



Reconnaissance et prise en charge de l'hypertension par le personnel infirmier : Il est essentiel d'agir auprès des diabétiques

Dorothy Morris, inf., MA, CCN(C), Donna McLean, inf., MN, IP, PhD (étudiante),
Jo-Anne Costello, inf., MScN, IP, et Lyne Cloutier, inf., PhD

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), la Société canadienne d'hypertension artérielle, Pression Artérielle Canada, l'Association canadienne du diabète, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada, la Fondation des maladies du cœur du Canada et le Conseil canadien des infirmières et infirmiers en soins cardiovasculaires ont lancé un appel récemment à tous les professionnels de la santé du Canada afin de leur demander de redoubler d'efforts pour aider les patients diabétiques à maintenir leur tension artérielle aux valeurs cibles (Campbell et al., 2009b). La tension artérielle (TA) systolique d'une personne diabétique devrait être inférieure à 130 mmHg et la TA diastolique, inférieure à 80 mmHg (PECH, 2009). Étant donné que l'identification et le traitement de l'hypertension artérielle chez les diabétiques peut réduire l'incapacité et les décès, le contrôle de l'hypertension doit devenir une priorité interdisciplinaire. Les changements dans le mode de vie constituent la pierre angulaire d'un traitement visant à maintenir la TA à moins de 130/80 mmHg; néanmoins, il arrive souvent qu'au moins 2 antihypertenseurs soient nécessaires (Campbell et al., 2009a). Malgré leur coût, les nombreux médicaments requis pour maîtriser la TA des diabétiques sont un des quelques traitements perçus comme pouvant réduire les coûts globaux des soins de santé et les complications

cardiovasculaires associées au diabète (Gillies, Abrams et Lambert, 2007). Les infirmières sont des partenaires essentiels pour évaluer les diabétiques, et tous les patients hypertendus, et les aider à réduire le risque global de complications cardiovasculaires (Jayasinghe, 2009; McLean et al., 2008). Elles sont aussi des praticiennes clés lors de l'évaluation des difficultés qu'ont les patients à se conformer au mode de vie ou à la pharmacothérapie et lors du suivi (Jayasinghe, 2009; McLean et al., 2008). Il est recommandé d'individualiser le counseling sur le mode de vie et de modifier le traitement de manière à maintenir la TA cible et à traiter la dysglycémie, la dyslipidémie, le tabagisme ou tout autre facteur de risque cardiovasculaire chez la personne diabétique.

Adresse de correspondance : Dorothy Morris, RN, MA, CCN(C), Clinical Nurse Educator, Cardiac and Vascular Surgery, Vancouver Island Health Authority (Royal Jubilee Hospital). Cardiovascular Unit, D & T Building, Royal Jubilee Hospital, 1952 Bay St., Victoria, C.-B. V8R 1J8. Téléphone : 250-370-8606. Télécopieur : 250-370-8885 : Courriel : dorothy.morris@viha.ca

Mots clés : hypertension, diabète, sodium, obésité

L'association du diabète et de l'hypertension augmente le risque de complications cardiovasculaires

L'hypertension artérielle (HTA) occupe le premier rang mondial parmi les facteurs de risque de décès par maladie cardiovasculaire (MCV) et le deuxième rang parmi les causes d'incapacité; elle est également le motif le plus courant de consultation au cabinet du médecin au Canada (Ezzati, Lopez, Rodgers et al., 2002; He et MacGregor, 2008). À l'échelle mondiale, 49 % des maladies coronariennes et 62 % des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont attribuables à une tension artérielle élevée (He et MacGregor, 2008). L'HTA est un trouble multifactoriel qui peut être dû, entre autres, à des facteurs génétiques ou liés au mode de vie. Le quart des Canadiens d'âge adulte ont une TA élevée, et plus de 90 % feront de l'hypertension s'ils ont une durée de vie moyenne; cette situation

s'explique en grande partie par les choix de mode de vie, y compris le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, la consommation excessive de sel, le manque d'activité physique ou l'obésité (Geleijnse, Grobbee et Kok, 2005; He et MacGregor, 2008). Quant au diabète, il touche approximativement 150 millions de personnes dans le monde entier; au Canada, 1,8 million d'adultes en sont atteints, soit 5,5 % de la population (Association canadienne du diabète, 2008). Les définitions actuelles de l'HTA et du diabète sont présentées au tableau 1. Dans le cas des personnes diabétiques, l'HTA représente un risque énorme pour la santé et ses complications sont

Réponses

Réponses des questions aux page 12.

1.c. - 2.a. - 3.a. - 4.a. - 5.a. - 6.b. - 7.a. - 8.c.

dévastatrices. Jusqu'à 80 % des diabétiques succombent à des complications cardiovasculaires; en outre, 75 % des complications cardiovasculaires spécifiques, y compris l'AVC ou l'insuffisance rénale au stade terminal, sont causées par l'HTA (Sowers, Epstein et Frohlich, 2001). La majorité des personnes diabétiques sont hypertendues ou le deviendront, et 17 % des personnes dont la TA est de 140/90 ou plus ont un diagnostic de diabète (Leenen, Dumais et McInnis, 2008). Parmi les diabétiques hypertendus, moins de 1 personne sur 8 a une tension artérielle adéquatement maîtrisée (McLean, Simpson, McAlister et al., 2006). Les mauvais choix relatifs au mode de vie ayant mené à l'HTA sont les mêmes qui alourdissent le fardeau de la maladie en menant principalement au diabète de type 2; des facteurs additionnels du risque cardiovasculaire, telle la dyslipidémie, ont également tendance à être présents (Khan, Chockalingam et Campbell, 2002).

Il a été démontré qu'une baisse de la TA réduit l'incapacité et les décès chez les personnes atteintes à la fois d'HTA et de diabète (Anderson, Arima et Belmans, 2005; Campbell et al., 2009b; Gerstein, Yusuf et Mann, 2000; Hansson, Zanchetti et Carson, 1998). Selon les recommandations de 2009 du PECH concernant les diabétiques, la TA systolique cible devrait être inférieure à 130 mmHg et la TA diastolique, inférieure à 80 mmHg. Malgré ces faits reconnus, une étude récente menée en Ontario a révélé que les deux tiers des Canadiens diabétiques hypertendus ont une HTA non maîtrisée (Leenen et al., 2008). Même s'il a été démontré qu'une réduction agressive de la TA chez les diabétiques réduit le risque de complication cardiovasculaire et de décès, la maîtrise de la TA des diabétiques est loin d'être optimale. De surcroît, la

situation à cet égard est peut-être encore pire à l'échelle du Canada. En effet, seulement les deux tiers environ des personnes atteintes de diabète ont reçu un tel diagnostic; on peut donc penser que ces personnes dont le diabète n'est pas diagnostiqué ont peut-être aussi une TA mal équilibrée (McLean et al., 2006).

Les infirmières, des partenaires essentiels pour aider les patients à changer leur mode de vie et à devenir plus efficaces dans la prise en charge de leur tension artérielle

Les infirmières soignantes et les infirmières praticiennes occupent une position stratégique qui leur permet de donner un enseignement efficace tant au patient qu'au grand public, dans le but d'aider les individus à agir sur les facteurs de risque, y compris en réduisant la consommation de sodium afin d'abaisser la TA (tableau 2). Les infirmières ont une influence positive sur les patients, en les aidant à comprendre pourquoi il leur faudrait plus de 2 antihypertenseurs différents—qu'il s'agisse d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA), d'un bêtabloquant, d'un bloqueur des canaux calciques (BCC) ou d'un diurétique—pour maintenir leur TA à des valeurs cibles (Anderson et al., 2005; Jayasinghe, 2009; McLean et al., 2008; Yusuf, Teo et Progue, 2008). Les infirmières peuvent aussi aider le patient à comprendre pourquoi il lui faudrait des médicaments tels qu'un hypolipidémiant ou un antiplaquettaire, en plus des hypoglycémiant, pour réduire son risque global de complications cardiovasculaires. Caractérisées par leur professionnalisme, leurs connaissances, leurs compétences et leur bienveillance ainsi que par leur présence dans des contextes cliniques multiples et diversifiés, les infirmières peuvent contribuer à la prise en charge de l'HTA par les patients et de l'HTA chez les diabétiques, de manière à permettre l'atteinte et le maintien des valeurs tensionnelles cibles (PECH 2009; Jayasinghe, 2009; McLean et al., 2008). Les interventions réalisées par des infirmières ou d'autres professionnels de la santé peuvent augmenter la probabilité que le patient fera des changements durables dans son mode de vie et que les démarches interdisciplinaires globales, y compris la pharmacothérapie, seront plus efficaces (Gillies et al., 2007; Jayasinghe, 2009; McLean et al., 2008; Naik, Isaac, Street et al., 2007). Les infirmières peuvent participer à tous les stades de la prise en charge de l'HTA, à partir de la prévention et du dépistage précoce jusqu'au traitement et à la prise en charge, dans divers contextes cliniques. Voici quelques exemples pertinents de mesures simples qui peuvent réellement faire une différence : la mesure de la TA lors de chaque occasion possible afin de dépister une TA élevée; le suivi pour assurer une mesure correcte de la TA; l'enseignement de la mesure de la TA à domicile pour accroître l'efficacité des autosoins. Enfin, les infirmières sont idéalement placées pour promouvoir

Tableau 1. Définition du diabète et de l'hypertension artérielle en présence de diabète

	Définition
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Glycémie à jeun = 7 mmol/L, ou • Glycémie au hasard $\geq 11,1$ mmol/L accompagnée de symptômes de diabète, ou • Glycémie 2 h après le repas $\geq 11,1$ mmol/L.
Hypertension artérielle chez la personne diabétique	TA systolique ≥ 130 mmHg ou TA diastolique ≥ 80 mmHg
<i>Données provenant du PECH (2009) et des Lignes directrices de pratique clinique (2008) pour la prévention et le traitement du diabète au Canada publiées par l'Association canadienne du diabète. Réimpression autorisée par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (2009).</i>	

une volonté politique de faire pression sur les fabricants de produits alimentaires et le gouvernement, dans le but de réduire le sodium contenu dans les boissons et les aliments produits au Canada (He et MacGregor, 2008).

Réduction du risque cardiovasculaire global chez les personnes atteintes de diabète

Une TA élevée représente un risque majeur pour la santé du diabétique. En effet, jusqu'à 75 % des complications cardiovasculaires liées au diabète ont été attribuées à l'hypertension artérielle (Sowers et al., 2001). Il est possible d'abaisser la TA et de réduire l'hyperglycémie au moyen d'interventions touchant le mode de vie, par exemple l'adoption d'un régime alimentaire sain, une consommation d'alcool associée à un faible risque, la réduction du sodium alimentaire et, pour certaines personnes, la diminution du stress (tableau 2). L'étude sur la prévention du diabète (*Diabetes Prevention Trial*) a démontré qu'une réduction de 5 à 10 % du poids corporel, grâce à des changements dans le mode de vie, peut améliorer considérablement l'équilibre glycémique et tensionnel, en plus de corriger la dyslipidémie (Knowles, Barrett-Conner et Fowler, 2002). Selon la même étude, l'adoption de mesures agressives touchant le mode de vie a réduit de 58 % l'évolution vers le diabète de type 2, comparativement à 38 % pour la prise de metformine. Reisin et Jack (2009) ont rapporté qu'une perte de poids de 10 kg réduit la TA systolique de 5 à 20 mmHg, un résultat comparable à celui obtenu avec la prise de l'antihypertenseur.

Le simple fait de passer à un régime restreint en sodium (2300 mg) peut abaisser la TA systolique de 5 mmHg et donc procurer une réduction importante du risque (CHEP, 2009). Le PECH (2009) recommande de suivre le régime DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) pour réduire l'apport de sodium et maintenir un taux de potassium normal.

Le tabagisme est un autre facteur de risque du diabète (Willi, Bodenmann, Ghali et al., 2007). L'abandon du tabac se révèle donc une première étape évidente pour changer le mode de vie parce que cette mesure réduit la mortalité de près de 20 % (Anthonisen et al., 2007). Une activité physique d'intensité modérée pendant 30 à 60 minutes, de 4 à 7 jours par semaine, est associée à une réduction de la tension artérielle, du diabète de type 2, des événements cardiovasculaires et de la mortalité toutes causes (PECH, 2009), indépendamment d'autres facteurs.

La réduction du risque global, à l'aide d'un programme complet englobant le mode de vie et la pharmacothérapie afin d'agir sur de nombreux facteurs de risque, a réduit la mortalité générale de 40 % (Gaede, Lund-Andersen, Parving et al., 2008). Les infirmières jouent un rôle clé dans la démarche interdisciplinaire visant à aider les patients à changer leur mode de vie et à se conformer à leur traitement médicamenteux.

Le perfectionnement en soins infirmiers renseigne les infirmières sur les concepts de l'enseignement aux adultes, des étapes du changement et de la volonté de changer ainsi que sur les modèles de prise en charge par les patients. Munies de cette information, les infirmières sont en mesure d'encourager le patient à fixer des objectifs individuels réalistes quant aux changements dans son mode de vie et à vérifier s'il réussit à l'aide de moyens tels que la surveillance de la TA à domicile, semblable à la surveillance de la glycémie à domicile. Les interventions touchant le mode de vie constituent la pierre angulaire de la prise en charge tant de l'hypertension artérielle que du diabète. On peut prévenir l'hypertension et le diabète de type 2 par l'éducation, l'établissement d'objectifs individuels réalistes et la

Tableau 2. Changements dans le mode de vie pour réduire le risque de complications cardiovasculaires liées à la tension artérielle chez la personne hypertendue

1. Régime alimentaire sain : riche en fruits et en légumes frais, en produits laitiers à faible teneur en gras, en fibres alimentaires solubles, en céréales à grains entiers et en protéines d'origine végétale; pauvre en gras saturés, en cholestérol et en sel, conformément aux recommandations contenues dans le Guide alimentaire canadien.
2. Pratique régulière d'une activité physique : total de 30 à 60 minutes d'une activité physique dynamique d'intensité modérée, de 4 à 7 fois par semaine, en plus des activités quotidiennes.
3. Consommation d'alcool à faible risque (≤ 2 consommations régulières par jour; hommes : < 14 verres par semaine; femmes : < 9 verres par semaine). Une consommation régulière équivaut à 1 verre de vin (142 mL [5 oz] d'alcool à 12 %), 1 bière (341 mL [12 oz] d'alcool à 5 %) ou 1 verre de spiritueux (43 ml [1,5 oz] d'alcool à 40 %).
4. Atteinte et maintien d'un poids idéal (IMC [kg/m^2] : 18,5–24,9).
5. Tour de taille :
Origine : caucasienne
 < 102 cm pour les hommes
 < 88 cm pour les femmes
Origine : sud-asiatique, japonaise, chinoise
 < 90 cm pour les hommes
 < 80 cm pour les femmes
6. Réduction de la consommation de sodium à moins de 2300 mg par jour
7. Milieu sans fumée
8. Dans les cas où le stress pourrait contribuer à la hausse de la tension artérielle, on devrait envisager des mesures de gestion du stress.

Réimpression autorisée par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (2009).

reconnaissance des obstacles au changement. En redoublant d'efforts, les infirmières peuvent contribuer considérablement au succès d'une prise en charge interdisciplinaire de l'HTA et à la réduction globale des facteurs de risque auxquels sont exposés les diabétiques. Cet apport réduira les complications cardiovasculaires qui sont dévastatrices pour cette population, soit l'insuffisance rénale, la maladie oculaire, l'amputation, l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral.

Programme éducatif canadien sur l'hypertension—Un appel à l'action pour les personnes atteintes de diabète : Viser une tension artérielle inférieure à 130/80 mmHg

Les recommandations du PECH fournissent de l'information valide et précise, fondée sur les résultats de la recherche, que les infirmières peuvent utiliser pour prendre des décisions concernant les options et les démarches éducatives destinées au patient, tout en tenant compte des besoins et des préférences des groupes. En outre, ces recommandations contribuent à la manière dont les infirmières perçoivent l'hypertension et le diabète, et prennent en charge l'hypertension dans les populations qu'elles desservent, en plus d'élargir leur perspective à ces égards.

Les points suivants font partie des recommandations du PECH (2009) et des messages clés d'appel à l'action auprès des diabétiques :

1. Mesurez la pression artérielle lors de chaque consultation qui s'y prête.
2. Encouragez les patients hypertendus à utiliser un appareil approuvé ainsi qu'une technique correcte pour mesurer leur pression artérielle à domicile.
3. Faites le dépistage du diabète chez les hypertendus et le dépistage de l'hypertension chez les diabétiques. En présence de diabète, traitez l'hypertension en alliant la modification des habitudes de vie à la pharmacothérapie afin d'atteindre des cibles tensionnelles inférieures à 130/80 mmHg. Dans bien des cas, il faut utiliser au moins 3 antihypertenseurs, y compris des diurétiques, pour atteindre les cibles tensionnelles.

4. Évaluez et traitez le risque cardiovasculaire global chez tous les patients hypertendus, y compris dans les cas de tabagisme, de dyslipidémie, de dysglycémie, d'obésité abdominale, de mauvaises habitudes alimentaires et de sédentarité.
5. La modification des habitudes de vie et le maintien d'un mode de vie sain constituent la pierre angulaire de la prévention et de la prise en charge de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires. Les changements agressifs et individualisés dans les habitudes de vie permettent de prévenir et de traiter l'hypertension, la dysglycémie et d'autres risques vasculaires.
6. Traitez jusqu'au but (< 140/90 mmHg dans la plupart des cas; < 130/80 mmHg en présence de diabète ou de néphropathie chronique). L'atteinte des cibles tensionnelles nécessite habituellement la prise d'au moins 2 médicaments.
7. L'éducation sur la prise en charge est encouragée, y compris la mesure de la tension artérielle à domicile.
8. Dans les cas où le stress pourrait contribuer à une élévation de la TA, on devrait envisager le recours à des techniques de gestion du stress. ♥

Réimpression autorisée par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (2009).

Au sujet des auteurs

Dorothy Morris, inf., MA, CCN(C), Infirmière clinicienne enseignante en chirurgie cardiaque et vasculaire, Vancouver Island Health Authority (Royal Jubilee Hospital), Victoria, Colombie-Britannique.

Donna McLean, inf., MN, IP, Ph.D.(étudiante), Infirmière praticienne, Mazankowski Alberta Heart Institute, Edmonton, Alberta, Université de l'Alberta, Département des sciences infirmières, Edmonton, Alberta, Misericordia Hospital, Edmonton, Alberta.

Jo-Anne Costello, inf. aut., MScN, IP, Infirmière praticienne en chef, Guelph Family Health Team, Chef, Get FHT program, Guelph, Ontario.

Lyne Cloutier, inf. aut., Ph.D., Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Références

- Anderson, C., Arima, H., et Belmans, A. (2005). Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1410–1419.
- Anthonisen, N.R., Skeans, M.A., Wise, R.A., et al. (2005). The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: A randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 142, 233–239.
- Association canadienne du diabète. (2008). Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32, S1–S201.
- Campbell, N.R., Brant, R., Johansen, H., et al. (2009a). Increases in antihypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. *Hypertension*, 53, 128–134.
- Campbell, N.R., Leiter, L.A., Larochelle, P., et al. (2009b). Hypertension in diabetes: A call to action. *Canadian Journal of Cardiology*, 25, 299–302.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., et Murray, C. (2002). Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360, 1347–1360.
- Gaede, P., Lund-Andersen, H., Parving, H.H., et Pedersen, O. (2008). Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 358, 580–591.

- Geleijnse, J.M., Grobbee D.E., et Kok, F.J. (2005). Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *Journal of Human Hypertension*, 19, S1-S4.
- Gerstein, H.C., Yusuf, S., et Mann, J.F.E. (2000). Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: Results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet*, 355, 253-259.
- Gillies, C.L., Abrams, K.R., et Lambert, P.C. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 334, 299-307.
- Hansson, L., Zanchetti, A., et Carson, D.S. (1998). Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet*, 351, 1755-1762.
- He, F.J., et MacGregor, G.A. (2008). A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of Human Hypertension*, 23, 1-22.
- Jayasinghe, J. (2009). Non-adherence in the hypertensive patient: Can nursing play a role in assessing and improving compliance? *The Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 7-9.
- Khan, N., Chockalingam, A., et Campbell, N.R.C. (2002). Lack of control of high blood pressure and treatment recommendations in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*, 18, 657-661.
- Knowles, W.C., Barrett-Conner, E., et Fowler, S.E. (2002). Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
- Leenen, F.H., Dumais, J., et McInnis, N.H. (2008). Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *Canadian Association Medical Journal*, 178, 1441-1449.
- McLean, D.M., McAlister, F.A., Johnson, J.A., King, K.M., Makowsky, M.J., Jones, C.A., et al. (2008). A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 168, 2355-2361.
- McLean, D.M., Simpson, S.H., McAlister, F.A., & Tsuyuki, R.T. (2006). Treatment and blood pressure control in 47,964 people with diabetes and hypertension: A systematic review of observational studies. *Canadian Journal of Cardiology*, 22, 855-860.
- Naik, A.D., Isaac, T.T., Street, R.L., et Kunik, M.E. (2007). Understanding the quality chasm for hypertension control in diabetes: A structured review of "co-manuevers" used in clinical trials. *Journal of American Board of Family Medicine*, 20, 469-478.
- Reisin, E., et Jack, A.V. (2009). Obesity and hypertension: Mechanisms, cardio-renal consequences, and therapeutic approaches. *Medical Clinics of North America*, 93, 733-751.
- Société canadienne d'hypertension artérielle. (2009). Recommandations du PECH pour la prise en charge de l'hypertension en 2009. Mise à jour annuelle du sommaire scientifique. *Canadian Journal of Cardiology*, 25, 271-277.
- Sowers, J.R., Epstein, M., et Frohlich, E.D. (2001). Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: An update. *Hypertension*, 37, 1053-1059.
- Willi, C., Bodenmann, P., Ghali, W.A., Faris, P.D., et Cornuz, J. (2007). Active smoking and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 298, 2654-2664.
- Yusuf, S., Teo, K.K., et Progue, J. (2008). Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *New England Journal of Medicine*, 358, 1547-1559.

Questions sur la pratique clinique



- Selon une enquête ontarienne menée en 2008 et publiée dans le **Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)**, la proportion de Canadiens hypertendus et diabétiques dont la tension artérielle n'est pas maîtrisée est de :
 - 1 sur 4
 - 1 sur 3
 - 2 sur 3
 - 1 sur 2
- Entre 60 et 80 % des personnes atteintes de diabète meurent de complications cardiovasculaires.
 - vrai
 - faux
- Chez les diabétiques, jusqu'à 75 % des complications cardiovasculaires, telles que l'accident vasculaire cérébral ou l'insuffisance rénale au stade terminal, sont attribuables à l'hypertension.
 - vrai
 - faux
- Lorsque les changements dans le mode de vie constituent la pierre angulaire de l'intervention thérapeutique, il devient possible de prévenir ou de prendre en charge l'hypertension et le diabète de type 2.
 - vrai
 - faux
- Pour la plupart des personnes hypertendues, la TA cible devrait être :
 - inférieure à 140/90
 - inférieure à 130/80
 - inférieure à 150/90
- Pour la majorité des personnes hypertendues, l'apport maximal en sodium devrait être :
 - inférieur à 3200 mg par jour
 - inférieur à 2300 mg par jour
 - inférieur à 1800 mg par jour
- À l'échelle mondiale, l'hypertension est responsable de 62 % des accidents vasculaires cérébraux et de 49 % des cas de maladie coronarienne.
 - vrai
 - faux
- Il a été démontré que la tension artérielle systolique peut être réduite de 5 à 20 mmHg grâce à une perte de poids de :
 - 3 kg
 - 5 kg
 - 10 kg