

UNIVERSITE RENE DESCARTES-PARIS V  
FACULTE COCHIN- PORT ROYAL

**ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR  
DANS LA PREVENTION DE  
L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE  
CHEZ LA PERSONNE AGEE EN EHPAD**

Par  
Docteur Makizayi Benga

Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD  
Année universitaire 2006- 2007

Directeur de mémoire: Docteur Linda BENATTAR

## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	p.1
II. EPIDEMIOLOGIE.....	p. 2
III. RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE.....	p. 5
IV. SPECIFICITES DIAGNOSTIQUES GERIATRIQUES ET CLINIQUES.....	p. 7
V. METHODOLOGIE.....	p. 12
VI. QUELQUES CAS CLINIQUES.....	p. 14
VII. DISCUSSION.....	p. 17
VIII. CONCLUSION.....	p. 24
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	p. 25
X. REMERCIEMENTS	

## INTRODUCTION

L'hypotension orthostatique est un trouble de la régulation de la pression artérielle très fréquente chez la personne âgée (1).

Il s'agit d'un symptôme défini par une chute d'au moins 20 mm Hg de la pression artérielle systolique et d'au moins 10 mm Hg de la pression artérielle diastolique au décours d'un repos en décubitus de plus de 10 minutes(2,3).

Elle est favorisée par le vieillissement de l'appareil vasculaire et du système nerveux autonome.

Les principales causes impliquées chez la personne âgée sont(3,4):

- la baisse d'efficacité du contrôle neurovégétatif de la vasomotricité,
- l'existence de polyopathologies,
- les traitements médicamenteux.

L'hypotension orthostatique n'est pas souvent une préoccupation du médecin coordonnateur alors qu'elle nécessite une attention particulière dès l'admission de la personne en institution, ainsi que tout au long de son séjour.

Le médecin coordonnateur a un rôle déterminant dans la prévention, la prise en charge thérapeutique de l'hypotension orthostatique pour éviter les syncopes, les malaises, les vertiges, les chutes à répétition, les fractures multiples qui peuvent en découler, ainsi que la perte d'autonomie, voire le décès.

Il pourra convaincre ses collaborateurs libéraux à modifier ou supprimer un traitement déjà existant, parfois à instaurer un nouveau traitement.

Pour parvenir à ses objectifs, le médecin coordonnateur aura besoin de tout le personnel soignant ou non intervenant auprès de la personne âgée en établissant un projet de soins individualisé dès son admission en EHPAD.

## **EPIDEMIOLOGIE**

Plusieurs travaux ont étudié la prévalence de l'hypotension orthostatique chez les sujets âgés. Ils ont tous montré qu'elle augmente fortement avec l'âge, variant entre 10 à 30 % au-delà de 65 ans selon les populations (2).

La prévalence varie entre 5 et 14 % chez les sujets âgés indemnes de tout facteur de risque.

Les études faites chez des sujets âgés hospitalisés ou vivants en institution montrent des fréquences plus élevées de 25 à 50 % (1).

La fréquence est la même quelque soit le sexe.

La prévalence varie en fonction des pathologies associées, allant de 6 % chez les sujets sains à 30 % chez les polyopathologiques (4).

Les principaux facteurs déterminants cette augmentation sont les médicaments et l'HTA, en particulier l'hypertension artérielle systolique.

La consommation excessive d'alcool semble être associée à l'hypotension orthostatique (1).

Chez les diabétiques, la fréquence est d'environ 10%.

Le risque est élevé chez les sujets présentant un indice de masse corporelle bas.

L'hypotension orthostatique est fréquente chez les parkinsoniens à cause de l'altération du système nerveux autonome, des antiparkinsoniens.

Elle est également retrouvée dans certaines lésions du tronc cérébral.

La recherche de l'hypotension orthostatique dans ces études était faite à un moment précis, cela pourrait donc sous-estimer le nombre des sujets qui y sont exposés car son caractère est fluctuant.

**Tableau 1: Prévalence de l'hypotension orthostatique dans plusieurs populations des sujets âgés (2)**

Auteur	Type	Age ( ans)	Nombre	Critère diagnostique	Prévalence	
Caird	Ambulatoire	> 65	495	↓ 20 mmHg TAS à 1 min	24 %	
		>75			30 %	
Mader	Ambulatoire	> 65	300	↓ 20 mmHg TAS à 1 min	11 %	
Rutan	Ambulatoire	> 65	4931	↓ 20 mm Hg TAS ou ↓ 10 mm Hg TAD	16 %	
		Par classe:			65-69	15%
		75-79			20%	
		>85			26%	
Apple gate	Ambulatoire	>60	4736	↓ 20 mmHg TAS à 1 min ↓ 20 mmHg TAS à 3 min	10% 12%	
Ensrud	Ambulatoire	> 65	9704	↓ 20 mmHg TAS à 1 min	19 %	

TAS: tension artérielle systolique TAD: tension artérielle diastolique

**Tableau 2 : Évolution globale de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle pour l'ensemble des groupes à l'orthostatisme passif et actif (3).**

Age (ans)	Sexe (M/F)	Fréquence cardiaque			P.A systolique			P.A diastolique		
		A	S	D	A	S	D	A	S	D
16/25	10/15	25 (100%)	0	0	0	25	0	0	25	0
26/35	14/11	22 (88%)	3	0	0	25	0	1	24	0
36/45	14/11	22 (88%)	3	0	0	25	0	0	25	0
46/55	13/12	19 (76%)	5	1	0	25	0	0	25	0
56/65	9/16	15 (60%)	10 (40%)	0	2	22 (88%)	1 (4%)	0	24	1 (4%)
66/75	8/17	15 (60%)	8 (32%)	2	0	19 (76%)	6 (24%)	0 (8%)	23	2
76/85	8/17	13 (52%)	10 (40%)	2	0 (36%)	16 (64%)	9	0	20	5 (20%)
> 85	5/20	9 (36%)	16 (64%)	0	0	14 (56%)	11 (44%)	0	21	4 (16%)

**A: augmentation. S: stabilité D: diminution PA : pression artérielle**

## **RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE**

La diminution du retour veineux due au passage à l'orthostatisme par redistribution vers le système veineux splanchnique des membres inférieurs entraîne une baisse du débit cardiaque et de la pression artérielle avec augmentation immédiate de la fréquence cardiaque par levée du tonus vagal.

La régulation de la TA fait intervenir 2 mécanismes :

- les barorécepteurs artériels stimulés par la pression artérielle,
- les mécanismes rénaux par activation du système rénine- angiotensine et contrôle du volume sanguin.

Selon Keks, le passage en position debout entraîne une redistribution de 300 à 500 ml dans les veines des membres inférieurs.

La réponse physiologique initiale (30 premières secondes) est essentiellement régie par des influx sympathiques destinés aux artérioles (par action des barorécepteurs sur les centres vasomoteurs).

Les réponses cardiaques secondaires par augmentation de la fréquence cardiaque et de la contractilité myocardique interviennent si nécessaire.

L'activation de ces réflexes entraîne une augmentation du tonus sympathique et une diminution du tonus vagal.

L'hypertonie sympathique entraîne une libération accrue de noradrénaline qui conduit à une vasoconstriction et une tachycardie.

L'activation du système rénine angiotensine et l'augmentation de l'hormone antidiurétique interviennent par la rétention hydro sodée et la vasoconstriction.

Il existe 2 types d'hypotension orthostatique:

- neurogénique,

- sympathicotonique.

Dans l'hypotension orthostatique neurogénique (par altération organique du système nerveux autonome), la fréquence cardiaque n'augmente pas ou peu (inférieure à 10 battements / min): cas des maladies neurologiques (p.ex le syndrome de Shy- Drager).

Alors que dans l'hypotension orthostatique sympathicotonique, la fréquence cardiaque augmente (supérieure à 15 battements /min.) : cas d'hypovolémie.

Chez la personne âgée, il existe des changements physiologiques qui sont responsables de l'hypotension orthostatique:

- la diminution de la compliance artérielle,
- la réduction du remplissage cardiaque diastolique,
- l'augmentation de la tortuosité du système veineux,
- la diminution des taux de rénine, angiotensine et aldostérone.

Les réponses à une stimulation sympathique sont diminuées alors que l'activité des nerfs sympathiques et les taux plasmatiques des catécholamines sont élevées.



## **SPECIFICITES GERIATRIQUES DIAGNOSTIQUES** **ET CLINIQUES**

La recherche de l'hypotension orthostatique doit être précédée par un repos d'au moins 10 minutes en décubitus dorsal où une première mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque est faite, suivie du lever rapide avec des mesures de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque à 1 minute puis à 3, 5 et 10 minutes.

La répétition des mesures lors de l'épreuve d'orthostatisme est importante car la réponse est variable d'un moment à l'autre.

Selon l'expérience de Belmin, 4 mesures suffisent pour établir le diagnostic.

Une table basculante peut être utilisée dans la recherche de l'hypotension orthostatique.

L'appareil de mesure automatique permet de respecter la cinétique des mesures en programmant la répétition toutes les minutes (1).

**Les circonstances de découverte** de l'hypotension orthostatique sont:

- les malaises ou syncopes,
- les chutes à répétition,
- les vertiges ou céphalées,
- les nausées ou vomissements.

Parfois la découverte de l'hypotension orthostatique est faite après les fractures, la survenue de la peur de marcher et la perte d'autonomie.

### **L'examen clinique**

Il permet donc de rechercher l'hypotension orthostatique ainsi que les symptômes pouvant l'accompagner tels que les malaises, les vertiges, la pâleur cutanée, les signes de

déshydratation, les palpitations cardiaques, les épisodes de bradycardies, les pertes d'urines ou de selles.

Il doit être fait de la tête aux pieds, sans oublier l'examen neurologique complet.

Il permet de préciser le mécanisme de l'hypotension orthostatique en fonction de la pression artérielle diastolique et de la fréquence cardiaque:

- si les deux sont élevées: l'axe barorécepteur est fonctionnel; ce qui correspond à une origine hypovolémique globale ou relative.
- si la fréquence cardiaque ne s'élève pas en orthostatisme, la pression artérielle diastolique reste diminuée: l'axe barorécepteur ne fonctionne pas; l'origine est donc neurogène ou dysautonomique.

### **Les examens paracliniques**

Ils seront prescrits en fonction de l'étiologie.

En général, il s'agit de la numération de la formule sanguine, l'ionogramme sanguin, la glycémie veineuse à jeun et le dosage de la vitamine B12, l'électrocardiogramme.

D'autres examens complémentaires seront demandés en fonction de l'orientation étiologique.

### **L'orientation étiologique**

L'iatrogénie reste la principale cause de l'hypotension orthostatique chez la personne âgée.

Les principaux médicaments impliqués sont (1):

- les médicaments cardio-vasculaires : les antagonistes du canal calcique, les bêtabloquants, les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes de l'angiotensine II les autres antihypertenseurs, les vasodilatateurs, les anti- arythmiques,...
- les médicaments du système nerveux central : les antalgiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antiparkinsoniens, les benzodiazépines et autres anxiolytiques, les anti-migraineux, les vasodilatateurs et oxygénateurs cérébraux.

-les autres : les alpha-1bloquants utilisés dans l'adénome prostatique, les anticholinergiques tels que les anti-émétiques, les anti-histaminiques, les anti-spasmodiques, l'atropine.

Les autres causes de l'hypotension orthostatique sont fonction de la fréquence cardiaque:

\*Hypotension orthostatique associée à une diminution de la fréquence cardiaque:

syncope vagale, certains médicaments.

\*Hypotension orthostatique associée à une fréquence cardiaque augmentée ou normale par:

Origine asympathicotonique: par altération du système nerveux autonome :

-Neuropathies périphériques: alcoolisme, Biermer, diabète, amylose, insuffisance rénale, syndrome paranéoplasique, carence en vitamine B12.

-Atteinte du système nerveux central: AVC dont séquelles, tumeurs cérébrales, maladie de Parkinson, démences sous-corticales, encéphalopathies carentielles dont encéphalopathie de Gayet- Wernicke, syndrome de Shy –Drager,...

Origine sympathicotonique:

-Hypovolémie vraie ou relative: déshydratation, anémie, alitement prolongé, insuffisance veineuse, position debout prolongé, cirrhose hépatique décompensée, trouble de conduction, insuffisance cardiaque.

-Maladies cardio-vasculaires: hypertension artérielle, troubles de rythme et de conduction, les cardiomyopathies.

-Maladies endocriniennes: insuffisance surrénalienne, dysthyroïdie, phéochromocytome, insuffisance antéhypophysaire.

-Troubles ioniques: hypokaliémie, hyponatrémie.

### **Les conséquences de l'hypotension orthostatique**

Elles sont graves et surviennent sur un terrain déjà fragilisé.

Il faut rechercher des vertiges, des malaises ou syncopes.

Les chutes sont plus fréquentes en raison des troubles visuels, d'équilibre ou de posture pre- existants.

Ces chutes sont responsables de :

- multiples fractures ou traumatismes pouvant entraîner des séquelles invalidantes
- accidents hémorragiques,
- la phobie de marche,
- la décompensation des tares existantes,
- la mort.

**Tableau 3: Les principales causes de l'hypotension orthostatique(2)**

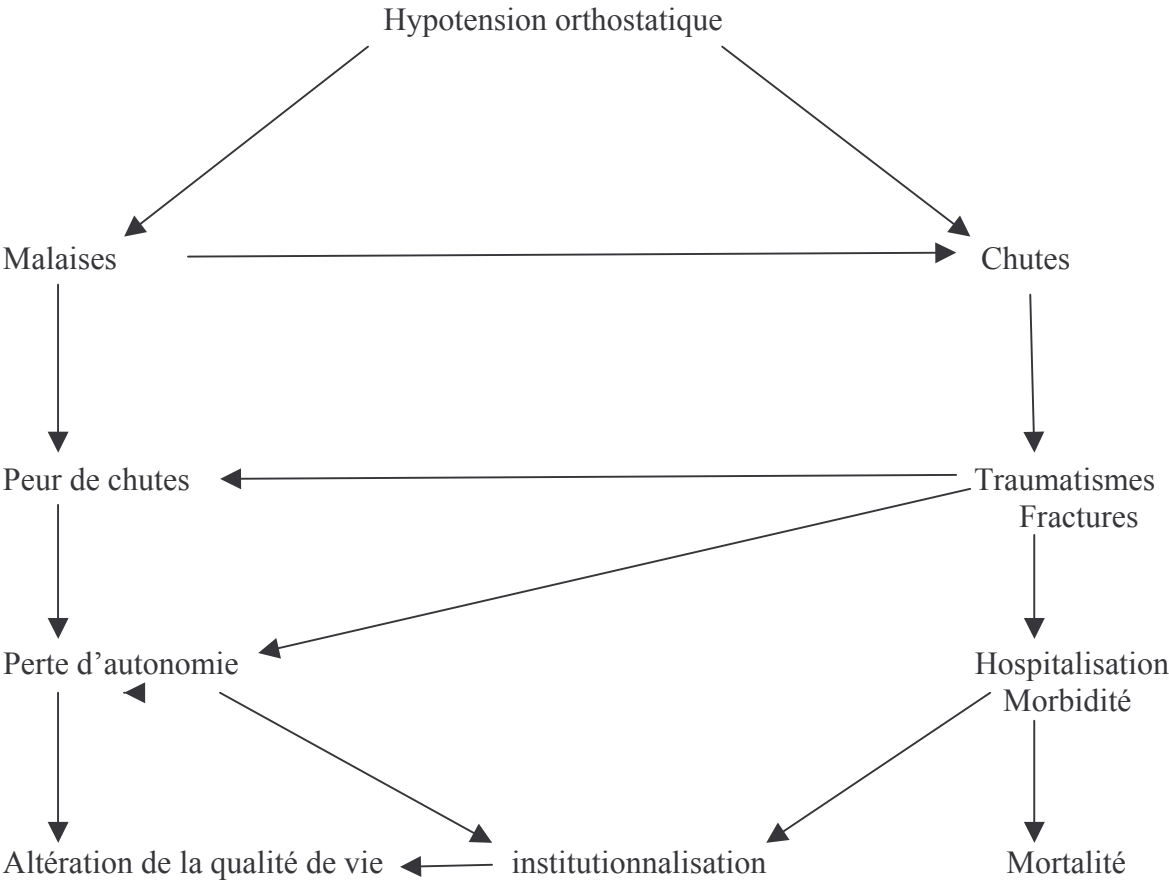
<b>CAUSES IATROGENES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diurétiques, vasodilatateurs, bêta-bloqueurs, les antihypertenseurs, anti-arythmiques</li> <li>- antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, anti- parkinsoniens,</li> <li>- anti- cholinergiques: anti- émétiques, anti- spasmodiques, anti- histaminiques</li> </ul>
CAUSES NEUROLOGIQUES	<p>Centrales: AVC, Maladie de Parkinson, lésions de tronc cérébral</p> <p>Périphériques: neuropathies: alcool, diabète, Carence en vitamine B12</p>

HYPOVOLEMIE

- Déshydratation
- Anémie
- Alitement prolongé

AUTRES CAUSES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cardio- vasculaires: ACFA, insuffisance cardiaque</li> <li>- endocriniennes: insuffisance surrénalienne, hypothyroïdie, phéochromocytome</li> <li>- Syndrome de Shy Drager</li> <li>- Syndromes paranéoplasiques</li> <li>- Hypotension orthostatique idiopathique</li> </ul>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tableau 4** résumant les principales conséquences de l’hypotension orthostatique chez le sujet âgé(1,4).



## **METHODOLOGIE**

Nous avons réalisé une étude rétrospective de septembre 2006 à août 2007 sur une population des personnes âgées, résidant au sein d'un EHPAD situé dans le Val d' Oise.

Sa capacité d'accueil est de 92 lits dont 10 en unité protégée d'Alzheimer.

L'âge moyen des résidants est de 84,32 ans.

La durée moyenne de séjour dans l'établissement est de 47,81 mois.

L'équipe soignante de cet EHPAD est composée d'un médecin coordonnateur dont le temps de travail est de 0,50 ETP, de 11 médecins traitants, d'une équipe paramédicale faite de 5 infirmières diplômées d'état, des kinésithérapeutes libéraux, d'une psychologue, de 9 aides soignants et des auxiliaires de vie, un service diététique extérieur.

Dans cet EHPAD, le médecin coordonnateur et le personnel paramédical s'investissent dans chacun dans son rôle pour .

Les critères d'inclusion suivants étaient retenus :

- le sexe masculin et féminin,
- l'âge > 65 ans,
- les chutes à répétition ou risques accentués,
- les malaises,
- la polymédication.

Les critères d'exclusion étaient:

- la grabatisation,
- les chutes purement mécaniques,
- la marche avec déambulateur,
- la cécité,
- la mobilité réduite avec périmètre de marche inférieur à 5 mètres.

Les dossiers médicaux étaient consultés avec l'objectif de recueillir toutes les informations nécessaires à cette étude, sans oublier les fiches de surveillance qui en font partie.

Le registre de chute ou malaise et de transfert hospitalier étaient également consultés.

Le médecin coordonnateur veille à la bonne tenue de ces dossiers médicaux .

Cette tâche ne lui est pas facile à cause du nombre élevé des utilisateurs et devant son temps de travail assez limité.

Heureusement grâce à son étroite collaboration avec le personnel paramédical (infirmiers diplômés d'état, kinésithérapeutes, aides soignants, auxiliaires de vie), il parvient à ses fins.

Les difficultés rencontrées durant cette étude étaient :

- la mesure de la pression artérielle parfois irrégulière devant les symptômes pre-cités,
- sa répétition quelques minutes après l'orthostastisme,
- le manque de certaines informations utiles dans le dossier ou fiches, constatés surtout quand il s'agit du personnel remplaçant,
- l'effectif réduit du personnel paramédical ainsi que le temps assez limité pour réaliser cette surveillance,
- les difficultés pour convaincre le médecin à traitant à s'impliquer dans ce travail bien que son temps est très limité.

Nous nous sommes intéressés aux personnes à risque d'hypotension orthostatique qui avaient bénéficié d'une surveillance régulière de la pression artérielle, d'une conduite thérapeutique particulière telle que :

- \* la modification, l'instauration ou l'arrêt d'un traitement,
- \* la mise en place d'une surveillance particulière avec établissement d'un projet des soins,
- \* le recours à une équipe pluridisciplinaire,
- \* l'orientation en milieu hospitalier.

Au total 12 cas ont été inclus dans notre étude.

## CAS CLINIQUES

	CAS N°1	CAS N°2	CAS N°3	CAS N° 4
SEXE- AGE	M- 82 ans	F- 87 ans	M- 71 ans	F- 87 ans
POIDS/ DENUTRITION	dénutri	non	dénutri	non
ANTECEDENTS	HTA Pace Maker Alzheimer	Démence Ulcère jambe Lunettes	Cancer prostate avec métastases	AVC, HTA Alzheimer Ostéoporose Trouble de la marche
TRAITEMENTS	Plavix Sectral Largactil Risperdal Depakote Imovane	Ebixa Remunyl Vasten	Dépakine Clastoban Morphiniques Cortancyl Diffu K	Isoptine Eupressyl Aricept Trileptal Théralène Rispedal
CHUTES	répétées	non	non	répétées
MALAISES	non	répétés avec Hb= 9G/dl	répétés	répétés



HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	oui:	oui	non	oui
HOSPITALISATION	non	non	non	non
EVALUATION	Arrêt Risperdal Renutryl Kiné marche Stimulation cognitive	Tardyféron Fortimel Protocoles pansements Passage en UPA	Arrêt des morphiniques Fortimel Topalgic Soins palliatifs	Arrêt Théralène et Eupressyl Kiné marche et équilibre

	CAS N° 5	CAS N° 6	CAS N° 7	CAS N° 8
SEXE- AGE	F- 93 ans	F- 84 ans	F- 102 ans	M- 69 ans
POIDS/ DENUTRITION	non	non	oui	non
ANTECEDENTS	Phlébite-Embolie pulmonaire HTA- ACFA Sténose carotide Ostéoporose	ACFA, BPCO Insuffisance Cardiaque, HTA, Troubles cognitifs Fracture main	HTA, Anémie Hypothyroïdie Glaucome Fracture fémur Escarres	DNID, Arthrose Insuffisance rénale modérée Agitation psychomotrice
TRAITEMENTS	Kardegic Lercan- Lasilix Vasten Cordarone Nootropyl Seropram- Serc	Hyperium Kardegic Amlor, Stilnox Seropram Lasilix	Sectral, Levothyrox Imovane	Tahor Kardegic Glucophage, Haldol Triatec
CHUTES	oui	oui	oui	oui
MALAISES	répétés	répétés	répétés	non
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	oui	oui	oui	oui

HOSPITALISATION	non	Oui: Trauma crânien, Fracture nez, Hématome sous dural	non	Oui pour insuffisance rénale
EVALUATION	Arrêt Nootropyl, serc, Lasilix, Lercan Ajout : Amlor, Ebixa, Exelon	Arrêt seropram et kardegic kiné, décédée à l'hôpital après sa chute	Anémie, mise sous tardyféron + spéciafoldine crèmes HP : clinutren, antalgiques, kiné fiches alimentation, hydratation, douleur	Découverte d'insuffisance rénale avec hyperkaliémie + anémie : Arret triatec ajout tardyféron + spéciafoldine caltrate, dose haldol diminuée dialyse

	CAS N° 9	CAS N° 10	CAS N° 11	CAS N° 12
SEXE- AGE	F- 90 ans	M- 81 ans	F- 84 ans	M- 83 ans
POIDS/ DENUTRITION	non	oui	non	non
ANTECEDENTS	Alzheimer HTA Malaises et chutes à répétition	Alzheimer TVP AVC Escarres Fausses routes	Alzheimer IDM Hypothyroïdie PTH 1 mois avant l'admission Dépression	ACFA Insuffisance cardiaque
TRAITEMENTS	Aricept Corenitec	Risperdal Exelon Tardyféron Foldine Diffu K Fortimel HP	Acebutolol, Amlor Levothyrox, Renitec, Targocid Simvastatine Plavix, Aricept	Lasilix Diffu K Cordarone Fortimel HP Risperdal
CHUTES	répétés	Oui dès son admission	oui	non
MALAISES	répétés	non	non	oui
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	oui	oui	oui	oui

HOSPITALISATION	Oui pour fracture pertrochantérienne	Oui: fracture col fémur	non	non
EVALUATION	Arrêt Corenitec Kiné marche Fiche alimentation Fiche hydratation, Fiche élimination,	Dès son admission: fiches alimentation, hydratation, prévention escarres, PSI: soins palliatifs: duogesic ACR 10 jours après	Kiné Anémie par Targocid: arrêté Tardyféron, Spéciafoldine Reprise de marche avec canne	Trouble comportement ajout Risperdal, arrêté Car constipation Ajout laxatifs Fiche alimentation, élimination Diminution Lasilix

## DISCUSSIONS

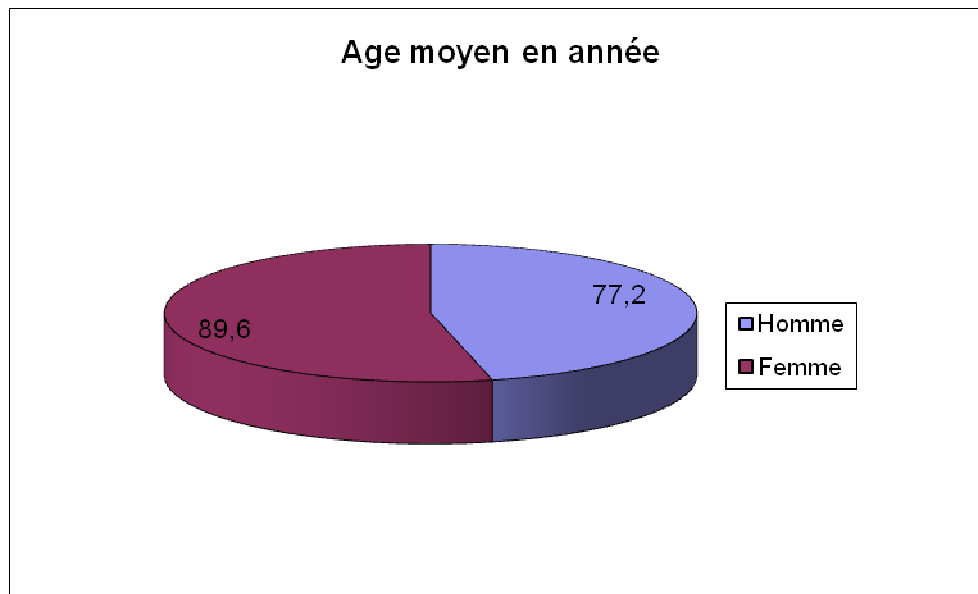
Dans cette étude, les éléments suivants sont analysés :

- l'âge et sexe,
- les antécédents médicaux,
- le facteur dénutrition,
- les traitements médicaux,
- la notion de chute ou malaise,
- l'existence de l'hypotension orthostatique,
- l'orientation,
- la conduite thérapeutique au cas par cas,
- l'évaluation et la mise en place d'un projet de soin individualisé.

### A. Répartition par âge

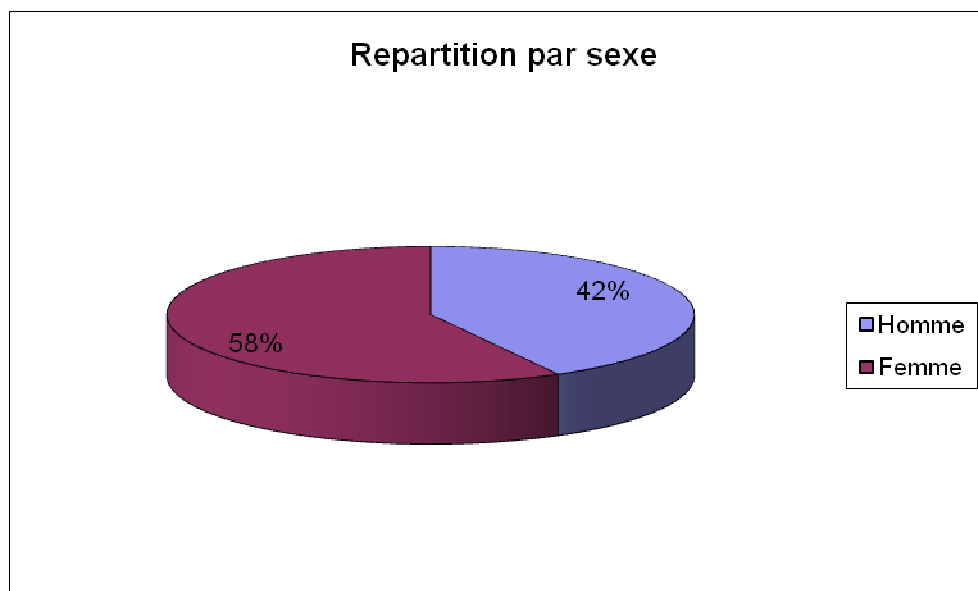
L'âge moyen des résidants inclus dans cette étude est de 84,4 ans, correspondant à la moyenne d'âge de l'établissement.

Elle est plus élevée chez les femmes que les hommes.



#### B. Répartition par sexe

Parmi les 12 cas étudiés: les femmes représentent un échantillon important par rapport aux hommes.



### C. Répartition par sexe et classe d'âge :

L'histogramme ci-contre montre que dans notre étude aucun homme avait plus de 85 ans alors que 5 femmes étaient dans la tranche d'âge de 86 à 95 ans, une avait plus de 96 ans. Aucune femme n'avait moins de 76 ans, alors que 2 hommes avaient entre 65 et 75 ans, 1 femme entre 76 et 85 ans contre 2 hommes.

Ce qui confirme les résultats ci-hauts, la moyenne d'âge dans la population féminine reste plus élevée que dans la population masculine .



### D. Les chutes

Dans notre étude, les personnes ayant présenté au moins une chute représentent 75 % dont 50 % des femmes contre 25% des hommes.

Ceux qui n'ont pas chuté représentent 25% dont plus d'hommes(17%) que des femmes(8%).

		hommes	femmes	
chutes	oui	3(25 %)	6(50%)	9(75%)
	non	2 (17%)	1 (8%)	3(25%)
		5	7	12

#### E. Les malaises

67% des personnes âgées ont présenté des malaises dont 50% des femmes contre 17% des hommes.

En comparant les 2 tableaux, nous constatons qu'il y a moins de malaises que de chutes dans la population masculine, alors que le nombre des femmes présentant une chute est égal à celui des femmes présentant un malaise.

		hommes	femmes	
malaises	oui	2 (17%)	6(50%)	8(67%)
	non	3(25 %)	1 (8%)	4(33%)
		5	7	12

## F. Les antécédents médicaux et traitements

La polymédication est un facteur favorisant fréquent comme décrit dans la littérature, car plus de la moitié de la population étudiée (75 %) avait plus de 4 médicaments associés au long cours dont un cardiotrope et un psychotrope.

Parmi les cardiotropes, les anti- hypertenseurs occupaient près de 67 %. Leur correction avait permis de réduire l'hypotension orthostatique.

10 sujets étudiés ( 83%) étaient concernaient par les pathologies cardio- vasculaires, dont la de liste est l' HTA, suivies des troubles de rythme et des maladies thrombo- emboliques.

Un autre facteur favorisant retrouvé était l'hypovolémie. Peu de personnes étaient déshydratées car les moyens mis en place pour surveiller et corriger l'hydratation des résidents dans l'ensemble étaient bien appliqués.

4 cas d'anémie étaient corrigés par la traitement médicamenteux, dont un avec insuffisance rénale et hyperkaliémie nécessitant une hémodialyse.

La dénutrition était corrigée par des suppléments alimentaires.

D'autres pathologies neuro- vasculaires étaient retrouvées dont la démence type Alzheimer, dans cet EHPAD qui dispose d'une UPA, les accidents vasculo- cérébraux.

L'utilisation des morphiniques suite au cancer de la prostate avec métastases a fait l'objet de son remplacement par d'autres antalgiques et de l'intervention de l'équipe des soins palliatifs.

## G. Hospitalisation

Dans cette étude, le nombre des cas ayant nécessité une hospitalisation s'élève à 4(33%).

Les causes de l'hospitalisation étaient:

- 1 cas pour anémie avec découverte de l'insuffisance rénale corrigée par hémodialyse,
- 3 cas de traumatisme dont 2 pour fracture du col de fémur opérée, 1 pour traumatisme crânien avec fracture des os propres du nez, compliqué d'hématome sous dural.

Les hospitalisations étaient principalement liées aux conséquences de l'hypotension

orthostatique( fracture, traumatisme crânien compliqué d' hématorne sous dural) , un cas seulement était hospitalisé pour prise en charge spécialisée de l'anémie sur insuffisance rénale.

Les 2 cas de décès enregistrés étaient dus aux conséquences de l'hypotension orthostatique.

Nous remarquons qu'une meilleure prise en charge en EHPAD a permis de limiter le nombre d'hospitalisation avec ses nombreuses conséquences auprès de ces personnes déjà fragilisées par l'existence des polyopathologies.

Le dépistage précoce de l'hypotension orthostatique a permis aussi d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

#### H. Rôle du médecin coordonnateur

L'action du médecin coordonnateur a consisté à :

- identifier les sujets à risque,
- faire participer les équipes dans le dépistage de l'hypotension orthostatique par le contrôle régulier de la pression artérielle auprès des sujets à risque le matin au réveil ou l'après midi après la sieste,
- donner son avis auprès des médecins libéraux concernant la polymédication, l'instauration, la modification ou l'arrêt d'un traitement médical,
- voir avec ces derniers sur l'importance du traitement non médicamenteux, sauf dans certains cas précis,
- orienter les personnes concernées si besoin dans des unités spécialisées avec l'accord du médecin traitant, pour une meilleure prise en charge,
- former et informer le personnel paramédical quand à la mesure de la pression artérielle en orthostatisme et sa répétition,
- stimuler la réhabilitation des fonctions motrices ou cognitives par l'intermédiaire des paramédicaux libéraux ou non,



- la mise en place avec l'équipe soignante d'un plan de soin individualisé.

Les différents axes sur lesquels le médecin collaborateur est intervenu sont :

1. L'éducation du patient :

-des exercices fréquents dont la dorsi- flexion des pieds avant le lever, les contractions isométriques du bras,

-ne pas se lever brutalement, rester assis au bord de son lit quelques minutes avant,

-éviter la position debout prolongé,

-utiliser un urinal si besoin.

2. L'alimentation avec la participation de la diététicienne:

-la prise de café le matin (2 tasses : environ 250 mg de caféine par jour)

-l'arrêt du régime désodé dans certains cas,

-un bon équilibre alimentaire et hydrique justifiant des feuilles de surveillance de nutrition, d'hydratation, d'élimination pour bien quantifier les apports et les pertes.

Ces feuilles nécessitent une attention particulière et doivent être à jour.

-le sevrage éthylique,

3. D'autres moyens non médicamenteux utilisés sont :

-l'utilisation de la contention veineuse élastique des membres inférieurs en absence de l'artériopathie de ces membres,

-la rééducation de la motricité et de l'équilibre, certaines activités physiques permettant d'améliorer l'adaptation posturale par des masseurs kinésithérapeutes,

-la stimulation cognitive.

4. La surveillance régulière des prescriptions médicamenteuses en vue d'arrêter ou remplacer le médicament incriminé par l'intermédiaire des médecins traitants.

-le traitement du facteur favorisant.

4.L'orientation de la personne âgée dans un service de médecine interne ou dans une autre

unité spécialisée pour une prise en charge adaptée.

Ces objectifs sont atteints grâce à la participation active de toute l'équipe soignante ou non, avec une évaluation permanente du médecin coordonnateur.

Il faudrait pour y arriver plus de moyens humains et matériels pour une meilleure prise en charge de la personne.

## **CONCLUSION**

Cette étude nous montre combien le rôle du médecin coordonnateur est important dans le dépistage de l'hypotension orthostatique.

Elle entraîne des conséquences néfastes sur la vie de la personne âgée.

Ce dépistage doit être précoce dès l'admission de la personne âgée en EHPAD, et poursuivi durant son séjour, surtout pour les sujets à risque.

Ceci implique une analyse plus ciblée des feuilles de surveillance d'alimentation, élimination et d'hydratation, ainsi que le recueil dans un registre des personnes à risque important de chute ou malaise.

Le dépistage précoce permettra d'éviter de nombreuses chutes qui sont délétères pour la personne âgée.

Sous son dynamisme, le médecin coordonnateur :

- met en jeu tous les acteurs de santé qui interviennent auprès du résident,
- participe à la formation de certains membres de l'équipe soignante,
- sensibilise les collaborateurs libéraux sur l'importance de la bonne tenue du dossier

médical et des soins, l'importance des différentes feuilles de surveillance.

Cette démarche résulte d'une meilleure connaissance de la personne institutionnalisée, des notions de bases sur l'hypotension orthostatique, sa prise en charge curative et préventive. Ainsi, le médecin coordonnateur pourra accomplir son rôle de compagnon qui a quelques compétences à partager, toujours dans l'intérêt de la personne âgée, pour lui permettre une meilleure qualité de vie.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Belmin J. L'hypotension orthostatique du sujet âgé : comment ne pas manquer le diagnostic, comment le traiter ? La revue de gériatrie décembre 2000 décembre ; 25(10) : 777- 785.
2. Büla Ch. Orthostatic hypotension in the elderly. Schweiz Rundsch Med Prax 1996 February 6; 85 (6): 145-9.
3. Hugues FC, Le jeune C, Munera Y. Cardiovascular responses to passive and active orthostatism in healthy subjects, in relation to age. Pathol Biol(Paris) 1991 sept; 39 (7): 674- 80.
4. Belmin J, Chassagne PR, Gonthier R et autres. L'hypotension orthostatique du sujet âgé. Masson Paris 2003 ; 24 : 159- 163.
5. Bletry O. Hypotension orthostatique. Traité de médecine 1996, 3 : 72-6
6. Low P.A, Opfer- Gehrking T.L, Mc Phee B.R. Prospective evaluation of clinical characteristics of orthostatic hypotension.
7. Raphael JC, Annane D. Methods of investigating orthostatic hypotension. Rev Med

## **REMERCIEMENTS**

Tout particulièrement à Madame le professeur Rigaud Sophie ainsi qu'à toute l'équipe enseignante du diplôme universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, pour la qualité pédagogique de l'enseignement, ainsi que leur disponibilité.

Aux Docteurs Benattar Linda, Sahnoun Fatma et toute l'équipe de la résidence ORPEA 95, pour m'avoir reçu avec bienveillance, avoir permis et facilité la réalisation de ce travail.

Au Docteur Musemba Justine,  
pour m'avoir encouragée et guidée dans ce travail.  
Ses conseils et sa grande disponibilité appellent toute ma reconnaissance.

A mon mari et toute ma famille,

pour l'affection, la patience, la compréhension et les encouragements.

A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près dans l'accomplissement de ce travail.