



FICHE

Troubles dysautonomiques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 février 2021

Parmi de nombreux symptômes exprimés par les patients, certains sont évocateurs de **dysautonomie (atteinte du système nerveux autonome)**.

Ces **symptômes** sont très polymorphes, pouvant s'associer :

- Une sensation de vertiges, lipothymie, voire syncope
- Des sueurs diurnes ou nocturnes ou au contraire l'absence de sueurs
- Des épisodes de tachycardie et/ou de bradycardie ou une incapacité à effectuer un exercice habituel
- Des nausées, vomissements, sensation d'estomac qui ne se vide pas complètement et avec retard ; diarrhée ou constipation
- Des fuites urinaires ou une difficulté à vider sa vessie ou des troubles de l'érection
- Des troubles de la régulation thermique (hypothermie, frissons, plus rarement hyperthermie)
- Une modification de la chaleur et de la coloration cutanée

Chez un même patient l'atteinte est rarement complète et seuls certains symptômes sont rapportés. Or, tous ces symptômes pris isolément ne sont pas spécifiques d'une pathologie du système nerveux autonome (SNA) et peuvent se rencontrer dans de multiples affections. C'est la raison pour laquelle des explorations dédiées et une évaluation clinique pluridisciplinaire doivent être conduites pour pouvoir rapporter les plaintes du patient à une atteinte du système nerveux autonome. Leur sévérité et leur durée doivent conduire à une exploration spécifique.

Une enquête étiologique systématique doit être réalisée devant toute dysautonomie, ce d'autant qu'elle est d'installation subaiguë, principalement à la recherche d'une cause : toxique : (alcool, médicaments), auto-immune, infectieuse, paranéoplasique, neuropathie amyloïde.

D'autres causes d'installation chroniques sont classiques (diabète, de la maladie de Parkinson...).

Tests cliniques et examens complémentaires

Devant ces différents profils, des tests cliniques et divers examens complémentaires permettent l'exploration de la voie sympathique ou parasympathique ;

Les tests de dépistage les plus simples à réaliser au cabinet sont certains tests de dysautonomie cardiaque, chez un patient au calme depuis 10 minutes :

- **Pour la voie sympathique** : la recherche d'une hypotension orthostatique (chute d'au moins 20 mm Hg de la PAS et d'au moins 10 mm Hg de la PAD à 1 ou 3 minutes d'orthostatisme) sans accélération du pouls (en dehors de toute médication bradycardisante)
- **Pour la voie parasympathique à l'aide d'un saturomètre, recherche d'une diminution de l'arythmie respiratoire** :
 - La fréquence cardiaque augmente lors de l'inspiration et diminue lors de l'expiration.
 - La détermination de cette variabilité se fait idéalement par un enregistrement continu de l'ECG.
 - Elle peut se faire en cabinet après un repos de 15 minutes. Le patient réalise en décubitus, 6 cycles de respiration profonde (6 inspirations et 6 expirations) en 1 minute.
 - La différence entre la fréquence cardiaque inspiratoire maximale et la fréquence cardiaque expiratoire minimale doit être > 10. Cette différence est pathologique si elle est < 10. Le test devant être répété 3 fois, les moyennes des fréquences cardiaques les plus élevées d'un côté, et celles des fréquences cardiaques les plus basses de l'autre, seront utilisées.

En cas de normalité de ces tests et si une dysautonomie reste suspectée, d'autres tests sont réalisables en milieu spécialisé (cardiologie, neurologie, neuro physiologie).

Les moyens à disposition pour réduire ces symptômes et en particulier l'hypotension orthostatique, sont tout d'abord non pharmacologiques

- Explication des différents symptômes, explication traitement symptomatique / étiologique
 - Lister les médicaments qui pourraient aggraver la dysautonomie, à remplacer si possible (bêtabloquants, antidépresseurs tricycliques, alpha-bloquants, diurétiques)
 - Réaliser des manœuvres de contractions isométriques des membres inférieurs durant deux minutes avant de se lever
 - Éviter de se lever rapidement
 - Porter une gaine abdominale ou des collants de contention remontant jusqu'à la taille
 - Dormir en position demi-assise
 - Éviter la déshydratation et boire un grand verre d'eau froide
 - Éviter les environnements chauds (par exemple douche chaude)
 - Après un repas copieux ou l'absorption d'alcool, s'allonger au moins 15 minutes
 - Fractionner les repas en cas d'hypotension artérielle postprandiale
 - Boire de l'eau avant les repas
 - Augmenter l'apport de sel (ajouter 6 g de sel par jour à la ration alimentaire en l'absence d'hypertension artérielle (ce qui est rare), d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance rénale,)
-

Le patient doit être adressé au spécialiste dès lors que les mesures non pharmacologiques sont inefficaces, et/ou qu'une HTA est associée à l'hypotension orthostatique.

Les stratégies pharmacologiques incluent, après avis spécialisé :

- La midodrine (Gutron®), au plus tard 4 heures avant le coucher ; en 2-3 prises à augmenter très progressivement (en commençant par 2 à 3 prises de 2,5 mg/j, puis en augmentant très lentement chaque semaine de 2,5 mg chacune des prises). Généralement une posologie maximale de 30 mg/j suffit.
- En présence d'une HTA associée, éviter les diurétiques, les bêta-bloquants et privilégier les bloqueurs du système rénine angiotensine aldostérone, plutôt le soir.
- La dompéridone est préconisée en première intention devant les troubles gastriques (accélération de la vidange gastrique).
- Pour les manifestations gastro-intestinales et vésico-sphinctériennes, le patient est confié aux spécialistes d'organes afin d'éliminer formellement un obstacle ou un trouble neurologique.
- Pour les patients n'ayant pas d'HTA, un sympathomimétique (α 1-angoniste) de courte durée d'action, la fludrocortisone (Flucortac®) peut être utilisé. Le mode d'action est une rétention sodée ayant pour conséquence une expansion volémique.

Références bibliographiques

1. Berger MJ, Kimpinski K. A practical guide to the treatment of neurogenic orthostatic hypotension. *Can J Neurol Sci* 2014;41(2):156-63.<http://dx.doi.org/10.1017/s0317167100016528>
2. Elghozi EL, Sénard J-M. Prise en charge de l'hypotension orthostatique. *AMC pratique* 2014;(232) :14-22.
3. Ewing DJ. Cardiovascular reflexes and autonomic neuropathy. *Clin Sci Mol Med* 1978;55(4):321-7. <http://dx.doi.org/10.1042/cs0550321>
4. Freeman R. Clinical practice. Neurogenic orthostatic hypotension. *N Engl J Med* 2008;358(6):615-24. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp074189>
5. Lefaucheur JP, Becquemin JP, Brugières P, Verroust J. Assessment of sympathetic nerve activity in the practice of lumbar sympathectomy: interest of sympathetic skin responses. *J Auton Nerv Syst* 1996;60(1-2):56-60. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1838\(96\)00035-5](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1838(96)00035-5)
6. Low P. Clinical autonomic disorders. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1977.
7. Serratrice J. Système nerveux autonome [17-003-J-10]. *Encycl Med Chir Neurologie* 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0378\(12\)60767-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0378(12)60767-2)
8. Singh R, Arbaz M, Rai NK, Joshi R. Diagnostic accuracy of composite autonomic symptom scale 31 (COMPASS-31) in early detection of autonomic dysfunction in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2019;12:1735-42. <http://dx.doi.org/10.2147/dms0.S214085>
9. Valensi P, Attali JR. Pourquoi et comment faut-il rechercher une neuropathie autonome cardiovasculaire chez les diabétiques ? Recommendations of ALFEDIAM. *Diabetes Metab* 1997;23(4):351-6.
10. Waeber B, Pruvot E. Hypotension orthostatique : à quoi penser et que faire ? *Rev Med Suisse* 2013;9:1618-21.

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Troubles dysautonomiques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19, méthode réponse rapide, 10 février 2021**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr