

FICHE

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

Validée par le Collège le 10 février 2021

Mise à jour le 19 janvier 2023

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, difficultés à avaler, 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 et en général conduite par le spécialiste : toxique (alcool, médicaments), auto-immune, infectieuse, paranéoplasique, neuropathie amyloïde.

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

Tests cliniques et examens complémentaires

Devant ces différents profils, une évaluation clinique et divers examens complémentaires des systèmes sympathique ou parasympathique sont réalisés. Certains ne nécessitent pas d'équipement spécifique, mais tous sont chronophages et difficiles à réaliser au cabinet de ville. L'expérience montre qu'ils sont néanmoins chacun séparément peu sensibles dans le cadre du COVID long et qu'il est souhaitable alors d'adresser le patient en consultation spécialisée en cas de manifestation prolongée et invalidante c'est-à-dire ayant un retentissement dans la vie sociale et professionnelle, pouvant aller jusqu'à l'arrêt de travail.

Quel examen faire en priorité en médecine de ville ?

Il n'y a pas un examen plus sensible qu'un autre et leur combinaison est nécessaire pour porter un diagnostic. En revanche, chercher une hypotension orthostatique sans accélération du pouls ou un syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS), est facile à réaliser, mais après 10 minutes de repos allongé et à renouveler à 1, 3, 5 et 10 minutes après la mise en station debout.

Les critères du POTS sont :

- \nearrow FC \geq 30 battements/min (ou \geq 40 /min chez les 12 à 19 ans) dans les 10 minutes suivant le passage en orthostatisme, et
- L'absence d'hypotension orthostatique (\searrow \geq 20/10 mm Hg de la PA dans les 3 min suivant le passage en orthostatisme), et
- La présence d'une inadaptation orthostatique ou aux changements positionnels variables (étourdissements, palpitations, tremblements, faiblesse généralisée, vision trouble, fatigue), avec amélioration rapide dès le retour au décubitus.

À partir de quand envoyer au spécialiste pour savoir s'il faut faire des explorations ?

Le spécialiste intervient dès lors que les manifestations ont un retentissement social et professionnel ou que le patient rapporte les tolérer difficilement. Il n'est pas possible de donner un délai. Des manifestations très brutales et très invalidantes doivent faire consulter rapidement, principalement pour éliminer une autre cause, tandis que des manifestations d'installation plus progressive mieux tolérées pourront être évaluées plus tardivement.

Prise en charge thérapeutique

Les moyens à disposition pour réduire ces symptômes, l'hypotension orthostatique en particulier, 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 rapidement.
- 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.

Les stratégies pharmacologiques, après avis spécialisé, sont les suivantes :

- de petites doses de bêtabloquants peuvent être prescrites en cas de tachycardie sinusale mal supportée, après bilan à la recherche d'une autre cause et en l'absence de contre-indication ;
- l'ivabradine peut être proposée en seconde intention, après avis cardiologique, si inefficacité ou mauvaise tolérance des bêta-bloquants ;
- s'il existe une hypotension orthostatique neurogénique seulement :
 - la midodrine (Gutron®), au plus tard 4h avant le coucher ; en 2-3 prises à augmenter très progressivement (total 30 mg/j),
 - en présence d'une HTA associée, éviter les diurétiques, les bêtabloquants et privilégier les bloqueurs du système rénine angiotensine aldostérone, plutôt le soir,
 - pour les patients n'ayant pas d'HTA, un sympathomimétique (α 1-angoniste) de courte durée d'action, la fludrocortisone (Flucortac®) peut être utilisée. Le mode d'action est une rétention sodée ayant pour conséquence une expansion volémique ;
- la dompéridone est préconisée en 1^{re} intention devant les troubles gastriques (accélération de la vidange gastrique) (cf. Résumé des caractéristiques du produit) ;
- pour les manifestations gastro-intestinales et vésico-sphinctériennes, le patient est confié aux spécialistes d'organes afin d'éliminer formellement un obstacle.

Ces troubles dysautonomiques à la suite d'une COVID-19 ne répondant pas aux mesures simples semblent peu fréquents.

L'exploration ne doit donc pas être systématique et réservée aux formes sévères.

Références bibliographiques

1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Lettre aux professionnels de santé. Dompéridone (Motilium® et génériques) : bénéfique/risque défavorable chez l'enfant de moins de 12 ans et rappel du bon usage. 28/06/2019. <https://ansm.sante.fr/actualites/la-domperidone-motilium-et-generiques-ne-doit-plus-etre-utilisee-chez-lenfant-de-moins-de-12-ans>
2. 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>
3. Elghozi EL, Sénard J-M. Prise en charge de l'hypotension orthostatique. *AMC pratique* 2014;(232) :14-22.
4. Ewing DJ. Cardiovascular reflexes and autonomic neuropathy. *Clin Sci Mol Med* 1978;55(4):321-7. <http://dx.doi.org/10.1042/cs0550321>
5. Freeman R. Clinical practice. Neurogenic orthostatic hypotension. *N Engl J Med* 2008;358(6):615-24. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp074189>
6. 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)
7. Low P. *Clinical autonomic disorders*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1977.

8. Low PA, Tomalia VA, Park KJ. Autonomic function tests: some clinical applications. *J Clin Neurol*. 2013 Jan;9(1):1-8. doi: 10.3988/jcn.2013.9.1.1. Epub 2013 Jan 3. PMID: 23346153; PMCID: PMC3543903
9. 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)
10. 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/dmso.S214085>
11. 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.
12. Waeber B, Pruvot E. Hypotension orthostatique : à quoi penser et que faire ? *Rev Med Suisse* 2013;9:1618-21.
13. Papadopoulou M, Bakola E, Papapostolou A, et al. Autonomic dysfunction in long-COVID syndrome: a neurophysiological and neurosonology study. *J Neurol*. 2022;269(9):4611-4612. doi:10.1007/s00415-022-11172-1
14. Asarcikli LD, Hayiroglu Mİ, Osken A, Keskin K, Kolak Z, Aksu T. Heart rate variability and cardiac autonomic functions in post-COVID period. *J Interv Card Electrophysiol*. 2022;63(3):715-721. doi:10.1007/s10840-022-01138-8
15. Shouman K, Vanichkachorn G, Cheshire WP, et al. Autonomic dysfunction following COVID-19 infection: an early experience. *Clin Auton Res*. 2021;31(3):385-394. doi:10.1007/s10286-021-00803-8

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Symptômes dysautonomiques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19**, méthode de réponse rapide, 10 février 2021, mise à jour en janvier 2023
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr