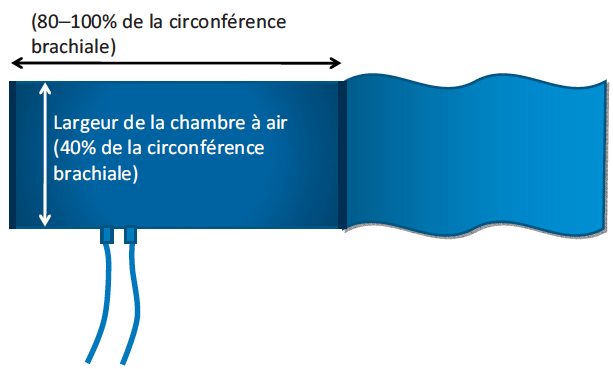


**Hypotension orthostatique et Test de Schellong**

**Pédiatrie**

DEROULEMENT DU TEST :

1. Le patient est en **position couchée depuis 10 minutes**. Prendre la tension artérielle (ta systolique et diastolique) et le pouls (**T0** = après 10 minutes couché au calme).
2. Veiller à placer un brassard **de taille adaptée** (voir images ci-dessous), à hauteur du cœur du patient.



1. **Mettre ensuite le patient debout** et prendre la tension artérielle systolique et diastolique **et** le pouls à **1** min., **3 min.** (= moment de mesure le plus approprié), **5** min. et **10** min.

**Nb :** Le patient en position debout doit rester **immobile**.

1. **Arrêt du test** si le patient **devient symptomatique** (voir plus bas), recoucher le patient et +/- relever les jambes et considérer le test comme positif.

REMARQUES :

* Le test de Schellong est très peu sensible (sensibilité≈ 30%) mais très spécifique (spécificité ≈100%) 🡪 Un test de Schellong négatif n’exclue pas une hypotension orthostatique ; par contre un test de Schellong positif confirme le diagnostic d'hypotension orthostatique.
* Lors d’un test de Schellong chez un sujet **« normal »**, on observe les modifications suivantes : la FC augmente de 15-20 battements/min ; la TA systolique baisse de 5-10 mmHg ; la TA diastolique reste stable voir augmente légèrement.
* Le test de Schellong sera considéré comme positif si au moins 1 des critères suivants est mis en évidence :
  + Chute de la TA systolique ≥ 20 mmHg ou hypotension (TA systolique < 70 mmHg + 2 x âge ; < 90 mmHg chez l'adolescent et l'adulte). Nb : si le patient est un hypertendu chronique, le test sera considéré positif que pour une baisse de la TA systolique> 30 mmHg.
  + Chute de la TA diastolique≥ 10 mmHg.
  + Patient symptomatique : fatigue, flashs lumineux, tâches noires devant les yeux, malaise, vertiges/perte d’équilibre, nausées, bourdonnements d’oreilles, douleurs dans la nuque, palpitations, tête vide, céphalées, troubles neurologiques, autres...
* A noter que la mesure de la FC est utile car une absence d’accélération réflexe du cœur parle en faveur d’une atteinte du système nerveux autonome central ou périphérique ; A l’inverse une accélération exagérée de la FC (>20/min chez l’adulte) évoque plutôt l’existence d’une déshydratation/hypovolémie.

En cas de test négatif, si l’anamnèse est très suggestive, discuter de la nécessité de refaire le test à distance ou de réaliser un « tilt test » qui est plus sensible que le test de Schellong +/- Holter.

ETIOLOGIES FRÉQUENTES D’HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE : hypovolémie (ex : post virose), alitement prolongé, handicap physique, émotions, coup de chaleur, médicaments (diurétiques, anti hypertenseurs, antidépresseurs tricycliques, antipsychotiques), neuropathies périphériques (rechercher trouble de la transpiration, rétention urinaire, constipation), mastocytose, …

TRAITEMENTS : En l’absence de signe d’appel pour une pathologie, on peut débuter pour un adolescent par une augmentation de l’hydratation (1.5-2 L /jour) et des apports en sels de 3-10 g de NaCl/jour (bouillons), se lever lentement, contracter les muscles des cuisses avant de se lever, faire du sport et si cela reste insuffisant discuter d’un traitement -adrénergique de midodrine (Gutron®) ou étilefrine (Effortil®) ou encore minéralocorticoïde (Florinef®).

*Ressources :*

*- Evaluation of syncope in adults, Olshansky Brian, mars 2009, disponible sur UpToDdate® 18.6.*

*- Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1618-21*

*- SURF guidelines Médecine interne générale 2012*