Hôpital du Valais
Spital Wallis



Pression artérielle et maladie de Parkinson

08.10.2026

Vadim AFANASIEV

Médecin adjoint

Service de Neurologie

Hôpital de Sion

Les fluctuations de la pression artérielle

Debout

La pression peut diminuer au lever ou après plusieurs minutes debout.

Après un repas ou un effort

La pression peut baisser pendant la digestion ou lors de l’activité physique.

Couché et la nuit

La pression peut devenir élevée, parfois sans symptôme.

Ces situations peuvent coexister chez une même personne.

[12] Fanciulli A et al., 2026

L’hypotension orthostatique : définition

Chute de 20 / 10 mmHg

Une baisse persistante au passage debout

Au moins 20 mmHg pour la pression systolique (1er nombre) OU 10 mmHg pour la pression diastolique (2nd nombre), dans les 3 premières minutes.

Les deux chiffres du tensiomètre

Le premier correspond à la contraction du cœur, le second à son relâchement.

[1] Wieling W et al., 2022 [5] Fanciulli A et al., 2018

Autres formes de baisse de la pression artérielle

Forme	Quand survient-elle ?	Comment la repérer ?
Orthostatique retardée	Après plus de 3 minutes debout	Le médecin prolonge le test si les symptômes persistent.
Baisse très précoce et transitoire	Immédiatement après le lever	Un brassard peut la manquer. Une mesure continue peut aider.
Postprandiale	Dans les 2 heures après le repas	Baisse systolique ≥ 20 mmHg par rapport à avant le repas.

Un test normal à un seul moment ne suffit pas toujours à écarter le problème.

[1] Wieling W et al., 2022 [11] Lamotte G et al., 2024 [12] Fanciulli A et al., 2026

Les symptômes à reconnaître en lien avec la chute de PA

Un apport sanguin insuffisant au cerveau

Étourdissement, vision floue, faiblesse ou perte de connaissance.

Des signes parfois moins évidents

Fatigue, ralentissement de la pensée, douleur à la nuque ou aux épaules.

Un lien avec la position

Les signes apparaissent debout et s’améliorent assis ou couché.

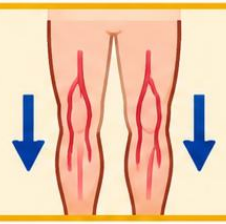
Une hypotension peut aussi rester sans symptôme.

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025

Le réflexe qui stabilise la pression

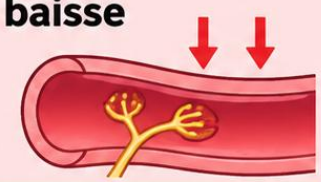
1 Au passage debout

La gravité retient une partie du sang dans les jambes et l'abdomen.
Le cœur reçoit moins de sang.



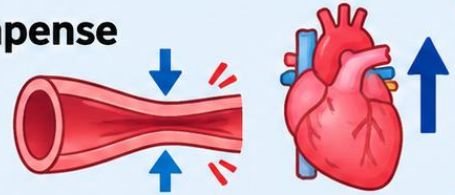
2 Les capteurs de pression détectent la baisse

Les barorécepteurs déclenchent une réponse automatique : le **barorfélexe**.



3 Le système nerveux autonome compense

Les vaisseaux se resserrent et le cœur ajuste son activité pour maintenir la circulation.



4 Résultat

Le système nerveux autonome contrôle ces fonctions sans effort volontaire.

La pression artérielle est stabilisée

Schéma fait avec ChaGPT 6.1, édition payante

[3] Kaufmann H et al., 2020 [8] Kamo H et al., 2025

Ce que la maladie de Parkinson modifie



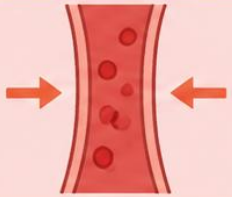
Maladie de Parkinson

Atteinte des nerfs autonomes
(au-delà des circuits du mouvement)



Moins de noradrénaline au lever

Les terminaisons sympathiques libèrent insuffisamment ce messager.
Les vaisseaux se resserrent trop peu.



Une compensation insuffisante

Le retour du sang vers le cœur et la pression diminuent.
Le pouls augmente souvent peu.



Pouls augmente peu

On parle d'hypotension orthostatique neurogène
lorsque l'origine est nerveuse.

Schéma fait avec ChaGPT 6.1, édition payante

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [3] Kaufmann H et al., 2020 [12] Fanciulli A et al., 2026

À quel moment de la maladie ?

Avant les signes moteurs, chez certains patients

Une hypotension neurogène peut précéder le diagnostic de Parkinson.

Dès les premières années

Elle existe aussi chez des patients récemment diagnostiqués, avant tout traitement par Madopar, Sinemet ou autre.

Avec l'évolution

Sa fréquence augmente. L'âge, les maladies associées et les médicaments contribuent également.

Cohorte de 185 patients : 65,4 % présentent une hypotension au moins une fois sur 7 ans.

[1] Wieling W et al., 2022 [4] Hiorth YH et al., 2019 [12] Fanciulli A et al., 2026

Les situations qui favorisent la baisse de la pression artérielle

Situation	Pourquoi la pression baisse-t-elle ?
Lever, station debout prolongée	Le sang s'accumule dans les territoires situés sous le cœur.
Repas copieux, riches en glucides	La circulation digestive mobilise davantage de sang.
Chaleur, alcool, effort intense	La dilatation des vaisseaux favorise la baisse de pression.
Déshydratation, anémie, médicaments	Le volume circulant ou la compensation cardiovasculaire deviennent insuffisants.

La lévodopa et les agonistes dopaminergiques peuvent contribuer. Le médecin réévalue le traitement.

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [6] Fanciulli A et al., 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [12] Fanciulli A et al., 2026

Mesurer et noter à domicile

1. Au repos couché

Après 5 minutes de repos, mesurez la pression et le pouls.

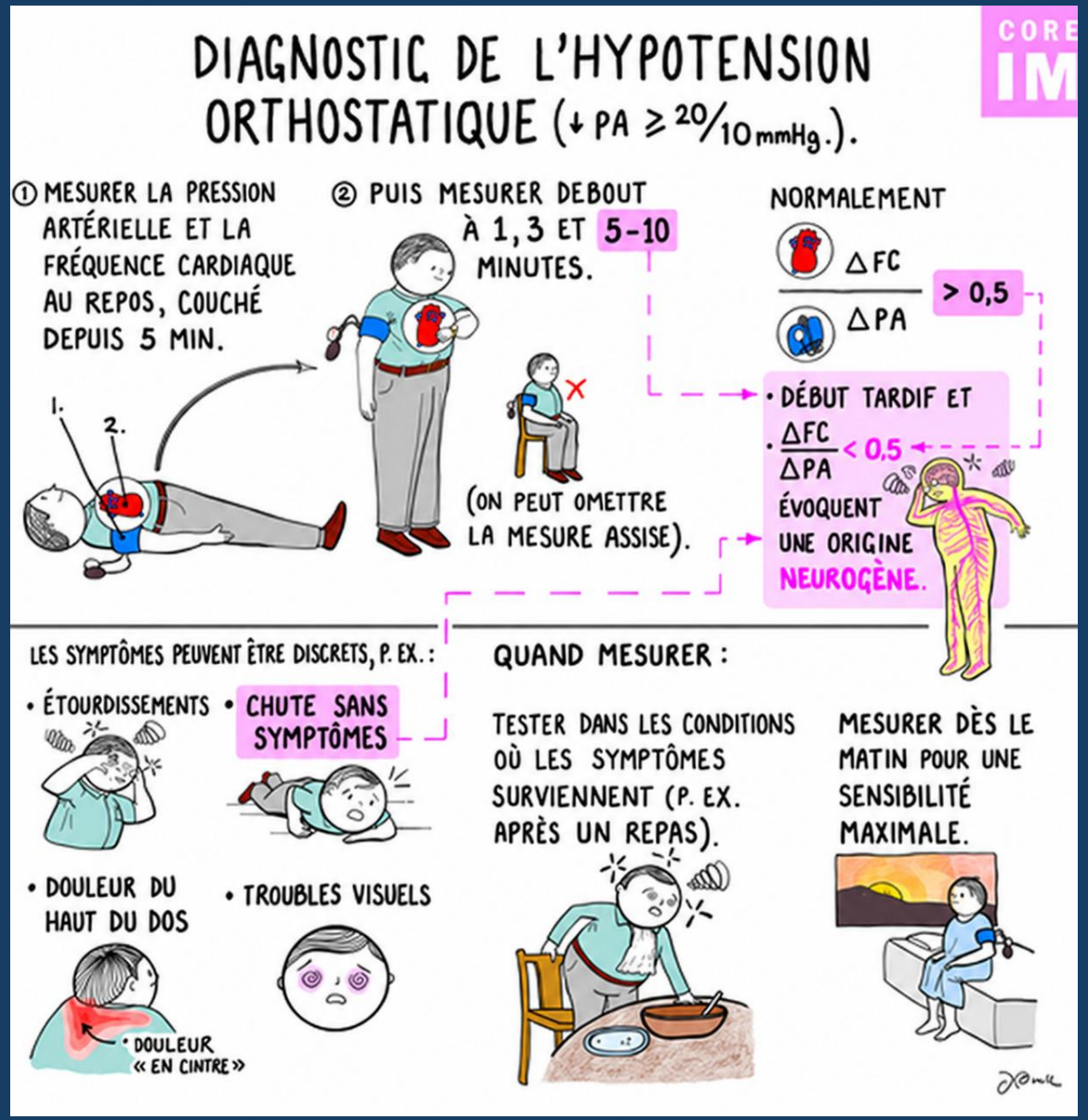
2. Debout, avec une aide si nécessaire

Répétez la mesure debout à 0 minute puis après 1 minute, 3 minutes, 5 minutes, 10 minutes. Asseyez-vous si un malaise apparaît.

3. Dans le carnet

Notez position, heure, symptômes, repas et prises de médicaments. Apportez les résultats en consultation.

Une mesure ambulatoire de la PA sur 24 heures (MAPA) peut préciser les baisses diurnes et l'hypertension nocturne.



[1] Wieling W et al., 2022 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [12] Fanciulli A et al., 2026

Traitements sans médicament : la journée

Mesure	Mise en pratique	Précaution
Lever progressif	Passez d'abord en position assise avant de vous lever.	Un proche vous aide si l'équilibre est fragile.
Contractions musculaires	Contractez jambes et fessiers. Croisez les jambes si l'équilibre le permet.	En cas de malaise, asseyez-vous ou allongez-vous.
Bas de contention, parfois ceinture abdominale	Une compression ajustée réduit l'accumulation de sang dans les jambes	La faire adapter. Les bas courts sont moins efficaces que les bas jusqu'aux cuisses.
Réduction des déclencheurs	Évitez la station debout immobile et les douches très chaudes.	Repérez vos situations à risque dans le carnet.

[6] Fanciulli A et al., 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [9] Fanciulli A et al., 2016

Mesures sans médicament : eau et nuit

Mesure	Bénéfice recherché	Précaution
Hydratation régulière	Les revues proposent souvent environ 2 à 2,5 L par jour.	Quantité à adapter en cas de maladie cardiaque ou rénale.
Eau avant une situation à risque	500 mL bus rapidement peuvent augmenter brièvement la pression.	Seulement si cela convient à votre état et à votre déglutition.
Tête du lit surélevée	Réduit les pertes nocturnes de sel et d'eau et peut aider au lever.	Inclinaison à ajuster avec l'équipe. Sécurisez les levers nocturnes.
Repos en journée	En cas d'hypertension couchée, privilégiez une position inclinée.	Le traitement doit tenir compte de la pression couchée.

[1] Wieling W et al., 2022 [2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [6] Fanciulli A et al., 2020 [11] Lamotte G et al., 2024

L'alimentation et la pression

1 Des repas plus petits et plus fréquents

Ils limitent la baisse de pression liée à la mobilisation de sang vers la digestion.



Petit-déjeuner | Collation | Déjeuner



Collation | Dîner

Plus petits, mais plus fréquents

2 Moins de sucres dans un même repas

Les repas très riches en glucides et les boissons sucrées peuvent accentuer la baisse postprandiale de pression.

À limiter



À privilégier



3 Sel et boissons : une adaptation individuelle

Un apport supplémentaire de sel aide à retenir l'eau, mais peut aggraver une hypertension couchée, des œdèmes ou une insuffisance cardiaque.

Apport en sel
(si indiqué par le médecin)



Aide à retenir l'eau

Peut aggraver
(si déjà présent)



Hypertension couchée



Œdèmes (rétention d'eau)



Insuffisance cardiaque



L'apport en sel se décide avec le médecin.



L'alcool favorise les baisses de pression.

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [6] Fanciulli A et al., 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [11] Lamotte G et al., 2024

L’activité physique : bénéfices et limites



Maintenir le conditionnement physique

L’inactivité aggrave l’intolérance à la position debout. Le travail musculaire favorise le retour veineux.

Choisir une position bien tolérée

Vélo semi-allongé ou exercices assis. Le physio adapte le renforcement des jambes.

Tenir compte de la pression après l’effort

L’effort peut aussi provoquer une baisse. Évitez la chaleur et les changements brusques de position.

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [8] Kamo H et al., 2025

Médicaments : les principales options

Traitement	Action et bénéfice	Surveillance
Midodrine	Resserre les vaisseaux. Améliore la pression debout dans les essais sur l'insuffisance autonome.	Hypertension couchée, démangeaisons, rétention urinaire.
Droxidopa	Précurseur de noradrénaline. Certains essais montrent une amélioration des symptômes à court terme.	Hypertension couchée, céphalées. Réponse à réévaluer.
Fludrocortisone	Favorise la rétention de sel et d'eau. Preuves d'efficacité plus faibles.	Œdèmes, baisse du potassium, hypertension et complications cardiaques ou rénales.

Le médecin choisit le traitement et ses horaires.

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [10] Kaufmann H et al., 2014 [11] Lamotte G et al., 2024

Médicaments : situations particulières

Option spécialisée	Place possible	Limites ou risques
Pyridostigmine	Effet modeste sur la pression, parfois en association.	Diarrhée, crampes abdominales, hypersalivation.
Atomoxétine	Renforce l'action de la noradrénaline si les fibres sympathiques restent fonctionnelles.	Réponse variable. Hypertension couchée, insomnie, sécheresse buccale.
Acarbose ou octréotide	Options pour l'hypotension après repas résistante aux mesures habituelles.	Troubles digestifs. L'octréotide nécessite des injections.

Ces options relèvent d'une prise en charge spécialisée. Leurs indications et leur statut réglementaire varient.

[1] Wieling W et al., 2022 [6] Fanciulli A et al., 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025

Quand la pression augmente couché

Point à connaître	Conséquence ou réponse
Définition dans l'hypotension neurogène	Pression systolique ≥ 140 mmHg OU diastolique ≥ 90 mmHg après au moins 5 minutes couché.
Pourquoi le matin est difficile	La pression nocturne élevée augmente les pertes urinaires de sel et d'eau.
Traitements qui remontent la pression	Midodrine et droxidopa peuvent aggraver l'hypertension couchée. Dernière prise à 16h pour la midodrine (Gutron®).
Hypertension persistante importante	Le spécialiste peut envisager un antihypertenseur le soir. Risque de malaise aux levers nocturnes.

Le baroréflexe défaillant amortit mal les variations. Les mécanismes de l'hypertension couchée restent partiellement compris.

[5] Fanciulli A et al., 2018 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [11] Lamotte G et al., 2024 [12] Fanciulli A et al., 2026

Patients et aidants : le plan d’action

Pendant un malaise

Interrompez l’activité. Asseyez-vous ou allongez-vous pour **éviter une chute**.

Pour comprendre vos fluctuations

Reliez les mesures aux symptômes, aux repas, à l’activité et aux horaires des médicaments.

Avec infirmière ou le médecin

Réévaluez les facteurs aggravants, puis les mesures quotidiennes et les traitements si les symptômes persistent.

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 [6] Fanciulli A et al., 2020 [7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 [12] Fanciulli A et al., 2026

Merci pour votre attention

Références scientifiques · 1

[1] Wieling W et al., 2022 — Diagnosis and treatment of orthostatic hypotension. Lancet Neurol. 21:735–746.

https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00169-7

[2] Palma JA, Kaufmann H, 2020 — Orthostatic Hypotension in Parkinson Disease. Clin Geriatr Med. 36:53–67.

https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.09.002

[3] Kaufmann H et al., 2020 — Baroreflex Dysfunction. N Engl J Med. 382:163–178.

https://doi.org/10.1056/NEJMra1509723

[4] Hiorth YH et al., 2019 — Orthostatic hypotension in Parkinson disease: A 7-year prospective population-based study. Neurology. 93:e1526–e1534.
https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000008314

[5] Fanciulli A et al., 2018 — Consensus statement on the definition of neurogenic supine hypertension. Clin Auton Res. 28:355–362.

https://doi.org/10.1007/s10286-018-0529-8

[6] Fanciulli A et al., 2020 — Management of Orthostatic Hypotension in Parkinson’s Disease. J Parkinsons Dis. 10:S57–S64.

https://doi.org/10.3233/JPD-202036

Références scientifiques · 2

[7] Wyant KJ, Kotagal V, 2025 — Orthostatic hypotension in Parkinson’s disease: therapeutic considerations. Ther Adv Neurol Disord. 18.

https://doi.org/10.1177/17562864251363292

[8] Kamo H et al., 2025 — Rehabilitation Strategies for Sleep and Autonomic Symptoms in Parkinson’s Disease. Curr Neurol Neurosci Rep. 25:47.
https://doi.org/10.1007/s11910-025-01433-7

[9] Fanciulli A et al., 2016 — Elastic Abdominal Binders Attenuate Orthostatic Hypotension in Parkinson’s Disease. Mov Disord Clin Pract. 3:156–160.
https://doi.org/10.1002/mdc3.12270

[10] Kaufmann H et al., 2014 — Droxidopa for neurogenic orthostatic hypotension: a randomized, placebo-controlled, phase 3 trial. Neurology. 83:328–335.
https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000615

[11] Lamotte G et al., 2024 — Advice to People with Parkinson’s in My Clinic: Orthostatic Hypotension. J Parkinsons Dis.

https://doi.org/10.3233/JPD-240149

[12] Fanciulli A et al., 2026 — How to treat cardiovascular autonomic failure in Parkinson’s disease. J Neural Transm. 133:215–228.

https://doi.org/10.1007/s00702-025-03096-7