

Hypotension orthostatique – défi pour le médecin de famille

Sara Rezzonico, Marco Previsdomini

Quintessence

- L'hypotension orthostatique (HO) est très fréquente chez les personnes âgées.
- L'HO peut avoir des répercussions négatives sur la qualité de vie des patients, de même que de graves conséquences (par ex. angor, accident vasculaire cérébral ischémique, syncope et traumatismes). C'est pourquoi il est indispensable de dépister rapidement ce problème et de faire les investigations nécessaires, dans le but d'améliorer la qualité de vie et de prévenir les séquelles irréversibles.
- L'HO peut être aiguë ou chronique, sporadique (par ex. lors d'une forte excitation) ou récidivante et reproductible.
- L'HO chronique se subdivise en formes primaire (dysfonction autonome) et secondaires.
- Le traitement de l'HO chronique doit comporter des mesures comportementales, diététiques et pharmacologiques. Avant de lancer un programme thérapeutique, toute étiologie iatrogène (médicamenteuse) doit être exclue.

Il y a hypotension orthostatique (HO) si 2–5 minutes après le lever la tension artérielle systolique chute de >20 mm Hg et/ou la diastolique de >10 mm Hg, à partir de la valeur de base mesurée en position couchée. C'est également le cas si malgré une baisse tensionnelle moins marquée, les symptômes typiques d'une hypoperfusion cérébrale se manifestent. Ce problème peut être aigu ou chronique. Le mode d'apparition et la gravité des symptômes déterminent l'attitude thérapeutique. Dans cet article, nous ne traiterons pas en détail les mécanismes physiopathologiques, mais renvoyons le lecteur à notre article publié dans Forum Médical Suisse en 2006 [1].



Sara Rezzonico

Introduction

Ce sont les personnes âgées qui souffrent le plus souvent de l'HO. Ce qui s'explique facilement par le fait qu'elle se manifeste la plupart du temps dans le contexte de maladies chroniques. Cette classe d'âge présente en outre souvent plusieurs problèmes de santé en parallèle. La polypharmacie qui en résulte (par ex. antidépresseurs, diurétiques, bêtabloquants, opioïdes, dérivés nitrés) contribue de manière déterminante à la manifestation de l'HO avec ses nombreux effets indésirables (tab. 1 ◀).

L'HO chronique se subdivise en formes primaire et secondaires. Ces dernières sont fréquentes dans des pathologies neurologiques dégénératives (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy), mais peuvent également accompagner une dysfonction autonome dans le diabète, ou être un effet secondaire de médicaments à effet potentiellement hypotenseur régulièrement pris. Le pathomécanisme est le même dans les formes primaire et secondaires, avec perfusion insuffisante du haut du corps, résultant d'une stase gravitationnelle de 400–800 ml de sang dans les membres inférieurs et le secteur splanchnique, et adaptation insuffisante du retour veineux (augmentation du tonus sympathique avec accélération de la fréquence cardiaque et constriction des vaisseaux de résistance et de capacitance).

Les symptômes de l'HO sont classés en 4 degrés:

- I: asymptomatique,
- II: discrètement symptomatique (vertige, nausée, troubles visuels),
- III: rares syncopes,
- IV: symptômes graves et fréquents (syncopes, défaillances), amputant significativement la qualité de vie et l'autonomie des patients (allant jusqu'à l'impossibilité de se tenir debout).

Une chute tensionnelle peut parfois aussi être à l'origine d'un infarctus du myocarde ou d'une ischémie cérébrale, avec déficits neurologiques définitifs. Les syncopes peuvent en outre être causes de chutes, avec tous les traumatismes possibles (traumatisme crâniocérébral, fractures), qui amputent la qualité de vie et l'autonomie des patients surtout âgés, vulnérables.

Principes thérapeutiques

Le traitement de l'HO doit être adapté individuellement. Son but est d'améliorer la qualité de vie des patients, et de prévenir les conséquences d'une grave HO.

Dans l'HO secondaire, il s'agit en tout premier lieu d'optimiser le traitement de la maladie de base (par ex. améliorer le profil glycémique du diabète). Il faut en outre exclure les effets iatrogènes d'un traitement médicamenteux quotidien, et si possible penser à adapter la dose du médicament incriminé, ou l'interrompre. Les figures 1 et 2 présentent 2 diagrammes censés aider le médecin traitant dans sa démarche.

Le traitement de l'HO dépend de son mode de manifestation. Si elle résulte d'un événement aigu (par ex. forte excitation), le traitement visera le facteur déclenchant. L'HO n'a besoin ni d'investigations ni de traitement spé-

Les auteurs n'ont déclaré aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec leur article.

cifique. Si l'HO est aiguë, indépendante de tout facteur déclenchant spécifique, quelques examens seront effectués dans le but d'exclure certaines maladies bien précises: glycémie (hypo-/hyperglycémie dans un diabète décompensé), ECG, pouls périphériques et tensions artérielles mesurées aux bras (arythmies, ischémie de myocarde, tamponnade péricardique, dissection aortique, sténose vasculaire), température et marqueurs de l'inflammation (hypo-/hyperthermie dans une septicémie). En cas de suspicion d'insuffisance volumique intravasculaire, perfusion i.v. de cristaalloïdes. En l'absence de réponse satisfaisante et de persistance de l'hypotension chez le patient couché, envisager de donner des catécholamines, avant même d'en connaître l'étiologie exacte et de la traiter. Il va de soi qu'en face d'une telle situation, une hospitalisation s'impose pour investigations complémentaires.

Le traitement de l'HO chronique doit comporter des mesures comportementales, diététiques et pharmacologiques.

Traitement non médicamenteux

Les options de traitement non médicamenteux comportent des mesures physiques et diététiques, de même que l'évitement des facteurs déclenchants.

- Passage lent, progressif, à la station debout, le matin surtout, quand la tolérance orthostatique est la plus faible.
- Eviter les efforts physiques pendant les canicules.
- Dormir avec la tête surélevée d'env. 20°: ce qui active le système rénine-angiotensine-aldostérone et diminue la diurèse nocturne. Le volume liquidien extracellulaire est augmenté et empêche ainsi les fortes variations tensionnelles orthostatiques [2–4].
- Porter des bas de soutien adéquats pour diminuer la stase veineuse. Les bas doivent donner une compression d'au moins 30–40 mm Hg au niveau des chevilles [5].
- Boire 2,0–2,5 l d'eau par jour et consommer du sel à raison de 9–15 g/jour (un cube de bouillon Maggi® ou Knorr® contient env. 5 g de sel). Ces mesures contribuent à conserver le volume sanguin central [6–8].
- Faire plusieurs fois par jour des exercices aérobiques (isométriques) [9–11].
- Eviter les situations provoquant une manœuvre de Valsalva. Donner des antitussifs en cas de forte toux. En cas de constipation, assurer une exonération régulière par régime adéquat et laxatifs si nécessaire.
- Eviter les repas trop copieux, prendre des aliments pauvres en hydrates de carbone, minimiser les bois-

Tableau 1

Substances et médicaments ayant un effet hypotenseur potentiel (liste non exhaustive).

Alcool
Antidépresseurs et antipsychotiques, ISRS, trazodone, inhibiteurs de la MAO, olanzapine, rispéridone
Antihypertenseurs: alphabloquants, clonidine
Antiparkinsoniens: lévodopamine, pramipexole, ropinirol
Bêtabloquants: propranolol
Diurétiques: furosémide, hydrochlorothiazide
Myorelaxants: tizanidine
Inhibiteurs de la phosphodiesterase: sildénafil, tadalafil
Opioides: morphine
Vasodilatateurs: dérivés nitrés, antagonistes du calcium, hydralazine

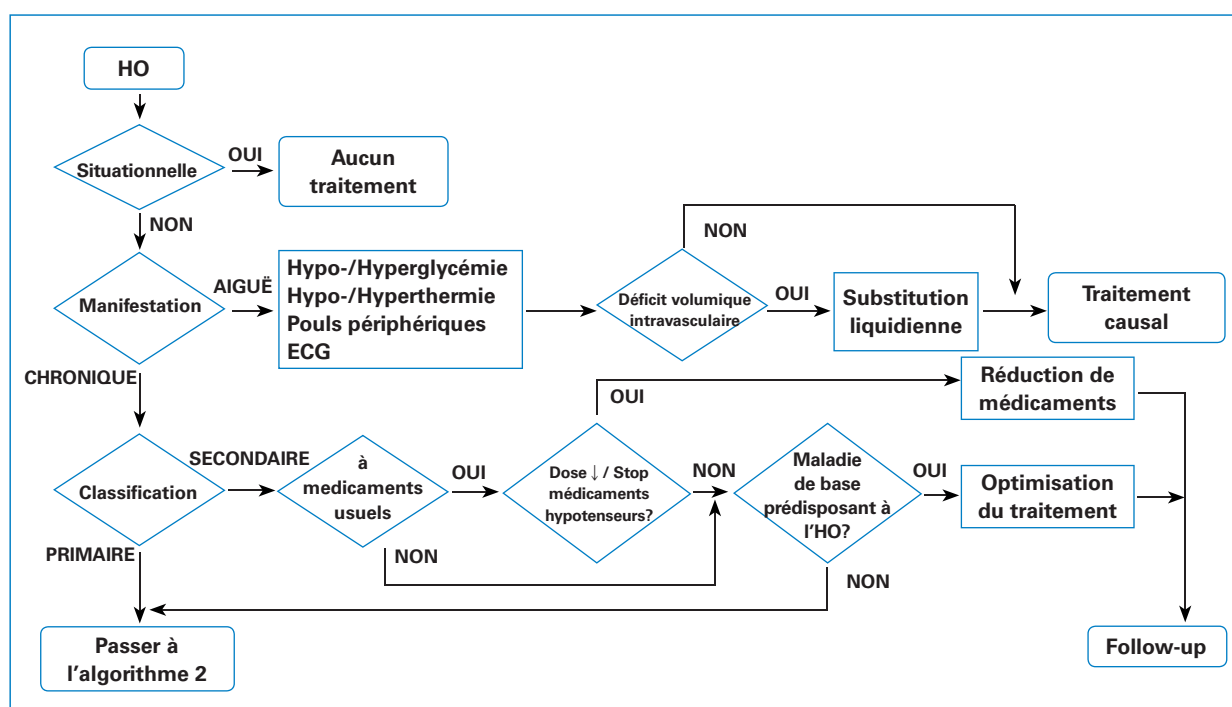


Figure 1

Explication de l'hypotension orthostatique.

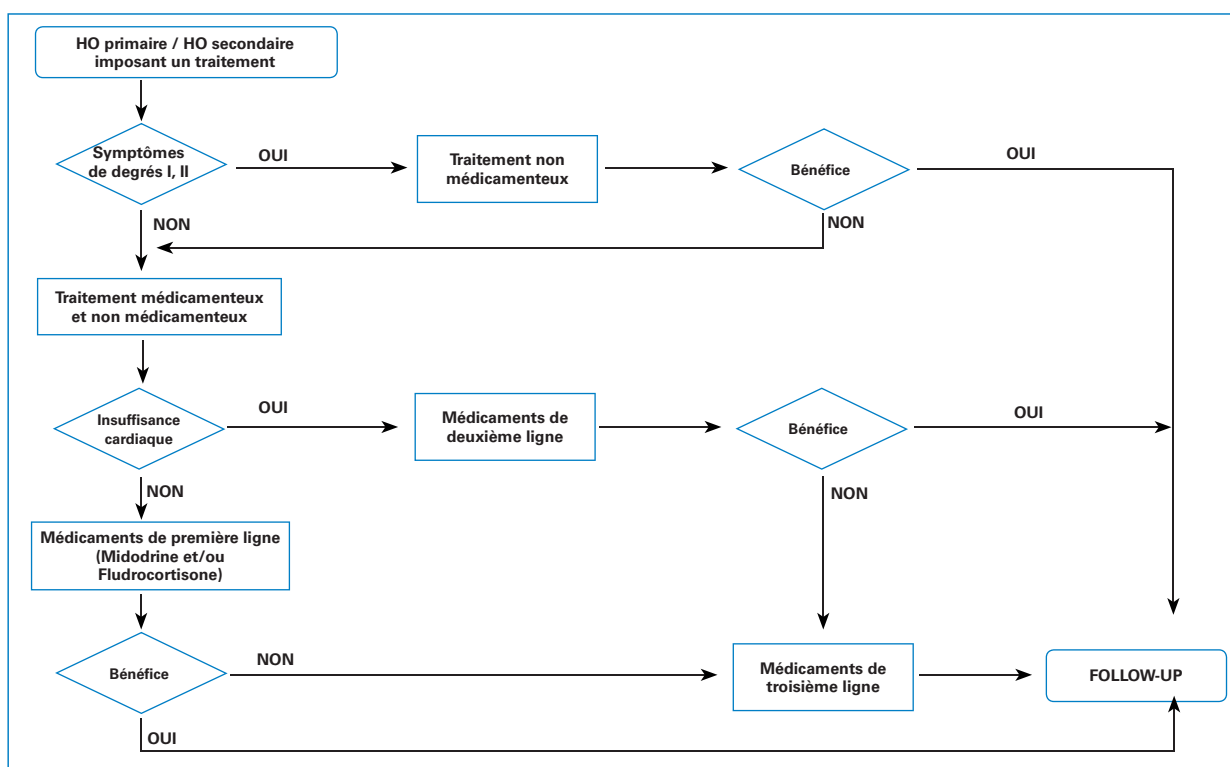


Figure 2

Marche à suivre en face d'une hypotension orthostatique primaire imposant un traitement.

sons alcoolisées et éviter l'effort physique peu après le repas [12, 13].

Traitement médicamenteux

Si les mesures diététiques et comportementales s'avèrent insuffisantes, un traitement médicamenteux doit être mis en route. En raison du risque d'hypertension artérielle en position couchée, les patients doivent apprendre à mesurer leur tension artérielle plusieurs fois par jour (avant et après les repas, en position couchée et debout) et écrire les résultats en même temps que leurs éventuels symptômes. Les médicaments à disposition sont classés entre première et troisième ligne (tab. 2 [↔](#)).

Traitement de première ligne

La *fludrocortisone* (*Florinef*[®]) est le médicament de première intention [14]. Etant un minéralocorticoïde synthétique, elle a une longue durée d'action et est généralement bien tolérée. Elle augmente d'une part le volume sanguin, et de l'autre la sensibilité aux catécholamines [15]. Sa dose initiale est de 0,1 mg/j, et peut augmenter par la suite chaque semaine jusqu'à 1,0 mg/j au maximum. Ses effets indésirables réguliers sont hypokaliémie et hypomagnésémie. En raison du risque de décompensation ventriculaire gauche, la fludrocortisone est plutôt contre-indiquée dans l'insuffisance cardiaque. Toutes les caractéristiques des stéroïdes doivent être prises en compte dans le maniement de cette substance (entre autres nécessité d'une diminution très progressive de la dose).

Midodrine (*Gutron*[®]): étant un agoniste alpha 1, la midodrine provoque une constriction artérielle et veineuse

et, contrairement aux substances analogues, elle ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique. La midodrine ne provoque donc pas d'effet indésirable central tel que tremblement, agitation et tachycardie secondaire. Elle est souvent administrée en même temps que la fludrocortisone, de manière à exploiter leur synergie d'effets. Sa dose est de 2,5–10 mg 3 fois par jour. Cette substance est rapidement résorbée dans le tractus gastro-intestinal, et son effet maximal est atteint déjà 20–40 minutes après sa prise. Pour cette raison, il est recommandé de la prendre 30 minutes avant de se lever, de manière à atténuer les symptômes matinaux.

Traitement de deuxième ligne

L'*érythropoïétine* augmente les valeurs tensionnelles en position debout et améliore la tolérance orthostatique chez les patients anémiques. L'anémie s'observe souvent d'ailleurs dans la dysfonction autonome [16–17]. La *caféine* bloque les récepteurs de l'adénosine, vasodilatateurs, et peut atténuer l'hypotension postprandiale. Les *antirhumatismeaux non stéroïdiens* en monothérapie sont la plupart du temps inefficaces, mais peuvent parfois s'utiliser dans le but de potentialiser la fludrocortisone ou les sympathicomimétiques [18]. Leur effet repose probablement sur la limitation de la vasodilatation sous l'effet des prostaglandines et de l'acide arachidonique.

Conclusion

L'HO concerne avant tout les personnes âgées et peut considérablement amputer leur qualité de vie, directement ou par lésions secondaires. Elle peut être primaire

Tableau 2

Traitement de l'hypotension orthostatique: mécanisme d'action, contre-indications, effets indésirables, posologie.

	Mécanisme d'action	Contre-indications	Effets indésirables	Posologie
Médicament de première ligne				
Fludrocortisone (Florinef®)	Augmentation du volume circulant, de la résorption de Na ⁺ et de la sensibilité des récepteurs alpha-adrénergiques	Insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique	Hypertension en position couchée, hypokaliémie, hypomagnésémie, céphalées, œdèmes périphériques, insuffisance cardiaque	0,1–0,5 mg/jour le matin, augmentation de la dose chaque semaine
Midodrine (Gutron®)	Alpha-1-sympathicomimétique	Cardiopathie, maladie cérébrovasculaire, anévrisme aortique ou cérébral, insuffisance rénale aiguë, hyperthyroïdie, phéochromocytome	Hypertension artérielle, paresthésies, prurit, miction impérieuse, rétention urinaire	2,5–10 mg 3–4 fois par jour
Dihydroergotamine (Dihydergot®)	Agoniste alpha-adrénergique veineux	Infarctus du myocarde, cardiopathie ischémique, grave insuffisance rénale ou hépatique, grossesse	Hypertension en position couchée, angor, spasmes artériels, paresthésies	2,5 mg le matin et 5 mg le soir, jusqu'à effet voulu; puis 5 mg le soir
Médicaments de deuxième ligne				
Indométacine	Inhibition de la synthèse des prostaglandines	Insuffisance rénale chronique, cirrhose hépatique, gastrite/mal-ulcéreuse, maladie intestinale inflammatoire, grossesse	Céphalées, nausées, dyspepsie, hémorragies gastro-intestinales, insuffisance rénale aiguë, acouphènes	Inefficace seule, à utiliser en association au traitement de première ligne
Caféine	Bloque les récepteurs de l'adénosine à effet vasodilatateur		Agitation psychomotrice, excitation, palpitations cardiaques, tremor	100–250 mg 3 fois par jour (1 tasse de café en contient env. 85 mg)
Erythropoïétine	Augmentation de l'hématocrite par stimulation de l'érythropoïèse chez les patients anémiques	Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, grossesse	Crise aplastique, hypertension, syndrome «flu-like»	Dose initiale: 25–75 UI/kg 3 fois par semaine Dose d'entretien: 25 UI/kg 3 fois par semaine
Médicaments de troisième ligne				
Desmopressine (Minirin, Nocutil, Octostim)	Agoniste du récepteur de la vasopressine	Insuffisance cardiaque décompensée, grossesse, insuffisance rénale chronique	Hyponatrémie, céphalées, nausée, angor	Intranasale: 10–40 µg le soir; orale 0,2 mg le soir
Octréotide (Sandostatim®)	Analogue de la somatostatine	Grossesse	Nausée, douleurs abdominales, diarrhée, bradycardie, thrombocytopénie, crise hypertensive, cholédocholitiase	20–200 µg/jour s.c.
Fluoxétine (Fluctine®), venlafaxine (Efexor®)	ISRS à activité sérotoninergique centrale	Traitement par inhibiteur de la MAO	Céphalées, vertiges, insomnie, asthénie, diarrhée, anorexie	20–80 mg/jour (Fluctine), 75–150 mg/jour (Efexor)

ou secondaire à des maladies généralement chroniques. Elle est en outre favorisée par de très nombreux médicaments (pris tous les jours). Son traitement se base sur la prévention des facteurs déclenchants, le respect de simples règles comportementales et, dans les cas réfractaires, le recours à quelques médicaments spécifiques.

Remerciements

Nous remercions nos collègues, Dr Christiane Berta-Buschbeck, FMH Médecine interne, Brissago, et Dr Mario Francioli, FMH Médecine interne et Infectiologie, Bellinzona, de bien avoir voulu lire le manuscrit et nous avoir fait part de leurs précieuses suggestions.

Correspondance:

Dr Sara Rezzonico
Dept. Innere Medizin
Universitätsspital
CH-4031 Basel
[sara.rezzonico\[at\]usb.ch](mailto:sara.rezzonico[at]usb.ch)

Dr Marco Previsdomini
Dept. Intensivmedizin
Ospedale Regionale Bellinzona e Valli
CH-6500 Bellinzona
[marco.previsdomini\[at\]jeoc.ch](mailto:marco.previsdomini[at]jeoc.ch)

Références

Vous trouverez la liste des références sous www.medicalforum.ch.