

Système nerveux autonome : Hypotension orthostatique.

Elle est liée à un retard de contraction des vaisseaux périphérique lors de l'initiation d'un mouvement. La dysautonomie doit être **diagnostiquée le plus précocement possible** pour éviter au maximum les chutes liées à des syncopes.

La triade : Neuropathie Autonome, bas débit, et Sd Néphrotique peut générer une hypotension artérielle importante, voir un ACR

Symptômes : Flou visuel, « voile noir », Vertiges voire perte de connaissance avec chutes lors de la verticalisation ou lors de l'initiation d'une activité (se redresser, marche...)

Recherche : systématique pour tous les patients atteint d'une amylose AL.

L'intensité des symptômes est extrêmement variable d'un patient à l'autre et peut ne pas être ressentie.

L'hypotension orthostatique est définie comme une réduction, après trois minutes en position debout, soit de la PAS (réduction >20 mmHg), soit de la PAD (réduction > 10 mmHg.)

Mais attention, dans le cadre de l'Amylose :

1. **Le test d'hypotension orthostatique peut être négatif, malgré les symptômes (fluctuant ++)**
2. **Une Hypertension artérielle au décubitus peut être observé mais n'élimine pas une hypotension orthostatique.**

Stade de gravité :

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE SÉVÈRE

- Malaises sévères et/ou syncopes au lever
- Patient capable de tenir debout un minimum avec aide et traitement
- Risque élevé de chute, surtout la nuit (nycturie)

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE TRÈS SÉVÈRE

- Syncope dès mise debout
- Parfois syncope même assis
- Patient doit être confiné au lit temporairement jusqu'à stabilisation du traitement
- Verticalisation progressive uniquement après sécurisation

Prise en charge :

→ ADAPTER LES TRAITEMENTS CARDIOVASCULAIRE :

- Arrêter les traitements les hypotenseurs et vasodilatateurs, quitte à tolérer des phases hypertensives.
- Limiter l'usage ou la dose des traitements diurétiques quitte à tolérer le syndrome œdémateux.

→ LES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES SONT INDISPENSABLES :

- **Afficher la fiche technique « Attention, j'ai une Hypotension sévère à très sévère » à la tête du lit du patients. = éviter les chutes et informations des soignant et visiteurs.**
- Le port de **bas de contention force 2** est indispensable (24h/24 pour les formes les plus graves)
- Le passage progressif de la position allongée à la position assise puis debout. Patient doit être accompagné lors des levés pour les cas les plus graves.
- **Ne pas surélever les pieds (tabouret, lit).**
- **Bonne hydratation et une bonne alimentation.**
 - Boire régulièrement minimum 1,5L par jour (selon avis médical)
 - Le matin : une hydratation est souvent utile notamment 0,5L en une prise rapide.
 - Petits repas, plus fréquents : le fractionnement des repas diminue l'HO.
 - Éviter les repas très riches en glucides rapides ou lents qui favorisent l'hypotension.
 - Éviter l'alcool (vasodilatateur)
- **Gérer les troubles digestifs à type de diarrhées. (Risque hypovolémie=aggravation HypoTension)**
- Se peser tous les jours si traitement diurétique pour s'assurer du poids minimal → 30minutes minimum APRES LA PRISE DES TRAITEMENTS
- Informer le patient du risque de perte de connaissance lorsqu'il se lève la nuit (sans bas de contention ni couverture médicamenteuse) et en post-mictionnelle (nocturne+++).
- **Surélever la tête du lit (min 30°) Toujours en PROclive++** càd tête plus haut que les pieds (**mini 10°-15°**)

- Limiter et fractionner les apports protidiques pour limiter l'alcalose post-prandiale, source de vasoplégie.

➔ **PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE :**

- **La Midodrine (ex : GUTRON®)** est le médicament de première intention. Il a une demi-vie de 3 h. Il faut donc répartir son administration toutes les 3 à 4 h soit 4 prises par jour (7h = au lever- 10h- 13h-16h). La dose maximale est de 16cp/jour. La dernière prise de Midodrine doit se faire au plus tard 4 heures avant le coucher afin d'éviter un risque accru d'hypertension en position couchée.
- **La Fludrocortisone (ex : FLUCORTAC®)** peut être rajoutée en complément de la Midodrine. Initiée à 50 µg/jour. Dose d'entretien entre 100 et 200 µg/jour en une prise vespérale. Précaution nécessaire chez les patients avec une faible marge volémique compte tenu de la surcharge hydrosodée induite.
- **La DroxyDropa (DOPS OD®)** : rajouté si échec du GUTRON et FLUCORTAC. CP à 100, 200 ou 300mg par CP. Administrer en trois prises par jour à la dose maximum de 1800mg par jour soit 600mg max par prise. Initier à 100mgx3/jour. Titrer tous les 24h-48h.
 - Médicament en ATU : demande à faire sur le logiciel **E-Saturne** + appel Pharmacien au **14767 ou 36982**

Rôle IDE Cardio et Aide-soignant

- ➔ Affiche « Attention, j'ai une Hypotension sévère à très sévère ».
- ➔ Vigilance et accompagnement pour les levers/mise au fauteuil / pesée.
- ➔ Transmission des symptômes à tous personnel prenant en charge le patient (medecins, kine, brancardier ...).
- ➔ Mise en place, et vérification prise des traitements aux horaires prévues. Efficacité ?
- ➔ Vérification de la bonne alimentation et hydratation
- ➔ Vérification si diarrhées ➔ à signaler

Rôle Internes/Chefs de cardio

- ➔ Vérification de la présence d'hypotension dès la prise en charge du patient.
- ➔ Prescription des traitements adaptés pour l'hypotension.
- ➔ Transmissions à faire lors de l'organisation des examens + / - interventions.
- ➔ Traçabilité dans le CRH et évolution médicale
- ➔ Prescription pour la gestion des troubles digestifs