

Les patients qui consultent pour des troubles digestifs reviennent souvent avec la même question, presque mot pour mot : est ce que le cannabis médical peut m'aider. De là naît une discussion qui ne se limite pas à des effets ressentis, mais qui doit toucher aux mécanismes, aux preuves, aux limites, aux risques et à la façon concrète d'intégrer un traitement dans une vie déjà bousculée par des symptômes fluctuants. Dans un cabinet, j'ai vu des personnes dont l'appétit est reparti après un cancer de l'œsophage, des personnes avec un syndrome de l'intestin irritable qui ont enfin dormi une nuit entière, et d'autres qui ont connu l'effet inverse, avec des brûlures majorées ou des vomissements cycliques. La réalité clinique n'a rien d'un slogan, elle s'écrit au cas par cas.

De quoi parle-t-on quand on parle de marijuana médicale

Le terme recouvre toute préparation à base de cannabis et de ses composants utilisée avec une intention thérapeutique, sous supervision médicale, et issue d'une filière contrôlée. Les molécules principales sont le THC, agoniste partiel des récepteurs CB1 et CB2, et le CBD, modulant des récepteurs et enzymes du système endocannabinoïde, sans effet enivrant. Autour d'elles gravitent des terpènes et d'autres phytocannabinoïdes qui pourraient moduler l'effet, mais leur rôle clinique précis reste secondaire dans la plupart des décisions thérapeutiques.



Les voies d'administration influencent l'effet. L'inhalation par vaporisation à basse température agit en quelques minutes et s'éteint en deux à trois heures. Les huiles par voie orale se mettent en place plus lentement, atteignent un pic entre 1 et 3 heures, et durent 6 à 8 heures. Les sprays oromucosaux et les gélules s'intercalent entre les deux. Les produits comestibles peuvent surprendre par un effet retardé et plus long. Je déconseille la combustion par joint pour des raisons respiratoires et de contrôle de dose.

Le système endocannabinoïde traverse l'axe cerveau - intestin. Les récepteurs CB1 abondent dans l'axe vagal, les plexus myentériques, et modulent la motricité, la sécrétion, la sensibilité viscérale et la perception de la douleur. CB2 intervient davantage dans l'inflammation et l'immunomodulation. Le THC active ces récepteurs, ce qui peut ralentir la motricité et atténuer la douleur viscérale. Le CBD agit plus en chef d'orchestre qu'en soliste, avec des effets anxiolytiques légers, une modulation des récepteurs 5-HT1A et TRPV1, et un profil plus sûr sur le plan cognitif. Sur la nausée, les circuits impliquent le tronc cérébral, le système vestibulaire et des récepteurs sérotoninergiques. L'appétit, lui, se joue surtout dans l'hypothalamus, où le THC augmente la « salience » des aliments et le plaisir associé au goût et à l'odeur.

Syndrome de l'intestin irritable : ce que l'on sait et ce que l'on observe

Le SII repose sur une triade variable de douleur abdominale, ballonnements et troubles du transit. On y croise plusieurs mécanismes, de l'hypersensibilité viscérale à une dysbiose légère, en passant par une hyperréactivité au stress. La tentation d'utiliser le cannabis vient autant de témoignages positifs que d'hypothèses physiopathologiques crédibles.

Côté données, les essais contrôlés sont encore modestes. Des études avec dronabinol, un THC de synthèse, ont montré une diminution du tonus colique et une augmentation de la compliance, donc un côlon plus « souple », ce qui peut atténuer la douleur déclenchée par la distension. Chez des patients à SII avec diarrhée prédominante, un ralentissement du transit a été observé, parfois utile pour réduire l'urgence. En revanche, l'effet sur les scores globaux de symptômes reste inconstant. Les études avec du CBD isolé sont encore plus parcellaires, avec un signal rassurant sur la tolérance, mais sans bénéfice constant sur la douleur.

Dans la pratique, les profils SII-D et SII-mixte tirent davantage parti d'un léger effet antinociceptif et modérateur du transit. Les personnes à SII-C, déjà ralenties, [Ministry of Cannabis](#) risquent un inconfort accru si la dose de THC dépasse leur fenêtre de tolérance. Les sujets très anxieux peuvent répondre à de faibles doses de CBD, parfois en évitant le THC la journée pour ne pas cogner sur la motivation et la concentration. Les patients qui dorment mal gagnent souvent à réserver une microdose de THC en soirée.

Attention aux angles morts. Chez un trentenaire vu en consultation avec douleurs diffuses et alternance diarrhée - constipation, une vaporisation riche en THC le soir a calmé la douleur en une semaine, mais a déclenché des brûlures gastriques et une sensation de lourdeur postprandiale, vraisemblablement par un retard de la vidange gastrique. Il a fallu basculer vers une huile CBD dominante et une mini-dose de THC au coucher. Une autre patiente a vu ses selles se normaliser, puis a présenté des nausées matinales tenaces au bout de quatre mois. L'arrêt complet pendant 10 jours a fait disparaître les nausées, illustrant la limite entre bénéfique et surconsommation.

Nausées et vomissements : indications solides et zones de prudence

Les nausées aiguës et les vomissements se traitent d'abord par des antiémétiques classiques. Les cannabinoïdes entrent en scène surtout en recours lorsque ces traitements échouent ou induisent des effets indésirables.

En oncologie, les préparations de THC de synthèse comme le dronabinol et le nabilone se montrent supérieures au placebo pour réduire les vomissements et les nausées liés à la chimiothérapie, avec une efficacité comparable à des antiémétiques plus anciens, mais souvent plus d'effets secondaires comme somnolence, vertiges, bouche sèche. Les guides de pratique placent ces options en deuxième ou troisième ligne, ou en complément chez des personnes déjà exposées à plusieurs classes antiémétiques. En soins réels, j'ai vu des patients reprendre deux bols de soupe le soir alors qu'ils en étaient incapables depuis des semaines, en combinant un antiémétique sérotoninergique et une vaporisation très mesurée riche en THC une heure avant le repas.

Pour les nausées post opératoires, la littérature est moins convaincante. Les antiémétiques standards gagnent encore la partie dans la majorité des cas. Dans les nausées liées à la migraine, quelques patients rapportent un soulagement, mais l'irrégularité de l'absorption et la variabilité des crises compliquent les conclusions. En revanche, la grossesse est une contre-indication pratique : par prudence et au vu des signaux sur le développement neurologique fœtal, on évite le cannabis pendant la gestation, même à visée médicale.

Certains troubles digestifs, comme la gastroparésie diabétique, constituent un terrain délicat. Le THC peut ralentir la vidange gastrique et aggraver les symptômes. Chez ces patients, je privilégie d'autres stratégies et, si un essai de cannabis se discute, il se fait avec des doses infimes, des formes à action brève et un suivi rapproché.

Appétit et poids : entre regain d'envie et vraie prise pondérale

L'effet orexigène du THC est bien décrit. Les personnes en perte d'appétit liée à un cancer, à une infection VIH ou à des traitements lourds se remettent parfois à manger, ou au minima à désirer des aliments. Dans les essais, l'amélioration de l'appétit est fréquente, mais la prise de poids reste souvent modeste, de l'ordre de 0,5 à 1 kg sur quelques semaines. En comparaison, la mégestrol acetate, traitement non cannabinoïde, induit généralement une prise de poids plus importante, parfois 3 à 5 kg, mais au prix d'un risque thromboembolique et d'œdèmes. Le choix se fait donc au regard des comorbidités et des priorités du patient.

Chez les personnes âgées fragiles, mon approche reste conservatrice. Une huile CBD dominante, avec une touche de THC au dîner, peut relancer l'intérêt pour les repas sans troubler l'équilibre ni la cognition. À la moindre somnolence diurne, on réduit. Chez des personnes avec antécédent de troubles du comportement alimentaire, j'utilise une prudence maximale. La modulation artificielle de la faim peut brouiller les repères et relancer des conduites à risque.

Effets indésirables digestifs à ne pas négliger

Les troubles gastro-intestinaux liés aux cannabinoïdes ne sont pas rares, surtout quand les doses grimpent ou que l'usage devient quotidien sans pause.

Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde, encore trop méconnu, survient après des mois ou des années d'usage régulier, plus souvent avec des produits très riches en THC. Il se manifeste par des cycles de nausées et vomissements sévères, parfois avec une recherche compulsive de douches ou bains chauds qui apportent un soulagement transitoire. Aucun antiémétique classique n'égalé l'arrêt complet du cannabis pour résoudre durablement les crises. En aigu, l'application de

crème à la capsaïcine sur l'abdomen et certains antipsychotiques comme l'halopéridol, utilisés avec discernement, peuvent aider aux urgences.



Sur le bas œsophage, une relaxation du sphincter inférieur peut favoriser un reflux. Certaines personnes ressentent plus d'éruclations, de pyrosis, surtout avec des prises tardives et des repas copieux. À l'opposé, la constipation se voit chez des personnes sensibles au ralentissement de la motricité, tandis que d'autres rapportent des selles plus moulées après des diarrhées chroniques. Des cas isolés de pancréatite ont été publiés, difficilement imputables avec certitude. Le CBD à forte dose peut déranger le foie, notamment avec une élévation transitoire des transaminases, surtout en association avec des antiépileptiques.

Les interactions médicamenteuses se jouent au niveau des cytochromes hépatiques, notamment CYP3A4, CYP2C9 et CYP2C19. Le THC peut potentialiser les effets d'anticoagulants comme la warfarine. Le CBD augmente les concentrations de clobazam et de tacrolimus. Avec les benzodiazépines et les opioïdes, l'effet sédatif s'additionne. En consultation, je demande toujours une liste complète des traitements, y compris plantes et compléments.

Choisir la forme et le moment selon le symptôme

La bonne stratégie ne tient pas qu'à la molécule, elle s'ancre dans un rythme de vie, des repas, une tolérance individuelle et des objectifs clairs.

Pour des nausées imprévisibles, une forme à action rapide garde l'avantage. Une vaporisation contrôlée ou un spray oromucosal peut casser une vague nauséuse en moins de dix minutes. Les huiles mettront trop de temps à agir dans l'aigu. En revanche, pour des douleurs abdominales à bas bruit, régulières, une microdose en huile matin et soir stabilise mieux la journée, avec moins de pics.

Pour l'appétit, le moment charnière se trouve souvent une heure avant le repas principal. Une faible dose de THC, parfois 1 à 2 mg, suffit pour amplifier le plaisir gustatif sans plomber la conversation. Les personnes très sensibles s'en tiennent à 0,5 mg au départ. Pour le sommeil troublé par la douleur viscérale, une prise au coucher peut permettre d'espacer les éveils nocturnes.

Je privilégie les produits titrés avec précision, exprimés en mg par mL ou par unité. Les fleurs à vaporiser ont leur place, mais leur variabilité interdit un suivi aussi fin. Quand quelqu'un me demande s'il doit choisir un produit affichant un terpène particulier, je replace la discussion sur les fondamentaux : dose, équilibre THC/CBD, temps d'action et objectif clinique. Le reste compte peu tant que ces bases ne sont pas maîtrisées.

Doses de départ, progression et fenêtres thérapeutiques

Dans un monde idéal, tout le monde répondrait à 2 mg de THC et 10 mg de CBD. Dans la vraie vie, les fenêtres thérapeutiques se chevauchent et demandent un peu d'essai-erreur, encadré.

Pour le THC, je situe la dose de départ entre 0,5 et 1 mg chez une personne naïve, 1 à 2,5 mg chez quelqu'un de plus jeune et sans facteurs de risque. La montée se fait par paliers de 1 mg tous les deux à trois jours, en surveillant la somnolence, la bouche sèche, les vertiges et, du côté digestif, l'apparition de brûlures, de lourdeurs après repas ou d'un transit ralenti. Au-delà de 10 mg par jour, le risque d'effets indésirables grimpe plus vite que le bénéfice dans les troubles digestifs fonctionnels.

Le CBD se prête à des doses plus larges, souvent de 5 à 20 mg deux fois par jour pour un effet anxiolytique léger et une modulation de la douleur. À forte dose, au-delà de 50 à 100 mg par jour, il complique la donne par des interactions et une fatigue diurne. Les huiles équilibrées, par exemple 5 mg de CBD et 1 mg de THC par mL, offrent une granularité utile pour ajuster au quart de mL près.

Les pauses thérapeutiques préviennent deux pièges : la tolérance et l'hyperémèse. J'encourage des fenêtres de 24 à 48 heures sans THC toutes les une à deux semaines, surtout quand les prises deviennent quotidiennes. Cette règle simple évite bien des déboires.

Parcours réglementaire et qualité des produits

La légalité du cannabis médical varie selon les pays et, parfois, d'une région à l'autre. Le cadre le plus sûr reste celui d'une prescription ou recommandation médicale dans une filière tracée, avec contrôle qualité et analyses de lots. Cela limite les contaminants, les variations de concentration et l'incertitude sur ce que l'on avale.

Sur les étiquettes, on recherche des concentrations en mg par mL, pas seulement des pourcentages. Un flacon de 30 mL à 10 mg/mL de CBD contient 300 mg au total. Un spray qui délivre 0,1 mL par pulvérisation apporte 1 mg. C'est avec ces chiffres qu'on construit un plan de prise fiable. Les analyses de laboratoire tiers rassurent, mais je me méfie des promesses floues et des allégations non médicales. Bien des patients me disent avoir tapé marijuana médical sur leur navigateur pour chercher un point de départ. Je leur apprend surtout à lire une étiquette et à poser des questions utiles au pharmacien.

Conseils pratiques pour démarrer en sécurité

- Clarifiez l'objectif principal, par exemple réduire l'urgence diarrhéique, atténuer les nausées autour des repas, retrouver l'appétit le soir, puis choisissez une seule métrique à suivre sur 2 semaines, comme le nombre d'épisodes d'urgence par jour ou la part du repas effectivement consommée.
- Commencez par une forme et une dose, idéalement une huile équilibrée ou un spray titré, plutôt que plusieurs produits à la fois, et tenez un journal simple des prises et des effets ressentis.
- Adaptez le moment de prise au symptôme cible, forme à action rapide pour la nausée aiguë, prise programmée 60 à 90 minutes avant le repas pour l'appétit, et évitez d'augmenter la dose plus d'une fois tous les 48 à 72 heures.
- Évitez la combustion, privilégiez la vaporisation contrôlée si l'inhalation est nécessaire, et ne mélangez pas avec l'alcool qui potentialise les étourdissements et le reflux.
- Programmez une réévaluation au bout de 2 à 4 semaines avec votre médecin pour décider soit d'un ajustement, soit d'un arrêt si la balance bénéfice - risque n'est pas au rendez-vous.

Quand s'arrêter et consulter sans tarder

- Vomissements cycliques avec soulagement disproportionné sous douche chaude, perte de poids rapide ou signes de déshydratation, ces tableaux exigent un arrêt du cannabis et une évaluation médicale.
- Douleur abdominale nouvelle, intense, ou irradiant dans le dos, surtout avec fièvre, pour éliminer une pancréatite ou une autre urgence.
- Saignement digestif, méléna ou vomissements sanglants, même si vous pensez connaître l'origine des symptômes.
- Somnolence majeure, étourdissements, chutes, confusion, surtout chez les personnes âgées ou sous benzodiazépines, opioïdes ou anticoagulants.
- Grossesse en cours ou projetée, préférez une discussion dédiée sur des alternatives plus sûres.

Cas particuliers et arbitrages cliniques

Chez une personne avec SII-D et anxiété importante, un schéma pragmatique peut associer 10 mg de CBD matin et soir, puis l'ajout de 1 mg de THC en fin d'après-midi. Après une semaine, si l'urgence persiste le matin, on teste une inhalation brève à très petite dose au lever. Si la bouche devient sèche et le reflux apparaît, on réduit la dose vespérale et on avance la dernière prise à 19 h.

SCHADET MARIHUANA UNSEREM GEHIRN?

TEDEd



Chez un patient sous chimiothérapie avec nausées réfractaires, déjà sous ondansétron et métoclopramide, l'ajout d'un spray oromucosal titré à 2,5 mg de THC par pulvérisation, pris une heure avant le repas principal, peut transformer l'appétit. Si les étourdissements s'invitent, on fractionne la dose en deux prises de 1,25 mg espacées de 30 minutes. Je garde la nuit sans THC tant que possible, pour limiter la tolérance et surveiller le sommeil.

Chez une personne âgée en institution, 2,5 mg de THC peuvent suffire à améliorer l'appétit, mais le risque de chute grimpe. Dans ce contexte, je privilégie 10 mg de CBD deux fois par jour pour l'anxiété et la douleur de fond, puis 0,5 à 1 mg de THC une heure avant le repas du soir seulement, avec une surveillance orthostatique.

Ce que la science ne sait pas encore

Les promesses du microbiote face aux cannabinoïdes excitent la curiosité, mais on manque de données humaines robustes reliant tel profil microbien à telle réponse clinique. Les terpènes, souvent mis en avant dans le marketing, n'ont pas d'algorithme validé d'appariement à un symptôme digestif. Les essais de haute qualité restent rares sur le SII avec des endpoints centrés sur le patient, mesurant la douleur, l'urgence, la satisfaction et la qualité de vie sur plusieurs mois.

Un autre angle aveugle concerne l'usage cumulatif à long terme, au delà d'un an, dans les troubles fonctionnels. Qui maintient le bénéfique, qui développe une tolérance, et comment calibrer des fenêtres d'arrêt planifiées pour pérenniser l'effet. En attendant, je recommande de conserver l'outil cannabinoïde comme un levier parmi d'autres, et non l'unique pilier, en l'intégrant à une approche multimodale qui inclut sommeil, alimentation, activité et techniques de gestion du stress.

Une approche sobre et orientée résultats

La marijuana médicale n'est ni une panacée ni un simple placebo. Dans les troubles digestifs, elle sert parfois de clé qui desserre légèrement la serrure, assez pour permettre à d'autres leviers de jouer. Quand l'appétit revient de manière fiable, on peut re-bâtir des repas. Quand la nausée recule, la physiothérapie ou les exercices de respiration reprennent du terrain. Quand la douleur abdominale baisse d'un cran, la marche devient possible, et avec elle un transit plus régulier.

À condition de respecter des doses modestes, de choisir la bonne forme et de poser des garde-fous clairs, le bénéfique peut être tangible. À l'inverse, la dérive vers des prises quotidiennes élevées ouvre la porte à l'hyperémèse, au reflux et à une fatigue qui grignote la qualité de vie. La bonne médecine sépare ces deux trajectoires et garde la main sur le curseur.

Pour les personnes qui se reconnaissent dans ces lignes, la première étape utile reste une conversation franche avec un professionnel de santé au fait du sujet, et un plan simple, mesurable, sur quelques semaines. Les objectifs digestifs sont concrets : manger la moitié de l'assiette sans nausée, réduire l'urgence matinale, dormir quatre heures d'affilée sans réveil douloureux. Quand on s'y accroche, les ajustements gagnent en précision et la part d'aléa diminue.

Au bout du compte, l'essentiel tient dans une posture prudente et pragmatique. On commence petit, on observe, on ajuste. On respecte les signaux d'alerte. On place le cannabis médical à sa juste place, un outil parmi d'autres, au service d'un confort digestif meilleur et d'un quotidien plus vivable.