

PRISE EN CHARGE DE L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

Consensus d'experts de la
Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA)
Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG)
European Federation of Autonomic Societies (EFAS)

**SFHTA filiale de la Société Française de Cardiologie*



Liste des auteurs :

*Atul PATHAK, Jean-Luc ELGHOZI, Jacques-Olivier FORTRAT,
Jean-Michel SENARD, Olivier HANON*

Liste des relecteurs :

*Jacques AMAR, Michel AZIZI, Jean-Philippe BAGUET, Claude BELVISI,
Athanase BÉNÉTOS, Isodore BILOUBOULOU, Jacques BLACHER,
Jean-Marc BOIVIN, Pierre BOUTOUYRIE, Michel BURNIER, Bernard CHAMONTIN,
Thierry DENOLLE, Gérard DOLL, Bernard FONTAN, Xavier GIRERD,
Jean-Michel HALIMI, Pavel HAMET, Daniel HERPIN, Faiçal JARRAYA,
Guillaume JONDEAU, Marc LABRUNÉE, Pierre LANTELME, Gérard LONDON,
Marilucy LOPEZ-SUBLET, Jean-Michel MALLION, Wassilios MEISSNER,
Claire MOUNIER-VÉHIER, Jean-Jacques MOURAD, Edgar NASR,
Uva PARATIAN, Anne PAVY-LE TRAON, Alexandre PERSU, François PUISIEUX,
Azad RAJABALY, Jacques REGNARD, Jennifer RENARD, Mohamed TEMMAR,
Bernard VAÏSSE, Frédéric VILLENEUVE*

Introduction

L'hypotension orthostatique (hO) touche 7% de la population générale et sa prévalence augmente avec l'âge (16% des patients de plus de 65 ans), l'institutionnalisation, le traitement antihypertenseur et la polyopathie. L'hO est souvent iatrogène. L'hO symptomatique ou non est un facteur de morbi-mortalité indépendant des pathologies associées et augmente la mortalité totale et cardiovasculaire. L'hO augmente aussi le risque de chute et remet en question le maintien à domicile. Elle a des conséquences économiques et sociales importantes (coût des hospitalisations, de la prise en charge et de l'institutionnalisation). L'objectif de ces recommandations en 10 points est de rendre pratique le diagnostic et la prise en charge de l'hO.

1 - Définition

L'hO se définit comme une 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.

2 - Population cible

Il est recommandé de rechercher systématiquement une hO chez les hypertendus, les personnes âgées de plus de 65 ans, les patients prenant des médicaments 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...).

3 - Diagnostic positif

Le diagnostic repose sur la mesure de la PA en position couchée (à défaut assise) puis debout. Un appareil automatique de mesure de la PA est recommandé.

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.

4 - Eliminer une cause iatrogène

Il est recommandé de systématiquement rechercher une cause iatrogène, notamment : médicaments anti-hypertenseurs, psychotropes (neuroleptiques, anti-dépresseurs), antiparkinsoniens, vasodilatateurs (dérivés nitrés, alpha bloquants, sildénafil...), anticholinergiques, opiacés. (Tableau 1)

5 - Diagnostic étiologique initial

Il est recommandé de systématiquement 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. (Tableau 1)

6 - Rechercher une hO neurogène

Une hO d'origine neurogène liée à un dysfonctionnement du système nerveux autonome, appelée aussi dysautonomie, doit 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 (photophobie, déficit d'accommodation, ptosis), 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).

7 - Prise en charge non pharmacologique

En cas d'hO, il est recommandé de débiter la prise en charge par des mesures non pharmacologiques : (Tableau 2, Figure 1)

Conseils hygiéno-diététiques : hydratation suffisante, régime sodé adapté à l'état cardiovasculaire, évitement des stations debout prolongées immobiles ou des ambiances trop chaudes, inclinaison du lit de 10° tête en haut, miction et douche en position assise, activité physique (même modérée comme la marche quotidienne), évitement de l'alcool.

La contention des membres inférieurs pendant la journée : (chaussette ou bas, au moins classe 2) et/ou abdominale (ceinture abdominale).

D'autres mesures peuvent être proposées selon les cas : prise d'environ 400 ml d'eau avant le repas (en cas d'hypotension post prandiale), manœuvres de secours en cas d'hO neurogène (Tableau 2).

L'éducation du patient est indispensable : identification des symptômes associés à l'hO, décomposition du lever, interruption immédiate de l'orthostatisme en cas de symptômes.

8 - Révision du traitement

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

- **En cas d'origine médicamenteuse, il est recommandé de 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, il est recommandé de corriger l'hypovolémie ou la déshydratation.** (Figure 1)

- **En cas d'hypertension nocturne, le recours à un antihypertenseur de courte durée d'action (et non la forme à libération prolongée) est proposé afin de couvrir la période nocturne** (antagoniste calcique, ex : nitrendipine, nifédipine).

9 - Prise en charge pharmacologique

Il est recommandé de recourir à un traitement pharmacologique uniquement pour les hO symptomatiques d'origine neurogène (Figure 1). Une évaluation préalable de la balance bénéfice / risque est nécessaire (pour laquelle un avis spécialisé peut être requis). L'objectif est la 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. La posologie nécessaire est individuelle et peut être très importante dans certains cas :

- 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 (risque d'hypokaliémie, d'œdèmes, et de décompensation cardiaque). 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 bénéfice / risque défavorable et ne sont pas recommandés.

10 - 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.

Tableau 1 : Principales étiologies des hO

hO secondaires	hO neurogènes	
<p>Médicamenteuses Antihypertenseurs Psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs) Vasodilatateurs (dérivés nitrés, alpha-bloquants, sildénafil...) Antiparkinsoniens Anticholinergiques Opiacés Médicaments du SNA (dérives atropiniques ou sympatholytiques cachés : gouttes ophtalmologiques) Cytotoxiques (vincristine, ...)</p> <p>Hypovolémie Déshydratation (cause médicamenteuse ou autre) Régime désodé Dénutrition Anémie Insuffisance minéralo-corticoïde Insuffisance veineuse</p>	<p>Maladie de Parkinson</p> <p>Démence à corps de Lewy</p> <p>AMS (atrophie multisystématisée, ex syndrome de Shy-Drager)</p> <p>Amyloses</p> <p>Dysautonomie progressive isolée</p> <p>Dysautonomies familiales...</p> <p>Déficit dopamine bêta-hydroxylase</p> <p>Insuffisance du baroréflexe</p>	<p>Diabète</p> <p>Néoplasiques : - Syndrome paranéoplasique - Tumeur fosse postérieure - Radiothérapie cervicale</p> <p>Insuffisance rénale</p> <p>Carence en vitamines B</p> <p>Inflammatoires : - Guillain-Barré - SEP - Myélites</p> <p>Traumatiques : - Lésions spinales - Sympathectomies - Chirurgie du cou</p> <p>Infectieuses : - VIH - Lyme - Chagas</p>

Tableau 2 : Principales interventions non médicamenteuses et médicamenteuses utiles dans la prise en charge de l'hO neurogène

Interventions non pharmacologiques
<p>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 post prandiale)</p>
Manceuvres de secours lors de l'apparition des symptômes orthostatiques
<p>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</p>
Interventions pharmacologiques
<p>Monothérapie : - Agoniste alpha-adrénergique : midodrine (Gutron®) - Augmentation de la volémie : fludrocortisone (exemple: Flucortac®) Associations médicamenteuses (en cas d'échec de la monothérapie) : - Midodrine et fludrocortisone Dans certaines situations on peut recourir à : - Desmopressine - Octréotide - Pyridostigmine - Médicament à l'étude (droxidopa)</p>

Figure 1 : Prise en charge d'une hO

