the resumption of the intoxication, and the arteriopathy worsened leading to amputations of thigh in a case and to the level of trans-metatarsienne in a second case.

Conclusion: In front of a distal arteriopathy of the young subject, it is important to evoke arteritis with the cannabis, the evolution of this affection seems to be conditioned by weaning.

Key words: Obliterating Thromboangéite youthful; Cannabis.

INTRODUCTION

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans le monde. Sa responsabilité dans l'étiologie des thromboangéites juvéniles, associée ou non au tabac, a déjà été évoquée [1]. L'artérite du cannabis ressemble à la maladie de Léo Buerger par sa représentation clinique et radiologique mais en diffère par le caractère modéré de la consommation de tabac et au contraire la régularité et l'importance de la consommation de cannabis [2], ainsi que par les constatations anatomopathologiques qui ne sont pas exactement celles décrites dans la maladie de Léo Buerger [4].

Nous rapportons six cas d'artériopathies diagnostiqués chez des jeunes sujets tous de sexe masculin et consommateurs réguliers de cannabis. Nous essayons de faire une analyse étiopathogénique et nosologique des liens qui existent entre la maladie de Léo Buerger et l'artérite de cannabis.

NOS OBSERVATIONS

Il s'agit de six patients tous de sexe masculin. L'âge moyen de survenue de la maladie était de 30 ans (de 25 à 40 ans). Les six patients présentent au moment de diagnostic un tabagisme chronique modéré allant de 6 à 15 paquets /année. Ces patients consommaient également occasionnellement ou régulièrement de cannabis (de 5 à 6 joints par jour et 15 à 20 kifs par jour depuis 5 à 15 ans). Les données cliniques et

para cliniques de nos malades sont résumées dans le tableau I.

Le motif de consultation de nos patients était une nécrose pulpaire siégeant aux membres supérieurs pour deux patients, aux membres inférieurs pour deux autres. Le cinquième patient (cas n°6) se présentait avec une gangrène sèche de pied gauche. Le dernier malade présentait une atteinte distale concomitante aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Deux malades sur six rapportent un phénomène de Raynaud récent, contemporain de l'apparition des troubles vasculaires.

La recherche des facteurs de risque d'athérosclérose, de facteurs thrombogènes ou emboligènes est restée négative. Aucun de nos six malades ne rapporte d'antécédents de thrombose veineuse profonde ou superficielle.

L'écho doppler artériel des membres inférieurs et/ou supérieurs a été réalisé chez quatre patients. Il montre une absence d'anomalie au niveau des gros troncs artériels proximaux, avec par ailleurs présence d'une atteinte distale bilatérale sous poplitée dans un cas et distale bilatérale aux membres supérieurs des arcades palmaires et des collatérales des doigts dans les trois autres cas. Une artériographie est réalisée chez quatre patients, elle montre soit un aspect grêle des portions distales des artères de l'avant bras ou des artères de jambe soit une occlusion de celles-ci, cette atteinte est diffuse. Ces examens para cliniques permettent également d'éliminer la présence d'athérome.

Tous nos patients ont été traités. Ils ont eu tous un sevrage de l'intoxication tabac-cannabis. Ils ont également tous été mis sous un antiagrégant plaquettaire (250 mg d'aspirine par jour) et un vasodilatateur artériolaire par voie orale. Trois patients ont bénéficié d'une sympathectomie lombaire dont une par voie conventionnelle et deux par voie coelioscopique. Un seul malade a eu une sympathectomie thoracique par voie endoscopique de fait de la persistance de la douleur malgré l'arrêt de l'intoxication et le traitement médical.

L'évolution était satisfaisante chez quatre patients après une régularisation mineure. Les patients n°3 et n°6 n'ont pas cessé leur intoxication et l'évolution s'est faite vers l'aggravation avec nécessité d'une amputation trans-métatarsienne pour le premier et une amputation de cuisse pour le dernier.

DISCUSSION:

Le cannabis ou chanvre indien est un psychotrope dont les propriétés ont été découvertes par l'empereur de Chine Shan Nung en 2737 avant Jésus Christ. Il est consommé à des fins récréatives ou thérapeutiques depuis des millénaires [1]. C'est en 1839 que O'Shaughnessy [3], un médecin et chirurgien britannique, découvrit ses propriétés analgésiques, antiémétiques, anticonvulsivantes et myorelaxantes.

Il existe trois sortes de cannabis : americana, indica et sativa, celles-ci sont identiques et ne diffèrent que par leur taille et l'apparence fonction du climat et du sol. Au Maroc, c'est la variété sativa qui est cultivée. Ses produits dérivés peuvent être sous formes de plante séchée (Marijuana, herbe), de résine séchée (haschisch, shit, kif) ou de son distillat (huile). Il est principalement fumé (joint) mélangé en proportion variable avec le tabac. Au Maroc, un lycéen sur dix se donne au cannabis [3].

Les effets secondaires les plus connus du cannabis sont, à la phase aiguë, euphorie, relaxation, tachycardie et hypotension orthostatique. Une intoxication chronique peut être responsable d'une insuffisance respiratoire chronique, d'une majoration du risque de cancer bronchique, d'un syndrome de dépendance, de troubles de mémoire [8-10].

Il est généralement admis que le cannabis est un stupéfiant à faible toxicité aiguë ou chronique et par ailleurs moins dangereux que l'alcool et le tabac. Aucun décès n'a été enregistré sur le Earlywire 2002 et la dose létale serait de 400 grammes en une seule prise (sur une durée de 15 minutes).

Cultivé sur toutes les altitudes, toutes les variétés de cannabis secrètent une substance riche en cannabinoïdes dont le cannabidiol qui circule au Maroc et le delta-9 tétrahydrocannabinol (THC) qui circule sur le marché européen [5]. Cette différence faite que les cannabinoïdes ne joueraient pas à eux seuls un rôle majeur mais leurs effets seraient potentialisés par une ou plusieurs substances actives contenues dans la plante.

L'artériopathie au cannabis a été décrite pour la première fois par Sterne et Ducasting en 1960 [1]. Ces auteurs travaillaient au Maroc et décrivaient une vingtaine de cas chez des fumeurs de kif. Depuis 1999, 12 cas sont rapportés dans la littérature [5].

La présentation clinique de l'artérite liée au cannabis est proche de celle de la maladie de Léo Buerger à tel point qu'on peut supposer qu'il s'agit d'une simple forme clinique de cette dernière [12,13]. Comme nos six patients, les sujets sont le plus souvent des hommes, jeunes de 18 à 40 ans. Deux cas ont été décrits chez deux femmes. Il s'agit de tableaux d'ischémie distale subaiguë, d'apparition progressive, très douloureuse, touchant les membres inférieurs essentiellement, une artérite siégeant aux membres supérieurs est également possible, c'est le cas des patients n°1,2 et 4. Un cas d'atteinte ilio-fémoro-poplitée a été décrit.

Les troubles trophiques constants chez nos patients, sont fréquents avec apparition de lésions de nécrose et de gangrène, nécessitant parfois des gestes d'amputation. La présence d'ulcérations pulpaire est également rapportée. De manière précoce, un ou plusieurs pous disparaissent en distalité. Un phénomène de Raynaud peut être associée (trois cas sur dix dans la série de Disdier, chez deux de nos six patients). En fin, une thrombose veineuse a été

observée dans 2 cas sur 10 dans la série de Disdier [5].

L'artériographie met en évidence des lésions distales comme c'est le cas pour quatre de nos six patients, plus rarement une atteinte proximale. Les lésions sont le plus souvent bilatérales et ressemblent à celles observées dans la maladie de Léo Buerger : sténoses segmentaires, lisses et effilées avec de nombreuses oblitérations mais avec une collatéralité moins bien développée que dans l'artérite de Buerger [13,14].

Les signes négatifs sont importants à considérer : absence de facteurs de risque cardio-vasculaire, d'hyperviscosité, de thrombophilie, absence de pathologie embolique, de maladie de tissu élastique, absence d'argument pour une vascularite systémique et pas de piège vasculaire [12].

Du point de vue biologique, l'artérite de cannabis semble se caractériser par une hypocholestérolémie, une hyperhomocystéinémie inconstantes. La capillaroscopie, quand elle est pratiquée, montre un aspect de microvascularite organique [14].

La consommation de cannabis est retrouvée chez tous les patients : intoxication importante pour les sujets rapportée par Sterne. Nos patients consomment 5 à 6 joints par jour et 15 à 20 kifs par jour depuis une période de 6 à 20 ans. Une intoxication tabagique chronique est toujours associée mais celle-ci est modérée (ce n'est pas un critère d'exclusion de Léo Buerger). Il n'a pas été mis en évidence d'autre toxicomanie associée, en particulier cocaïne, héroïne ou amphétamines.

L'aspect anatomopathologique n'est pas bien connu. Aucune biopsie artérielle n'a été réalisée chez nos patients. Il s'agit en général d'une artérite par surcharge avec dépôts graisseux sur l'endothélium et thromboses dans la lumière vasculaire. L'infiltrat inflammatoire est composé de polynucléaires et de cellules mononucléées envahissant la média avec atteinte de la limitante élastique interne et une thrombose in situ [15]. Ces aspects semblent différer de ceux rencontrés dans la maladie de Buerger [5].

L'évolution peut être sévère lorsque le sevrage n'est pas obtenu, pour certains malades, le recours à l'amputation est nécessaire. Dans notre série, une amputation trans-métatarsienne et une amputation de cuisse ont été réalisées chez deux patients qui ont repris leur intoxication.

Le traitement comporte essentiellement le sevrage de tabac et du cannabis. A la phase aiguë, les mesures sont symptomatiques et comportent

l'utilisation de l'iloprost, des vasodilatateurs artériolaires et des anticoagulants. A la phase chronique, se sont les antiagrégants plaquettaires qui sont prescrits [15]. Peuvent être également réalisées une sympathectomie, une thrombolyse in situ ou un pontage qui n'est pas toujours possible du fait de l'absence de lit d'aval. Le recours à l'amputation ou à des nécrosectomies est le plus souvent nécessaire en cas de persistance de l'intoxication, dans notre série, on a eu recours à quatre amputations mineures, à une amputation trans-métatarsienne et à une amputation de cuisse.

Sur le plan physiopathologique, l'effet vasoconstricteur du delta 9 THC est évoqué [12]. Noël [13] incrimine l'arsenic contenu dans certaines préparations de cannabis et certains tabacs peu raffinés. L'arsenic serait un facteur de thrombose vasculaire et d'artérite inflammatoire. Cette théorie permet d'expliquer la diminution de la prévalence de la maladie de Léo Buerger avec le raffinement de tabac et l'apparition d'artérites liées à la consommation de cannabis [5]. Mais là n'est pas le seul intérêt de cette artérite du cannabis. De nombreux éléments la font ressembler à la maladie de Léo Buerger à tel point que l'on peut se demander si l'artérite du cannabis n'est pas authentiquement une forme de thromboangéite oblitérante [14,15]. Il n'est pas exclu que les constatations histopathologiques de l'artérite du cannabis correspondent à une phase intermédiaire ou tardive d'une maladie de Léo Buerger au sein desquelles le thrombus s'organise, la fibrose gagne la paroi et la réaction inflammatoire primitive disparaît [16].

CONCLUSION :

Le cannabis jouerait-il une action isolée ou en synergie avec le tabac ? Tout laisse supposer qu'il représenterait un facteur de risque additionnel probable dans les artérites juvéniles.

L'artérite du cannabis serait-elle une entité propre ? Une forme clinique de la maladie de Léo Buerger ou ferait-elle partie des syndromes de Buerger.

Pour pouvoir répondre à ces questions, il faut mieux définir la séméiologie, la fréquence, la signification de cette affection émergente et ou méconnue. En fin, la nécessité d'établir un registre marocain s'impose pour mieux définir la place de cette artérite parmi les artériopathies juvéniles.

Tableau I récapitulatif :

	Sexe	Age	Clinique	Tabac	Cannabis	Imagerie	Traitement et évolution (Paquet Année)
P1	H	25	nécrose médus et annulaire droits	6	5joints/j (7ans)	Echodoppler : atteinte distale bilatérale des arcades palmaires	-Sevrage -Antiagrégant plaquettaire -Vasodilatateur - Sympathectomie thoracique - Amputation mineure - Bonne évolution
P2	H	30	-nécrose des 4 doigts main droite, 3 et 5 doigt main gauche -Phénomène Raynaud	8	6joints/j (10ans)	-Echodoppler : atteinte distale des collatérales des doigts des 2 mains -Artériographie : aspect grêle des artères radiale et cubitale avec collatéralité sinieuse pas d'athérome radiale et cubitale avec collatéralité sinieuse pas d'athérome	- Sevrage - Antiagrégant plaquettaire - Vasodilatateur - Amputation mineure - Evolution favorable
P3	H	34	-gangrène MID - nécrose du talent (figure 3)	12	15kifs/j (10ans)	Artériographie : aspect grêle des artères jambières avec collatéralité sans athérome (Figure 2).	- Sevrage - Antiagrégant plaquettaire - Vasodilatateur - Echec d'un pontage distal - Amputation transmétatarsienne
P4	H	27	-nécrose gros orteil gauche -nécroses pulpaire 2 et 3 doigts droits -nécroses pulpaire 3 Phénomène Raynaud et 5 doigts gauches	6	5joints/j (8ans)	- Echodoppler : atteinte de l'artère radiale droite et cubitale gauche	- Sevrage - antiagrégant plaquettaire - vasodilatateur - sympathectomie lombaire - amputation mineure - évolution satisfaisante
P5	H	24	nécrose gros orteil droit	13	18kifs/j (6ans)	-Echodoppler : atteinte distale sous poplitée -Artériographie : occlusion des artères tibiale antérieure et postérieure, pas d'athérome (Figure 1)	- Sevrage -Antiagrégant plaquettaire -Vasodilatateur - Sympathectomie lombaire - Amputation mineure - Evolution satisfaisante
P6	H	40	gangrène de l'avant pied gauche	15	20kifs/j (20ans)	-Artériographie : oblitération des axes de jambe, pas de lésions ilio-fémoro-politées pas d'athérome	- Sevrage - Antiagrégant plaquettaire - Vasodilatateur - Sympathectomie lombaire - Amputation cuisse gauche

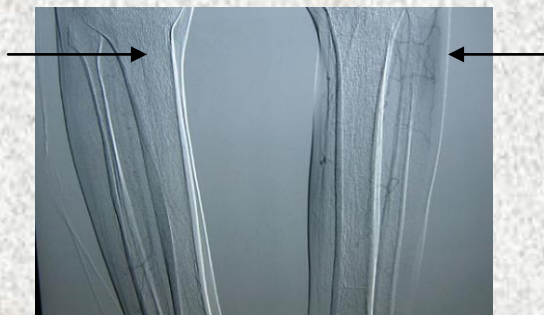


Figure 1: Artériographie des deux membres inférieurs montrant des lésions D'axes de jambe avec atteinte bilatérale"Cas n° 5"



Figure 2: Artériographie de membre montrant une occlusion de l'artère poplitée
Avec développement d'une circulation collatérale "Cas n° 3"



Figure 3: Artériopathie du cannabis du membre inférieur gauche
Avec nécrose du talon

REFERENCES

- 1 Sterne J, Ducastaing C. Les artérites du cannabis Indica. Arch Mal Cœur 1960; 53 :143-7.
- 2 Disdier P, Granel B, Serratic J, Constans J, Michon-Pasturel U, Hachulla E, et al. Cannabis arteritis revisited, Ten new cases reported. Angiology 2001 ; 52 :1-5.
- 3 Schneider F, Abdoucheli-Baudot N, Tassard M, Boudghène F, Gouny P. Cannabis et tabac, Co-favorisant l'artériopathie oblitérante juvénile. J Mal Vasc 2000; 25 :388-9.
- 4 Schneider HJ, Jha S, Burnand KG. Progressive arteritis associated with cannabis use. Eur J Endovasc Surg 1999;18:366-7.
- 5 Disdier P, Swiader L, Jouglard J, Piquet P, Christides C, Moulin G, et al. Artérite du cannabis versus maladie de Léo Buerger: Discussion nosologique à propos de deux nouveaux cas. Presse Med 1999 ;28 :71-4.
- 6 Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. LANCET 1998;342:161-6.
- 7 Kumar P, Smith R. Cocaine-related vascularitis causing upper-limb peripheral vascular disease. Ann Intern Med 2000;133:923-4.
- 8 Marder V, Mellinghoff I. Cocaine and Buerger disease, Is there a pathogenetic association? Arch Intern Med 2000;160:2057-60.
- 9 Olin JW. Thromboangitis obliterans (Buerger's disease). N Engl J Med 2000;343:864-9.
- 10 Reny JL, Cabane J. La maladie de Buerger ou thromboangéite oblitérante SNA. Med Interne 1998;19:34-43.
- 11 Turkson SNA, Obeng-Bekoe O, Asamoah V. A clinical sign for persistent harmful cannabis abuse, a pilot study. East Afr Med J 1996;73:137-9.
- 12 Noël B. Tabac et maladie de Buerger, une controverse au goût d'arsenic. J Mal Vasc 2001 ;26 :265-6.
- 13 Noël B. Regarding "cannabis arteritis revisited. Ten new case reports". Angiology 2001;52:505.
- 14 Laurent Karile, T. Danel. L'artérite progressive cannabique. Presse Med 2004;33:18(Suppl):21-3.
- 15 P.Schmoor, C.Bombert. Rôle du cannabis dans les ulcers de l'adulte jeune. Ann Dermatol Venereol 2004 ;131 :73-7.
- 16 P.Combemale, T.Consort. Cannabis arteritis. British journal of Dermatology 2005; 152, pp 166-169.

Correspondance : S. El Khloufi
Service de chirurgie vasculaire D,
CHU Ibn Sina - Rabat
E-Mail : elkhouloufi1@yahoo.fr