

Dans l'analyse primaire sur l'utilisation récente du cannabis évaluée sous la forme d'un paramètre binaire, des antécédents d'un IM ont été signalés par 61 utilisateurs de cannabis sur 4610 (1,3 %) et par 240 non-utilisateurs sur 28563 (0,8 %) (différence du risque 0,5 %, IC à 95 % : 0,2 à 0,8 %; RC non ajusté 1,92; IC à 95 % : 1,11 à 3,34; RC ajusté 2,07; IC à 95 % : 1,12 à 3,82). **Le lien entre la consommation récente de cannabis et l'IM a été d'une ampleur semblable à celle des liens observés entre l'IM et le tabagisme actif (RC ajusté 2,56; IC à 95 % : 1,56 à 4,21) ou le tabagisme actif sans fumée (RC ajusté 1,88; IC à 95 % : 1,00 à 3,50).**

Le cannabis inhalé (combustible), comme principal mode de consommation, a été associé à un risque plus élevé d'antécédents d'IM par rapport à sa non-utilisation (RC ajusté 2,01; IC à 95 % : 1,02 à 3,98). Un risque plus élevé d'antécédents d'IM a été observé avec la vaporisation (RC ajustée 2,26; IC à 95 % : 0,58 à 8,82) et la consommation de produits comestibles (RC ajusté 2,36; IC à 95 % : 0,81 à 6,88) comparativement à la non-utilisation du cannabis; toutefois, les différences n'ont pas été jugées statistiquement significatives.

Le lien entre l'utilisation récente de cannabis et le risque accru d'antécédents d'IM, par rapport à la non-utilisation, est resté constant après avoir tenu compte également de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie (RC ajusté 3,54; IC à 95 % : 1,13 à 11,05).

L'étude a trouvé les preuves d'un lien entre l'utilisation récente de cannabis et un risque accru d'antécédents d'IM dans une population généralisable de jeunes adultes. Ce lien s'est révélé plus fort chez les grands utilisateurs de cannabis. Les analyses des variables de confusion ont révélé que la prévalence de l'utilisation de la cocaïne (comme variable de confusion non mesurée) devrait être d'une ampleur invraisemblable pour invalider l'hypothèse du lien entre l'utilisation du cannabis et les antécédents d'IM.

Même si les auteurs ont analysé un échantillon national représentatif, incluant des données granulaires sur la consommation du cannabis et la capacité de faire des ajustements pour tenir compte de plusieurs variables de confusion importantes, le caractère transversal de l'enquête BRFSS les a privés de données sur le lien temporel entre le début de l'utilisation du cannabis et le déclenchement de l'IM. Les auteurs ont été incapables de faire la distinction entre les participants qui ont commencé à utiliser du cannabis avant ou après leur IM. Toutefois, la vraisemblance du lien qu'ils ont établi est étayée par un lien similaire entre l'utilisation récente du cannabis et l'AVC dans le même ensemble de données. En outre, il est peu probable que l'IM ait conduit à l'utilisation du cannabis (effet causal inverse) et le risque élevé observé chez les plus grands utilisateurs pourrait prouver l'existence d'un gradient biologique pour ce lien. Indépendamment de cela, les professionnels de la santé doivent être au courant qu'il existe un lien entre l'utilisation récente de cannabis et les antécédents d'IM.

La bonne réponse est 1.

Référence : Ladha KS, Mistry N, Wijeyesundera DN, Clarke H, Verma S, Hare GMT, Mazer CD. Usage récent de cannabis et infarctus du myocarde chez de jeunes adultes : étude transversale. *JAMC*. Le 28 mars 2022;194(12):E464-E472.

PMID : 34493564 Lien : <https://www.cmaj.ca/content/194/12/E464>

Q3 Surveillance de la tension artérielle à domicile

Lequel des énoncés suivants sur la surveillance de la tension artérielle à domicile est *faux* ?

- 1. Elle est moins sensible pour poser un diagnostic d'hypertension que les mesures de la tension artérielle prises en cabinet médical.
- 2. Les mesures du premier jour ont tendance à être plus élevées que les mesures subséquentes.
- 3. Elle peut permettre de détecter l'hypertension masquée.
- 4. Aucun autre ajustement posologique n'est recommandé si la tension artérielle mesurée à domicile atteint les valeurs cibles, même si les mesures sont élevées au bureau du médecin.