

## Hypotension orthostatique

Dernière mise à jour : 19-04-2009

L'hypotension orthostatique (HO) se définit comme un défaut net de stabilité de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout. Signes cliniques

Les signes neurologiques liés à l'hypo-perfusion cérébrale sont au premier plan :

- malaise, sensation de grande faiblesse avec flou visuel, lipothymie, sensation vertigineuse ;
- parfois véritable syncope (rarement prolongée), avec perte de connaissance et crise convulsive ;
- chute de survenue brutale et potentiellement traumatisante.

Ces troubles surviennent le plus souvent immédiatement après le lever (mais une apparition retardée, après quelques pas, n'élimine pas le diagnostic). Parfois, on retrouve des signes liés à l'hypoperfusion d'autres organes (par exemple angor fonctionnel précédant les symptômes neurologiques chez un coronarien). Confirmation du diagnostic

On mesure initialement la PA, chez un patient couché, au repos. Ensuite, la mesure de la PA est effectuée aussitôt après le passage en orthostatisme, puis à 1, 3 et 5 minutes. Il est important d'y associer des mesures concomitantes de la fréquence cardiaque. Définitions

\* Hypotension :

- o TA syst. au repos < 100-105 mm Hg
- o Exception de l'artériosclérose : absence d'autorégulation de la perfusion cérébrale !

\* Hypotension orthostatique :

- o Au passage en orthostatisme (après 3 min.) :
  - + Ø TA syst. > 20 mm Hg
  - + Ø TA diast. > 10 mm Hg.

\* Immobilisation ou de repos au lit prolongé

\* Signes évidents d'hypovolémie ou de saignements

\* Infection urinaire

\* Embolie pulmonaire

\* Insuffisance cardiaque, sténose aortique, troubles du rythme

\* Insuffisance surrénalienne primaire (maladie Addison), hypoaldostéronisme isolé (rare)

\* Phéochromocytome

\* Insuffisance veineuse

\* Consommation d'alcool, de cannabis ou d'opiacés.

\* Causes médicamenteuses

- o Neuroleptiques
- o Psychotropes
- o Antiarythmiques
- o Antihypertenseurs
- o Diurétiques
- o Antiangineux
- o Dérivés nitrés ;
- o Antidépresseurs tricycliques (clomipramine+++ , imipramine, amitriptyline...) et IMAO ;
- o Antiparkinsoniens (levodopa, bromocriptine, amantadine) ;
- o Neuroleptiques phénothiazines surtout (chlopromazine), butyrophenones mais aussi neuroleptiques "cachés" (anti-émétisants type metoclopramide) ;
- o Barbituriques ;
- o Autres : ergotamine, disulfirame... ;
- o Alcool, drogues neurotoxiques (surtout si association avec médicaments favorisants).

\* Dysfonctionnement du SNA (American Autonomic Society 1996)

o Troubles primaires:

- + Dysfonction autonome pure (hypotension orthostatique idiopathique)
- + Atrophie multifocale (Shy-Drager)
  - # Parkinson
  - # Atteinte Pyramidale, cérébelleuse
  - # Mixte
- + Syndrome de tachycardie orthostatique
- + Pandysautonomie aiguë
- + Syncopes réflexes
  - # Syncopale vasovagale

- # Syndrome du sinus carotidien
- # Divers (miction, toux, etc&hellip;)

o Troubles secondaires:

- + Origine centrale:
  - # tumeurs cérébrales malignes, sclérose en plaques, dégénérescence sénile, syringobulie
- + Origine périphérique
  - # Syndrome de Guillain-Barré, tabès, syndrome de Homes-Adie
  - # Diabète, déficit en facteur de croissance nerveux, déficit en dopamine bêta-hydroxylase
  - # Dysautonomie familiale (Riley-Day)
  - # Myélite transverse, syringomyélie, tumeurs médullaires
  - # Insuffisance rénale, syndr. paranéoplasiques, vasculites auto-immunes, sida, amyloïdose

- \* Traiter les causes réversibles et éviter les facteurs aggravants
- \* Sensibiliser le patient à la reconnaissance des prodromes
- \* Alimentation riche en sel et hydratation abondante
- \* Surélévation de la tête du lit (20 cm)
- \* Port de bas de contention élastiques
- \* Médicaments :
  - o Fludrocortisone (minéralo-corticoïde) mais nombreux effets secondaires
  - o La dihydroergotamine (surtout par vasoconstriction veineuse; bonne tolérance),
  - o Les analeptiques cardio-vasculaires sympathomimétiques (heptaminol, phényléphrine, midodrine),
  - o Amidronine
  - o Clonidine (dysautonomies)
  - o  $\beta$ -bloquants (syncôpe vasovagale)
  - o Erythropoïétine (si anémie associée)
  - o Antisérotoninergiques (cyproheptadine),
  - o A.I.N.S. (indométacine dans le Shy-Drager; mécanisme d'action ?)&hellip;

En pratique, une association souvent utilisée combine :

- heptaminol (Hept-a-myl®) : 1 comprimé 3 fois par jour
- D.H.E. (Dihydroergotamine®, Séglor®) : 30 gouttes 3 fois par jour.

Liens:

Informations sur la physiologie de l'hypotension orthostatique.

Service de médecine générale

Wiki