

I Analyse bibliographique

Intoxication accidentelle au cannabis chez le jeune enfant : état des lieux en France

CLAUDET I *et al.* Unintentional cannabis intoxication in toddlers. *Pediatrics*, 2017;140:in press.

Même si le cannabis est illégal en France, sa consommation est la plus élevée d'Europe. Les consommateurs, aussi bien les femmes que les hommes, sont principalement les adolescents et les jeunes adultes. La production d'herbe de cannabis augmente en France mais la consommation de résine venant du Maroc reste importante. Même si la taille des résines vendues a tendance à diminuer au cours du temps, on observe une augmentation de leur concentration en delta 9 tétrahydrocannabinol (THC) aussi bien dans la marijuana que dans le haschisch (9,3 % en 2004 *versus* 20,7 % en 2014).

Le but de cette étude était d'évaluer, en France, l'évolution du nombre d'admissions aux urgences pédiatriques pour intoxication accidentelle au cannabis sur une période de 11 ans (2004 à 2014). L'objectif secondaire était d'analyser les présentations cliniques et l'évolution des intoxications sévères.

Cette étude nationale, multicentrique, rétrospective, observationnelle a inclus des enfants de moins de 6 ans ayant eu une intoxication prouvée au cannabis (symptômes cliniques et résultats toxicologiques positifs). La présentation clinique compatible avec une intoxication au cannabis correspondait à tout symptôme neurologique aigu survenant chez un enfant antérieurement en bonne santé, non fébrile. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives étaient collectées pour chaque patient à partir d'un dossier informatisé ou papier. Les critères de sévérité étaient : un coma, des convulsions, une détresse respiratoire, une hypo/hypertension et une bradycardie.

Vingt-quatre centres d'urgences pédiatriques répartis dans toute la France ont participé à l'étude ayant permis d'inclure 235 enfants. Parmi ceux-ci, 71 % avaient moins de 18 mois. Les intoxications étaient plus importantes dans les régions PACA et Occitanie. Le taux annuel d'admission augmentait d'un facteur 13 en 11 ans (+133 %). Entre 2004 et 2014, le nombre de cas sévères augmentait d'un facteur 20 et d'un facteur 4 entre 2013 et 2014. Le délai entre l'ingestion et l'admission était de 4 heures 24 ($\pm$ 3 heures). L'intoxication (ingestion dans 75 % des cas) avait lieu dans 72 % des cas au domicile parental principalement sous forme de morceau de résine (72 %) de 2-3 g. La présentation clinique était dominée par des symptômes neurologiques (86 %). 35 % des enfants avaient un critère de sévérité et 33 % des enfants avec un coma avaient été admis en 2014. Parmi les autres symptômes, 14 avaient une détresse respiratoire dont 8 avec nécessité d'une assistance ventilatoire pendant au moins 24 heures. Parmi les 178 enfants ayant eu un bilan biologique, 40 présentaient des anomalies et notamment une hyperglycémie

(n = 14), une hyponatrémie (n = 8), une acidose métabolique (n = 5), une insuffisance rénale fonctionnelle (n = 5). Les analyses toxicologiques révélaient la présence d'autres toxiques chez 8 enfants. 88 % des enfants ont été hospitalisés dont 27 en soins intensifs. Une consommation de cannabis était retrouvée dans 62 % des cas chez les parents. Une information préoccupante a été réalisée chez 162 enfants. En comparant les périodes d'études 2004-2009 à 2010-2014, les intoxications survenaient dans la période plus récente chez des enfants plus jeunes et une augmentation du nombre de coma était observée passant de 4,4 à 16,9 % (p = 0,03) concordant avec une augmentation des concentrations en THC dans les résines. Au cours de ces 11 ans, le taux d'exposition au cannabis chez les enfants de moins de 6 ans progressait de 5,4 à 15,4 pour 10 000 expositions toxiques.

Ce travail met en évidence que les jeunes enfants sont des victimes collatérales fréquentes des consommateurs de cannabis. Les formes sévères d'intoxication ont augmenté de façon importante en 11 ans et surtout depuis ces 3 dernières années comme en témoigne le nombre préoccupant de coma secondaire probablement en rapport avec des concentrations de THC plus importantes dans les résines utilisées actuellement.

Fonction respiratoire à 8 ans des anciens grands prématurés

DOYLE L *et al.* Ventilation in extremely preterm infants and respiratory function at 8 years. *N Engl J Med*, 2017;377:329-337.

Les problèmes respiratoires sont quasiment constants chez les grands prématurés (nés avant 28 SA) et la majorité de ces enfants reçoit une assistance ventilatoire les premières semaines de vie. Cependant, les fortes concentrations d'oxygène sur un poumon immature pourraient créer des lésions et une altération du développement pulmonaire. Au cours du temps, les méthodes de ventilation ont évolué. La ventilation sur tube endotrachéal a progressivement été remplacée par des formes moins invasives de ventilation telle que la CPAP nasale considérée comme moins délétère pour les poumons.

Le but de cette étude était de voir si l'évolution au cours du temps des techniques ventilatoires en période néonatale améliorerait la fonction respiratoire des enfants à l'âge de 8 ans.

Les données concernant des prématurés de moins de 28 SA de 4 centres de soins intensifs néonataux australiens ont été collectées à partir de 1991. Trois périodes (1991-1992, 1997 et 2005) ont été comparées avec un recueil prospectif des paramètres néonataux, du mode ventilatoire, de l'oxygénéodépendance à 36 SA. L'étude de la fonction respiratoire était réalisée à l'âge de 8 ans dans un service accrédité.

Le taux de survie à l'âge de 8 ans pour les prématurés nés sans anomalies létales entre 22 et 27 SA était de 53 % en 1991, 70 % en 1997 et 63 % en 2005. Parmi les survivants, l'utilisation d'une corticothérapie anténatale et de surfactant a augmenté avec le temps alors que l'utilisation post-natale de corticoïdes a diminué en 2005 par rapport aux autres périodes. Les autres caractéristiques néonatales étaient similaires entre les groupes sauf pour les Z-scores du poids de naissance qui étaient plus bas en 1997 par rapport à 2005. En analyse univariée, la durée moyenne de la ventilation augmentait avec le temps avec progressivement une large utilisation des CPAP nasales et une diminution des intubations endotrachéales. Le taux d'oxygénodépendance à 36 SA diminuait avec l'augmentation de l'âge gestationnel. La durée moyenne de ventilation assistée diminuait avec l'augmentation du Z-score du poids de naissance. Après ajustement sur les variables périnatales, la durée moyenne de la ventilation assistée et de la CPAP nasale était toujours plus importante en 2005 par rapport à 1991 ou 1997 et le taux de dépendance en oxygène à 36 SA était supérieur en 2005 par rapport aux autres périodes (*odds ratio* ajusté par rapport à 1997 de 2,67 (IC 95 % : 1,6-4,46 ; $p < 0,001$).

À l'âge de 8 ans, environ 1/4 des enfants dans chaque cohorte ne pouvait réaliser les tests respiratoires en raison d'un handicap sévère. Pour les autres, les caractéristiques néonatales n'étaient pas différentes entre les 3 périodes. Le Z-score moyen pour toutes les variables liées au flux expiratoire était négatif pour les enfants des 3 périodes, cependant le Z-score moyen

pour le ratio du volume expiratoire forcé en 1 seconde sur la capacité vitale était plus bas en 2005 par rapport aux 2 autres périodes. L'ajustement sur les variables périnatales ne modifiait pas les résultats. Le taux de *wheezing* dans l'année ayant précédée les EFR était similaire dans les 3 cohortes.

Contre toute attente, ce travail longitudinal met en évidence que l'amélioration des techniques de ventilations des grands prématurés avec l'utilisation préférentielle d'une ventilation non invasive ne modifie pas le taux de dépendance à l'oxygène à 36 SA et n'améliore pas la fonction respiratoire à long terme. Ces données sont toutefois à confirmer dans d'autres pays où les caractéristiques démographiques sont différentes.



J. LEMALE

Service de Gastroentérologie et Nutrition
pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.

réalités PÉDIATRIQUES

☐ **oui**, je m'abonne à *Réalités Pédiatriques*

Médecin : ☐ 1 an : 60 € ☐ 2 ans : 95 €

Étudiant/Interne : ☐ 1 an : 50 € ☐ 2 ans : 70 €
(joindre un justificatif)

Étranger : ☐ 1 an : 80 € ☐ 2 ans : 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à :
Performances Médicales
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels



Bulletin d'abonnement

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville/Code postal :

E-mail :

■ Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n°
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : Cryptogramme :

Signature :