

**Recommandations thérapeutiques cannabis médical**  
**MALADIE DE PARKINSON**



Auteur : Dr. med. Claude Vaney, Spécialiste en neurologie  
Peer reviewed par : Prof. Dr. med. Stephan Bohlhalter ; Comité directeur SGCM-SSCM  
Pour information/prise de connaissance à : Présidence Parkinson Suisse  
Traducion : DeepI  
Version 2.0, 2023-09-26

## Résumé

# Cannabis médical pour la maladie de Parkinson

### Evidence scientifique et pratique

**Evidence scientifique :** Il existe de nombreuses études d'observation et des rapports de cas individuels, ainsi que quelques études randomisées contrôlées par placebo (RCT). En ce qui concerne les symptômes moteurs, les résultats des études sont relativement décevants. Néanmoins, certains auteurs préconisent, au cas par cas, un essai de traitement limité dans le temps avec du cannabis en cas de tremblements sévères résistants au traitement ou de dyskinésies très invalidantes. En revanche, en ce qui concerne les symptômes non moteurs de la maladie de Parkinson (p.ex. troubles graves du sommeil, douleurs liées à la dystonie résistantes au traitement), les études sont un peu plus positives.

**Pratique :** Ces dernières années, des préparations à base de cannabis ont été et sont actuellement utilisées pour traiter les symptômes de la maladie de Parkinson. En partie sur prescription médicale, mais souvent aussi en automédication (produits à base de CBD) avec ou sans traitement conventionnel concomitant.

### Recommandation SGCM-SSCM

Les préparations à base de cannabis peuvent représenter une option thérapeutique individuelle valable (avec ou sans thérapie conventionnelle concomitante) pour le traitement notamment des symptômes non moteurs (douleurs, troubles du sommeil, anxiété, inappétence, etc.) chez les personnes atteints de PD >18 ans sans contre-indications, en cas d'absence ou d'efficacité insuffisante des traitements médicamenteux et non médicamenteux conventionnels ou d'effets secondaires non tolérables qui y sont liés. En ce qui concerne les symptômes moteurs, le bénéfice semble être moindre, mais dans certains cas (par ex. tremblement très sévère, dyskinésie, spasticité, etc.), un essai thérapeutique individuel peut également être justifié.

### Préparations recommandées

Sur la base de la pratique actuelle en Suisse, il faut plutôt privilégier les préparations contenant du THC (avec/sans CBD). Pour les préparations au CBD pur (sans THC), les expériences pratiques sont relativement limitées.

### Dosages en cas de maladie de Parkinson (cf. *informations pour les professionnels*)

**THC:** Commencer avec une faible dose de THC : 1–2,5 mg de THC p.o. 1–3 fois par jour. Augmentation lente tous les 2–3 jours selon la tolérance jusqu'à l'effet souhaité, max. 30 mg de THC/jour (répartis en plusieurs prises).

**CBD:** Des doses entre 10 et 100 mg de CBD/jour, réparties en plusieurs prises, sont possibles. Initialement, p.ex. 2,5 mg de CBD 2–3 fois par jour, augmentation lente tous les 2–3 jours en fonction de la tolérance jusqu'à l'effet souhaité, évaluation du traitement en cas d'absence d'effet avec des doses quotidiennes >100–150 mg de CBD.

### Quels sont les autres éléments à prendre en compte ?

Il convient de tenir compte des éventuelles contre-indications, des effets secondaires, des interactions et des informations relatives à la participation au trafic (voir *informations générales pour les professionnels de la santé*).

# Algorithme de traitement recommandé

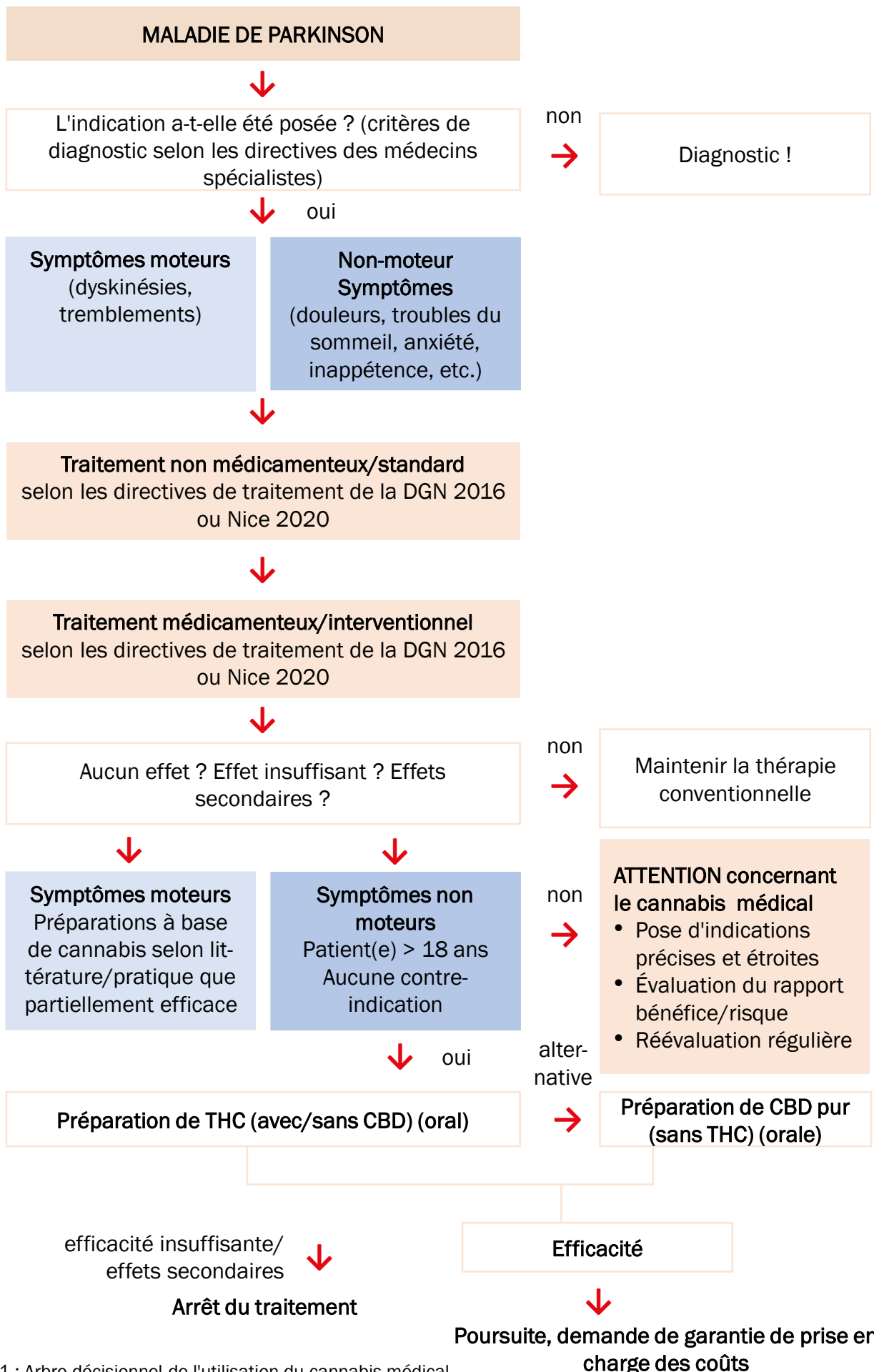


Fig. 1 : Arbre décisionnel de l'utilisation du cannabis médical en cas de maladie de Parkinson

## Maladie de Parkinson (ICD-G20)

# Notions de base sur la maladie de Parkinson

- La maladie de Parkinson (MP) est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer, avec une prévalence totale de 300 pour 100 000 habitants, qui passe de 41 dans le groupe d'âge des 40-49 ans à 1903 chez les personnes de plus de 80 ans.
- Traditionnellement, la MP était considérée comme un trouble moteur "pur", résultant d'une dégénérescence focale des neurones dopaminergiques de la substantia nigra. Des études récentes montrent que le MP est un trouble neurodégénératif multisystémique, où des troubles non moteurs peuvent apparaître en plus des symptômes moteurs.
- Alors que les symptômes moteurs cardinaux tels que la bradykinésie, le tremblement de repos et la rigidité sont principalement dus à la perte de neurones dopaminergiques, les symptômes concernant la posture, l'équilibre et la marche sont en grande partie dus à la dégénérescence des voies non dopaminergiques. Ces dernières contribuent largement au handicap des personnes atteintes de la maladie de Parkinson à un stade avancé.
- Les "caractéristiques non motrices" résultent de déficits multiples en neurotransmetteurs dans le système nerveux central et périphérique et comprennent des troubles psychiatriques (dépression, apathie, hallucinations et délires), autonomes (constipation, hypotension orthostatique et troubles urinaires et génitaux) et cognitifs (altération des fonctions exécutives, de la mémoire et des fonctions visuo-spatiales, voire démence). Les troubles du sommeil, le dysfonctionnement olfactif et la douleur contribuent également à réduire la qualité de vie et le handicap des patients.
- Les différentes substances étudiées dans le cadre d'études randomisées et contrôlées (RCT) pour vérifier leur éventuel effet neuroprotecteur sur l'évolution de la maladie ont jusqu'à présent échoué et le traitement médicamenteux reste donc purement symptomatique.
- Die pharmakologische Therapie mit Levodopa und Dopaminagonisten ist in den frühen Stadien der Erkrankung, wenn vorwiegend dopaminerg beeinflussbare Symptome vorherrschen und noch keine motorischen Komplikationen vorliegen, meist erfolgreich («honeymoon period»). Mit dem Auftauchen der Levodopa-induzierten motorischen Komplikationen, wie motorische Fluktuationen und Dyskinesien, auch Levodopa-induzierte Dyskinesie genannt, die fast alle Parkinson-Betroffenen zu irgendeinem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf einholen, drängen sich andere therapeutische Massnahmen auf.
- Obwohl verschiedene pharmakologische Ansätze sowie invasivere Strategien wie die funktionelle Neurochirurgie heute zur Verfügung stehen, um solche Komplikationen in den Griff zu bekommen, bleiben viele Patientinnen/Patienten signifikant behindert und ein zufrieden-stellendes Management motorischer Komplikationen ist immer noch ein unerfüllter Bedarf in der Parkinson-Therapie.
- Les symptômes non moteurs mentionnés ci-dessus font partie intégrante de la MP au début et tout au long de l'évolution de la maladie, et là encore, leur traitement reste à ce jour largement insatisfaisant.

## Evidence scientifique

# Le cannabis médical dans la maladie de Parkinson

### Evidence scientifique (voir littérature)

Dans l'ensemble, il existe de nombreuses études d'observation et des rapports de cas individuels, ainsi que quelques études randomisées contrôlées par placebo (RCT).

### Conclusion des études

Contrairement aux rapports de cas individuels et aux séries de cas nettement positifs, les ECR ont été moins encourageantes en ce qui concerne les effets positifs sur les symptômes moteurs du syndrome de Parkinson. Jusqu'à présent, seules quelques études de ce type, en double aveugle et contrôlées par placebo, ont été publiées pour évaluer l'effet des cannabinoïdes sur des patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique. Malgré le petit nombre de participants et la qualité variable de ces études, les données indiquent que certains symptômes moteurs de la maladie de Parkinson, en particulier les dyskinésies induites par la lévodopa, peuvent répondre à des thérapies à base de cannabis médical. Plusieurs facteurs, comme le stade de la maladie et le traitement à la lévodopa, le manque de

standardisation, etc. peuvent expliquer les résultats contradictoires. Bien qu'aucun événement indésirable grave n'ait été signalé, les effets secondaires comprennent l'hypotension, les vertiges, les hallucinations visuelles et la somnolence. Sur la base des études décrites, il n'est pas étonnant que l'American Academy of Neurology, dans ses directives, nie de manière laconique toute efficacité thérapeutique du cannabis, tant en ce qui concerne les tremblements que les dyskinésies. Malgré ces directives "officielles", il existe des auteurs qui préconisent, au cas par cas, un essai de traitement limité dans le temps avec du cannabis en cas de tremblements sévères résistants au traitement ou de dyskinésies très invalidantes, en particulier en cas de contre-indication à la stimulation cérébrale profonde et/ou à un traitement par pompe à médicaments à base d'apomorphine ou de duodopa.

## Pratique à ce jour

# Cannabis médical pour la maladie de Parkinson en Suisse

Ces dernières années, des préparations à base de cannabis ont été et sont actuellement utilisées pour traiter les symptômes de la maladie de Parkinson. En partie sur prescription médicale, mais souvent aussi en automédication (produits à base de CBD en vente libre, qui ne sont toutefois pas classés comme médicaments) avec ou sans médication concomitante conventionnelle.

## Pour la pratique

# Recommandations de la SGCM-SSCM

### Recommandation de principe

Les préparations de cannabis peuvent représenter une option thérapeutique individuelle valable (avec ou sans thérapie concomitante conventionnelle) pour le traitement des symptômes non-moteurs (douleurs, troubles du sommeil, anxiété, inappétence, etc.) chez les personnes âgées de plus de 18 ans atteintes de la maladie de Parkinson, en cas d'efficacité insuffisante ou d'absence d'efficacité des traitements médicamenteux et non-médicamenteux ou d'effets secondaires non tolérables associés. Pour les symptômes moteurs, le bénéfice semble être moindre, mais dans des cas isolés (par ex. tremblements très sévères, dyskinésie, spasticité, etc.

Chez les patients/patientes < 18 ans et/ou présentant des contre-indications, il convient de poser une indication stricte ou d'évaluer le rapport bénéfice/risque au cas par cas. Une réévaluation étroite chez de tels patients est indispensable.

### Préparations recommandées

Sur la base de la pratique actuelle en Suisse, les préparations contenant du THC (avec/sans CBD) sont à privilégier. Pour les préparations à base de CBD pur (sans THC), les expériences pratiques sont relativement limitées, mais celles-ci sont de plus en plus utilisées à titre expérimental.

### Dosages en cas de maladie de Parkinson

(cf. *informations pour les professionnels*)

#### Schéma posologique possible

(prise orale)

**THC:** Commencer avec une faible dose de THC : 1–2,5 mg de THC p.o. 1–3 fois par jour. Augmentation lente tous les 2–3 jours selon la tolérance jusqu'à l'effet souhaité, max. 30 mg de THC/jour (répartis en plusieurs prises).

**CBD:** Des doses entre 10 et 100 mg de CBD/jour, réparties en plusieurs prises, sont possibles. Initialement, p.ex. 2,5 mg de CBD 2–3 fois par jour, augmentation lente tous les 2–3 jours en fonction de la tolérance jusqu'à l'effet souhaité, évaluation du traitement en cas d'absence d'effet avec des doses quotidiennes >100–150 mg de CBD.

### Quels sont les autres éléments à prendre en compte ?

Il convient de tenir compte des éventuelles contre-indications, des effets secondaires, des interactions et des informations relatives à la participation au trafic (voir *informations générales pour les professionnels de la santé*).

## Références

# Revue de littérature

Carroll CB et al. Cannabis for dyskinesia in Parkinson disease: a randomized double-blind crossover study. *Neurology*. 2004; 63:1245–50

Chagas MHN et al. Effects of cannabidiol in the treatment of patients with Parkinson's disease: an exploratory double-blind trial. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2014; 28:1088–98.

Chaudhuri KR and Schapira AHV. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic patho-physiology and treatment. *Lancet Neurol*. 2009; 8:464–74

Covey D et al. Endocannabinoid modulation of dopamine neurotransmission. *Neuropharmacology*. 2017; 124:52–61

Feeney MP et al. Weeding through the haze: a survey on cannabis use among people living with Parkinson's disease in the US. *NPJ Park Dis*. 2021; 7:21

Fernández-Ruiz J et al. The endocannabinoid system as a target for the treatment of neuronal damage. *Expert Opin Ther Targets*. 2010; 14:387–404

Fox SH et al. Stimulation of cannabinoid receptors reduces levodopa-induced dyskinesia in the MPTP-lesioned nonhuman primate model of Parkinson's disease. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc*. 2002; 17:1180–7

Frankel JP et al. Marijuana for parkinsonian tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990; 53:436

Howes J, Osgood P. The effect of delta9-tetrahydrocannabinol on the uptake and release of 14C-dopamine from crude striatal synaptosomes; preparations. *Neuropharmacology*. 1974; 13:1109–14

Kalia LV et al. Disease-modifying strategies for Parkinson's disease. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc*. 2015; 30:1442–50

Kelsey JE et al. The CB(1) antagonist rimonabant is adjunctively therapeutic as well as monotherapeutic in an animal model of Parkinson's disease. *Behav Brain Res*. 2009; 203:304–7

Kindred JH et al. Cannabis use in people with Parkinson's disease and Multiple Sclerosis: A web-based investigation. *Complement Ther Med*. 2017; 33:99–104

Leehey MA et al. Safety and tolerability of cannabidiol in Parkinson disease: An open label, dose-escalation study. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2020; 5:326–36

Lotan I et al. Cannabis (medical marijuana) treatment for motor and non-motor symptoms of Parkinson disease: an open-label observational study. *Clin Neuropharmacol*. 2014; 37:41–4

Meschler JP et al. Cannabinoid receptor agonist and antagonist effects on motor function in normal and 1-methyl-4-phenyl-1,2,5,6-tetrahydropyridine (MPTP)-treated non human primates. *Psychopharmacology*. 2001; 156:79–85

Mesnage V et al. Neurokinin B, neurotensin, and cannabinoid receptor antagonists and Parkinson disease. *Clin Neuropharmacol*. 2004; 27:108–10

Peball M et al. Non-motor symptoms in Parkinson's disease are reduced by nabilone. *Ann Neurol.* 2020; 88:712–22

Pertwee RG and Ross RA. Cannabinoid receptors and their ligands. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2002; 66:101–21

Schrag A et al. New clinical trials for nonmotor manifestations of Parkinson's disease. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2015; 30:1490–504

Sieradzan KA et al. Cannabinoids reduce levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease: a pilot study. *Neurology.* 2001; 57:2108–11

Thanabalasingam SJ et al. Cannabis and its derivatives for the use of motor symptoms in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Neurol Disord.* 2021; 14

Urbi B et al. Effects of Cannabis in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Parkinsons Dis.* 2022; 12(2):495-508

Venderová K et al. Survey on cannabis use in Parkinson's disease: subjective improvement of motor symptoms. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2004; 19:1102–6

Yenilmez F et al. Cannabis in Parkinson's disease: The patients' view. *J Park Dis.* 2021; 11:309–21

Zuardi AW et al. Cannabidiol for the treatment of psychosis in Parkinson's disease. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2009; 23:979–83





# SGCM-SSCM

Schweizerische Gesellschaft für Cannabis in der Medizin  
Swiss Society of Cannabis in Medicine  
Société Suisse du Cannabis en Médecine  
Società Svizzera di Cannabis nella Medicina

## Informations :

Société Suisse du Cannabis en Médecine  
Journal : Medical Cannabis and Cannabinoids  
Compte PC : 15-517638-1



[www.sgcm-sscm.ch](http://www.sgcm-sscm.ch)



[info@sgcm-sscm.ch](mailto:info@sgcm-sscm.ch)

## En collaboration avec :



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP  
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità