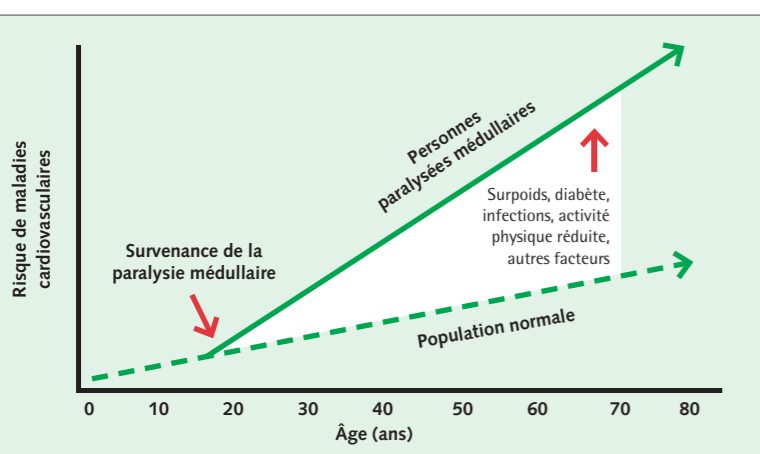


Paralysie médullaire et hypertension artérielle

Dans le numéro précédent, nous avons examiné les conséquences d'une tension artérielle trop basse, ou du moins inférieure à la normale. C'est l'aspect auquel on pense en premier, car l'hypotension trop sévère constitue un problème dangereux concomitant des blessures médullaires aiguës. Le fait que le patient puisse développer par la suite une hypertension (pression artérielle trop élevée) est moins connu.

On observe chez les personnes affectées depuis longtemps d'une lésion basse que la tension se normalise et qu'elle peut même se transformer en hypertension (pression artérielle trop élevée). En effet, les paraplégiques comme les piétons voient avec l'âge leur tension augmenter en continu. Plus la lésion est basse et plus une hypertension artérielle tendra à se développer. Il est même étonnant de voir que les paraplégiques sont bien plus souvent concernés par l'hypertension que ne l'est la population normale, les hommes présentant au demeurant un risque plus élevé que les femmes.

Phillips et Krassioukov ont constaté en 2015, comme le montre le graphique, que le risque de maladie cardiovasculaire ou d'accident vasculaire cérébral était plusieurs fois supérieur chez les paralysés médullaires que dans le reste de la population, même si ceux-ci évitaient les facteurs de risque connus.



Il semble que la paralysie médullaire exerce une influence néfaste sur différents organes et systèmes du corps humain. Il s'en suit une perte d'élasticité des artères, une diminution de la taille du cœur (surtout quand les lésions sont hautes) et des troubles de l'irrigation du cerveau. La discussion sur les raisons de ce phénomène délétère se poursuit et, pour l'heure, aucun concept clair ne permet d'y remédier.

Une étude néerlandaise de l'Université d'Utrecht datant de 2016 s'est penchée un peu plus en détail sur l'hypertension artérielle (J. Adriaansen et al.). Sur les 282 blessés médullaires du panel (tous paralysés depuis plus de 10 ans), 21,5% présentaient une hypertension artérielle. 17% étaient déjà sous traitement de ce fait et 3,3% devaient subir des examens complémentaires à l'issue de l'étude.

Définition de l'hypertension

Tension artérielle systolique (pression maximale) ≥ 140 mmHg ou tension artérielle diastolique (pression minimale) ≥ 90 mmHg en moyenne, après avoir pris au moins deux mesures en position assise au cours de deux visites médicales au minimum.

(d'après l'European Society of Hypertension)

Les sujets paraplégiques étudiés dont la lésion se situait au-dessous de Th 6 avaient dix fois plus de chances de développer une hypertension que les autres personnes tests tétraplégiques. Par conséquent, la hauteur de lésion supérieure chez les tétraplégiques semble quelque part les protéger contre l'hypertension artérielle. Mais l'étude montrait aussi que plus les sujets tests étaient âgés, plus le diagnostic d'hypertension était fréquent – à l'instar du reste de la population.

En cas de paralysie médullaire, les complications du système urogénital, qui sont le type le plus fréquent, sont tenues pour coresponsables de la hausse constatée en matière d'hypertension artérielle. Les infections répétées des voies urinaires provoquent des affections rénales telles qu'une pyélonéphrite (inflammation du bassin) ou une néphrite (inflammation du rein) et peuvent même conduire à une insuffisance rénale.

Hypertension artérielle essentielle

Chez deux tiers des patients, il est impossible d'identifier comme cause secondaire de l'hypertension une affection physique ou une complication provenant de la paralysie médullaire. Dans ce cas, on parle alors d'hypertension artérielle essentielle (idiopathique ou primaire).

Parce que l'hypertension est le facteur de risque le plus important de décès par maladie cardiovasculaire (par exemple, infarctus du myocarde, AVC, rupture d'anévrisme, etc.), il y a donc lieu de s'en préoccuper lors des bilans de santé annuels ambulatoires. Sont particulière-

ment exposées les personnes de plus de 45 ans dont la lésion médullaire inférieure à Th 6 remonte à plus de 20 ans et dont les analyses de laboratoire révèlent un excès de lipides sanguins (hypercholestérolémie). Un examen plus précis de l'hypertension complètera l'analyse du sang et des urines par un électrocardiogramme et une mesure de la pression artérielle sur 24 heures.

Mesure correcte de la tension

L'obtention de valeurs fiables suppose de prendre correctement la tension artérielle sur le plan technique. Le stress ou l'énerverment lié à une visite médicale ne constituent généralement pas de bonnes conditions, car le patient doit pouvoir se détendre quelques minutes avant que la tension ne soit prise. Le tensiomètre utilisé devrait en outre être étalonné à intervalle régulier et le brassard adapté à la circonférence du haut du bras (largeur du brassard = environ 40% du tour de bras). Le brassard doit se trouver à hauteur du cœur. Lors de la mesure, la décompression doit s'effectuer lentement (2 mmHg/sec). Après la première prise, le patient devrait rester assis ou couché, avant que ne soit effectuée une seconde mesure au bout d'une à deux minutes.



Un tensiomètre sur 24 heures permet de retracer l'évolution de la pression artérielle tout au long de la journée. Parallèlement, le patient tient un journal de ses activités durant cette période. Il est ainsi possible de déceler les phases d'hypertension (douleur, spasticité, vessie pleine, apnée du sommeil, etc.) et celles d'hypotension (entraînement en position debout, sommeil, syncope vagale, c'est-à-dire perte soudaine de connaissance). En journée, la tension est normalement 10-20% plus élevée que la nuit. Cette différence disparaît en cas de tétraplégie, car les systèmes autonomes qui font augmenter la pression artérielle sont interrompus.

Les possibilités de prévention

On tente tout d'abord d'éliminer les facteurs de risque généraux connus, qui pourraient être responsables de l'hypertension artérielle. Pour y arriver, il est primordial de changer ses habitudes de vie.

Les mesures suivantes s'imposent entre autres:

- Limiter l'ingestion journalière de sel de cuisine à 5-6 g
- Restreindre sa consommation d'alcool (max. par jour: 20-30 g pour les hommes, 10-20 g pour les femmes)
- Manger davantage de légumes, de fruits et de produits laitiers
- Perdre du poids pour atteindre un IMC inférieur à 25 kg/m² ou un tour de taille n'excédant pas 102 cm pour les hommes et 88 cm pour les femmes (N.B. Il n'est pas prouvé que le tour de taille puisse servir de référence chez les paralysés médullaires.)
- Faire régulièrement de l'exercice pendant 30 min au moins, l'idéal étant d'opter pour un entraînement dynamique modéré 5 à 7 jours par semaine
- Renoncer au tabac

Les thérapies à disposition

Les diurétiques étaient autrefois les plus utilisés pour traiter l'hypertension. Entre-temps, ils ont cédé la place d'abord aux bêtabloquants, puis aux inhibiteurs de l'ECA et aux antagonistes des récepteurs AT1.

Les diurétiques abaissent la tension en augmentant la sécrétion urinaire rénale. La vessie doit être vidée plus fréquemment et la personne paralysée médullaire devra, le cas échéant, se sonder plus souvent. L'usage de diurétiques nécessite toujours de surveiller l'équilibre électrolytique (équilibre sodique), car l'élimination concerne non seulement l'eau, mais aussi le sodium et le potassium. Les bêtabloquants abaissent la fréquence cardiaque et diminuent de ce fait la pression artérielle, mais beaucoup de patients se sentent fatigués et flapis. Les antagonistes des récepteurs AT1 sont les mieux supportés et sont efficaces. Ils peuvent aussi être associés à des diurétiques. En combinaison avec des médicaments antispastiques, il est même possible que l'effet hypotenseur s'en trouve renforcé.

Un traitement correct de l'hypertension abaisse le risque d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral ou de maladies coronariennes, et ce, pas uniquement chez les piétons.

Dr en méd. Hans Georg Koch

Phillips A., Krassioukov A. Contemporary Cardiovascular Concerns after Spinal Cord Injury: Mechanisms, maladaptations and management. In: Journal of Neurotrauma 32, 1927-1942 (2015)

Adriaansen Jacinthe J. E. et al. Prevalence of hypertension and associated risk factors in people with long-term spinal cord injury living in the Netherlands (2016)

Curt A., Nitzsche B., Rodic B., Schurch B., Diez V. Assessment of autonomic dysreflexia patients with spinal cord injury. In: Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 62, 473-477 (1997)