

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VII

Aprile 2004

numero 4

SEMINARI DEGLI SPECIALIZZANDI

Cannabis e adolescenza: numeri, dipendenza (tra miti e realtà)

Sonia Bertrand, Tania Gerarduzzi, Elena Verucci

*Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofalo, Trieste***Indirizzo per corrispondenza:** getania@libero.it**PARTE PRIMA (MEDICO E BAMBINO - PAGINE ELETTRONICHE - MARZO 2004)****EPIDEMIOLOGIA (OVVERO I NUMERI!)**

Definire le dimensioni del problema non è semplice quanto potrebbe sembrare. Infatti non esistono delle fonti ufficiali

Dati SERT < 25 aa	M	F
Solo Cannabis (n)	642	519
(rispetto ai 1532 consumatori di Cannabis)	41,9%	33,8%
(rispetto a tutti gli utenti SERT)	18,4%	16,2%
Cannabis ed altre droghe (n)	260	111
(rispetto ai 1532 consumatori di Cannabis)	16,9%	7,2%
(rispetto a tutti gli utenti SERT)	7,4%	3,4%

Un sondaggio effettuato dalla rete studentesca attraverso un questionario anonimo nel 1999, somministrato ad un campione di 11.980 studenti di età compresa tra i 14 ed i 20 anni nelle città di Milano, Torino, Trieste, Bolzano, L'Aquila, Siena, Cagliari, Campobasso, Roma, Napoli, Siracusa segnala che il 77,6% del campione ha fumato una canna almeno una volta. Lo stesso sondaggio concorda con i dati del SERT in merito al fatto che l'abuso di Cannabis nel 94% dei casi è isolato. Solleva inoltre un aspetto importante in merito al cosiddetto "pattern of use" e cioè che la maggioranza (38%) degli studenti intervistati fuma canne saltuariamente ovvero non più spesso di una volta l'anno. Un numero discretamente elevato ne fa un uso cronico frequente (una o più volte al giorno nel 13% degli intervistati).

Questi dati permettono di sottolineare come l'abuso di Cannabis sia molto diffuso, quantomeno in termini di uso molto saltuario.

I dati europei a loro volta confermano la dimensione del fenomeno tra gli adolescenti. I dati del 1999 assegnano la leadership alla Gran Bretagna, prima ancora che ai Paesi in cui vi è stata la legalizzazione del consumo di droghe (*Figura 1 e Tabella 2*).

che definiscano realmente quanti soggetti abbiano consumato Cannabis almeno una volta o quanti adolescenti ne stiano facendo uso. Le fonti a disposizione sono comunque numerose ma gravate da bias di selezione [1]. Attualmente la legislazione italiana definisce i cannabinoidi sostanze d'abuso quindi i consumatori di Cannabis sono considerati tossicodipendenti. Di fatto l'uso di Cannabis isolato non determina in molti casi una situazione di dipendenza o comunque una sindrome da astinenza tale da costringere chi ne fa uso a rivolgersi alle strutture deputate quali ad es. il SERT. Questo significa che i dati del SERT sono fortemente sottostimati per quanto riguarda il consumo di Cannabis e raccolgono piuttosto i casi in cui il soggetto è incappato, per varie ragioni, nella rete della polizia oppure i casi di abuso multiplo di sostanze.

Un'occhiata ai dati che il SERT nazionale (*Tabella 1*) ha fornito nel 2001 è comunque utile per verificare l'identikit dell'abusatore di Cannabis tratteggiato dalla letteratura scientifica.

Figura 1. Percentuale di consumo di cannabis negli studenti di 15-16 anni in Europa.

Fonte: Osservatorio Europeo degli stupefacenti e della tossicomania

	1995	1999
Danimarca	17%	24%
Francia	12%	35%
Gran Bretagna	41%	35%
Italia	19%	25%

Anche i dati americani, in particolare quelli di un sondaggio effettuato nel 1999 (*Figura 3*), confermano che l'uso cosiddetto "sperimentale" di Cannabis è estremamente diffuso mentre l'uso abituale è un'eccezione.

Figura 3. I risultati di un sondaggio Nazionale effettuato nel 1999 negli USA sull'uso di Cannabis.

La letteratura scientifica ci propone alcuni studi interessanti per valutare prospetticamente quello che succede ai soggetti che consumano Cannabis. In particolare uno studio [2] su

2446 giovani di età compresa tra i 14 ed i 24 anni e seguiti per più di 3 anni dimostra l'elevata incidenza dell'uso di Cannabis, a fronte solo del 5,5% di abuso inteso come uso abituale e del 2,2% che negli anni dello studio ha sviluppato dipendenza secondo la definizione del DSM IV.

Un dato estremamente interessante deriva dal confronto tra le diverse generazioni studiate: sembrerebbe che le ultime generazioni di adolescenti conoscano la Cannabis più precocemente ed al raggiungimento dei 30 anni la quasi totalità dei soggetti smette di utilizzarla.

Diversi studi sostengono inoltre che nelle ultime generazioni l'abuso di Cannabis si associa all'abuso contemporaneo di altre sostanze. L'ipotesi secondo la quale cominciare a consumare Cannabis precocemente favorisca lo sviluppo successivo di altre sostanze viene espressa dal concetto della "gateway drug". In uno studio neozelandese [3] 1255 bambini venivano seguiti per 21 anni: ben il 70% ha provato almeno una volta la Cannabis, il 26% è risultato dedito ad altre sostanze stupefacenti; tutti questi ultimi soggetti avevano iniziato ad usare per prima la Cannabis e solo successivamente le altre sostanze. Questo problema risulta correlato alla frequenza e alla cronicità dell'uso della Cannabis: i soggetti che hanno consumato Cannabis più di 50 volte in un anno hanno un rischio 59,2 volte maggiore di assumere altre droghe.

Anche un sondaggio del 1997 in Australia [4] sottolinea l'elevata percentuale di soggetti consumatori di Cannabis tra gli alcolisti ed i tabagisti.

Un altro aspetto epidemiologico importante anche se è evidente ancora una volta la mancanza di dati forti, è la relazione tra gli incidenti stradali e l'abuso di Cannabis [5].

L'USO DELLA CANNABIS IN MEDICINA COME TERAPIA: QUALI LE EVIDENZE?

Cannabis come antiemetico post-chemioterapia [6]:

- effetto antiemetico debole ma effetti "collaterali" favorevoli (euforia-sedazione) per cui possibile uso in associazione ai moderni antiemetici
- nabilone (derivato sintetico del 9-THC, tetraidrocannabinolo) registrato per tale uso in GB
- studio pilota sul delta 8-THC (non psicotropo), sembra un valido antiemetico nei bambini con leucemia
- il problema è perché accontentarsi di una sostanza che è meno efficace dei farmaci antiemetici già in uso?

5-10 mg di THC 3-4 volte/die cominciando circa 6 ore prima dell'inizio della chemio.

Cannabis nell'AIDS in fase terminale [7]:

- per la stimolazione dell'appetito il Dronabinol è registrato dalla FDA; sembra in grado di inibire la produzione di TNF correlata alla cachessia
- si ipotizza di utilizzarla in terapia per i potenziali effetti ansiolitici, ipnoinduttori e antidepressivi

2,5 mg x 2/die di THC.

Cannabis come analgesico [8]:

- cannabinoidi non sono efficaci quanto la codeina nel controllo del dolore e gli effetti avversi sono tali da limitarne l'uso

5-50 mg/die di THC.

Cannabis nel glaucoma [9]:

- esistono recettori CB1 nel corpo ciliare; l'uso topico dell'agonista sintetico CB1 diminuisce la pressione intraoculare nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali

Altre indicazioni della Cannabis sono sperimentali: effetto immunomodulante (inibisce la risposta Th1 a favore di Th2, con riduzione di IL2 e aumento di IL10 e TGF beta), effetto neuroprotettivo (in trauma cranico, Parkinson, Alzheimer, Corea di Huntington), trattamento sintomatico del dolore e della spasticità muscolare nella sclerosi multipla, effetto broncodilatatore, effetto anti-ipertensivo, effetti anti-arteriosclerotico.

La modalità di assunzione per l'uso medico della Cannabis prevede la possibilità di somministrazione per via orale (con l'assunzione per via orale una parte dei principi attivi è inattivata dal fegato, l'effetto è ritardato e non idoneo per il trattamento di nausea e vomito), sublinguale, transdermico e per via inalatoria (con vaporizzatori elettrici che eliminano gli effetti collaterali dovuti al fumo e riducono al minimo la porzione di THC che viene distrutta dalla combustione).

CONCLUSIONI

- Esistono i cannabinoidi endogeni ed i recettori CB1 e CB2; servono come modulatori presinaptici di stimoli sia inibitori che stimolatori
- Il rapporto tra la Cannabis esogena ed i cannabinoidi endogeni è confuso
- Non esistono dati attendibili sulla reale diffusione della cannabis tra gli adolescenti
- I dati clinici a disposizione sembrano dimostrare che la Cannabis per un uso in cronico non è innocua ed in particolare tra gli adolescenti l'uso è potenzialmente gravato da rischi
- Anche l'uso medico è controverso

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

- Chabrol H. Cannabis use in adolescents. *Ital J Pediatr* 2003;29:173-177.
- von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hofler M, Sonntag H, Wittchen HU. The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:347-61.
- Fergusson DM, Horwood LJ. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction* 2000;95:505-20.
- Degenhardt L, Hall W. Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:7-13.
- Brookoff D, Cook CS, Williams C, Mann CS. Testing reckless drivers for cocaine and marijuana. *N Engl J Med* 1994;331:518-22.
- Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001;323:16-21.

Beal JE, Olson R, Lefkowitz L, Laubenstein L, Bellman P, Yangco B, Morales JO, Murphy R, Powderly W, Plasse TF, Mosdell KW, Shepard KV. Long-term efficacy and safety of dronabinol for acquired immunodeficiency syndrome-associated anorexia. *J Pain Symptom Manage* 1997;14:7-14.

Rice AS. Cannabinoids and pain. *Curr Opin Investig Drugs* 2001;2:399-414.

Porcella A, Maxia C, Gessa GL, Pani L. The synthetic cannabinoid WIN55212-2 decreases the intraocular pressure in human glaucoma resistant to conventional therapies. *Eur J Neurosci* 2001;13:409-12.