

Diagnostiquer ,prévenir et traiter l'hypotension orthostatique



Absence de conflit d'intérêt

8^{ème} Journée de cardiologie du 9 Juin 2016

Épidémiologie

- L'hypotension orthostatique (hO) touche 7% de la population générale
- Sa prévalence augmente avec l'âge (**16% des personnes de plus de 65 ans**), l'institutionnalisation, les traitements (antihypertenseurs, psychotropes...) et la polypathologie.
- L'hO augmente le risque de chute et est un facteur de morbi-mortalité totale et cardio-vasculaire.
- conséquences économiques et sociales importantes.

Définition et diagnostic

- **Definition de L' hO:** diminution de la pression artérielle (PA) systolique d'au moins 20 mm Hg et/ou de la PA diastolique d'au moins 10 mm Hg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout.
- L'hO peut être **symptomatique ou non**.
- **Comment on la mesure:** La PA et la fréquence cardiaque sont mesurées en position couchée après une période de repos d'au moins 5 minutes à température ambiante, vessie vide. Le patient se lève, la PA et la fréquence cardiaque sont mesurées à une et trois minutes. Le diagnostic est retenu si la baisse tensionnelle est enregistrée dans les 3 minutes. En cas de suspicion d'hO mais d'épreuve négative, il est recommandé de répéter cette recherche à des jours et/ou des horaires différents.
- **Questions:** **qui le fait vraiment avec ce protocole ?** est ce **adapté à la réalité d'exercice** de la médecine générale?

Population cible

- Il est recommandé de rechercher systématiquement une hO chez les hypertendus, les personnes âgées de plus de 65 ans, les patients sous antihypertenseurs, les patients diabétiques, insuffisants rénaux ou avec une maladie de Parkinson, les sujets avec troubles cognitifs, les patients dénutris, déshydratés.
- Par ailleurs, une hO doit être recherchée chez tous les sujets ayant une symptomatologie pouvant la faire suspecter (perte de connaissance, lipothymie, vertige, chute, fatigue, trouble visuel...).
- **La population cible est très (trop?) large dans la vraie vie!!!comment faites-vous?**

Les cause de l'hypotension orthostatique

hO secondaires	hO neurogènes	hO neurogènes
Médicamenteuses Antihypertenseurs Psychotropes Vasodilatateurs Antiparkinsoniens Anticholinergiques Opiacés Hypovolémie Déshydratation Régime désodé Dénutrition Anémie Insuffisance minéralo-corticoïde Insuffisance veineuse	Maladie de Parkinson Démence à corps de Lewy AMS (atrophie multisystématisée, ex syndrome de Shy-Drager) Amyloses Dysautonomie progressive isolée Dysautonomies familiales Déficit dopamine bêta-hydroxylase Insuffisance du baroréflexe	Diabète Néoplasie Insuffisance rénale Carence en vitamines B Inflammatoires : - Guillain-Barré - SEP - Myélites Traumatiques : - Lésions spinales - Sympathectomies - Chirurgie du cou Infectieuses : - VIH - Lyme

comment identifier l'hO secondaire

- ***systematiquement rechercher une cause iatrogène***: antihypertenseurs, psychotropes, antiparkinsoniens, vasodilatateurs, anticholinergiques, opiacés.
- ***systematiquement rechercher une hypovolémie ou une déshydratation*** (diarrhée, vomissements, exposition à la chaleur, fièvre, régime désodé, anémie, dénutrition, insuffisance veineuse). **L'hypovolémie peut être suspectée devant l'accélération de plus de 20 bpm de la fréquence cardiaque en position debout.**

Que faire devant un hO secondaire

En cas d'hO secondaire, la prise en charge repose sur l'éviction ou le traitement de la cause :

- **En cas d'origine médicamenteuse, réviser le traitement** avec selon les cas : un arrêt, un changement de classe, un changement de dose ou d'horaire.
- **En cas d'origine non médicamenteuse:** corriger l'hypovolémie ou la déshydratation.
- **En cas d'hypertension nocturne:** prescrire un antihypertenseur de courte durée d'action (et non la forme à libération prolongée)

Comment identifier l'hO neurogène

- une *hO d'origine neurogène liée à un dysfonctionnement du système nerveux autonome, peut être suspectée devant les éléments suivants*: syndrome extrapyramidal, anomalies de la glycémie, troubles du transit, anomalie de la sudation, dysfonction érectile, troubles mictionnels, troubles de la vue, syndrome sec.
- L'hO neurogène est habituellement **associée à une absence d'augmentation de la fréquence** cardiaque à l'orthostatisme.
- Le dépistage d'une dysautonomie peut nécessiter la réalisation d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA) (à la recherche de PA basses au lever et au décours des repas, d'une absence de baisse nocturne de la PA ou d'une HTA de décubitus, d'une variabilité tensionnelle exagérée).

Prise en charge non pharmacologique

- Eliminer les médicaments déclenchant ou aggravant l'hO
- Augmenter la prise hydrique et la ration en sel
- Eviter le lever rapide ou la station debout prolongée
- Eviter l'exposition aux températures élevées ou la prise de boissons alcoolisées
- Surélever la tête du plan lit (10°)
- Maintenir l'activité physique
- Utiliser une contention des membres inférieurs (au moins classe 2) ou abdominale
- Absorption d'eau avant le repas (400 ml) si hO postprandiale, (pas facile chez les personnes âgées)

Conseils aux patients lors de l'apparition des symptômes orthostatiques

- **Contraction isométrique :**
 - serrer fortement une petite balle dans sa main
 - **Agripper ses deux mains** devant le sternum et les écarter vigoureusement
- **Augmentation du retour veineux :**
 - Incliner le buste en avant (faire semblant de lacer sa chaussure)
 - Croiser les pieds et serrer les jambes
 - **Piétiner**
 - S'accroupir
- **Activation du réflexe gastro-sympathique :**
 - Boire un grand verre d'eau

Interventions pharmacologiques

- ***Il est recommandé de recourir à un traitement pharmacologique uniquement pour les hO symptomatiques d'origine neurogène***
 - évaluation préalable de la balance bénéfique / risque .
 - objectif: diminution de l'intensité/fréquence des symptômes posturaux associés à la réduction de la chute tensionnelle lors du lever .
 - Deux molécules sont principalement utilisées : la **midodrine**(avec AMM) et la **fludrocortisone** (hors AMM). L'instauration du traitement doit être progressive sous surveillance tensionnelle (éventuellement automesure) afin de dépister une hypertension sévère.
- **Précautions d'emploi:**
 - - Une répartition des prises de midodrine dans la journée est nécessaire. (2 à 3 prises et parfois plus, sans prise dans les 2 à 3 heures précédant le coucher).
 - - Le traitement par fludrocortisone se fait sous surveillance de la pression artérielle, du poids, de la kaliémie, de la natrémie. Son utilisation doit être prudente chez les patients à risque cardiovasculaire, en particulier chez le patient âgé .Le traitement ne doit jamais être interrompu brutalement en raison du risque d'insuffisance surrénalienne aiguë (en raison d'un faible effet glucocorticoïde à forte dose).
- - **L' heptaminol et la yohimbine ont une balance bénéfique /risque défavorable et ne sont pas recommandés.**

Cas difficiles

- Il est recommandé d'adresser à un centre spécialisé les patients symptomatiques mais chez lesquels l'hO n'a pas pu être mise en évidence, ou chez qui l'hO persiste malgré la prise en charge.
- Dans ces centres, un tilt test (table basculante) peut être effectué pour affiner le diagnostic étiologique, des mesures plus précises et des tests d'exploration du système nerveux autonome peuvent être proposés.
- Une prise en charge thérapeutique particulière peut y être initiée (prescription hors AMM) : érythropoïétine ou octréotide ou pyridostigmine ou desmopressine ou clonidine en cas d'insuffisance du baroréflexe. La droxidopa est en cours d'évaluation.

Conclusion pour la pratique

- L'HO est fréquente en médecine générale ambulatoire chez les plus de 65 ans.
- Des actions thérapeutiques sont disponibles pour le médecin généraliste comme l'apprentissage des mesures hygiéno-diététiques, la lutte contre la iatrogénie et la réévaluation des traitements ainsi que les moyens de compression veineuse.
- L'HO est un facteur de morbidité cardiovasculaire, de morbidité toutes causes confondues et un facteur de risque indépendant de chute récurrente chez les patients âgés.
- Sa recherche systématique, bien que chronophage, présente un intérêt en matière de prévention secondaire et tertiaire.

références:

-prise en charge de l'hypotension orthostatique » consensus d'experts de la SFHTA, de la SFGG et de l'EFAS (décembre 2014)

[Hypotension orthostatique chez les personnes de plus de 65 ans](#) : revue de la littérature / Laure Bizeau

[Prévalence de l'hypotension orthostatique chez 200 patients de plus de 65 ans consultant en médecine générale](#) / Laurent Eyraud ,2015

[Dépistage de l'hypotension orthostatique chez le sujet âgé en médecine générale](#) :Vanthomme, Bénédicte (1984-....) 2015

[Hypotension orthostatique chez les plus de 65 ans en médecine générale](#)
Léquipé, Johan (1984-....) 2015

Merci de votre attention, à vos questions et commentaires....