

HYPONATREMIE

Na sanguin < 130 mmol/l

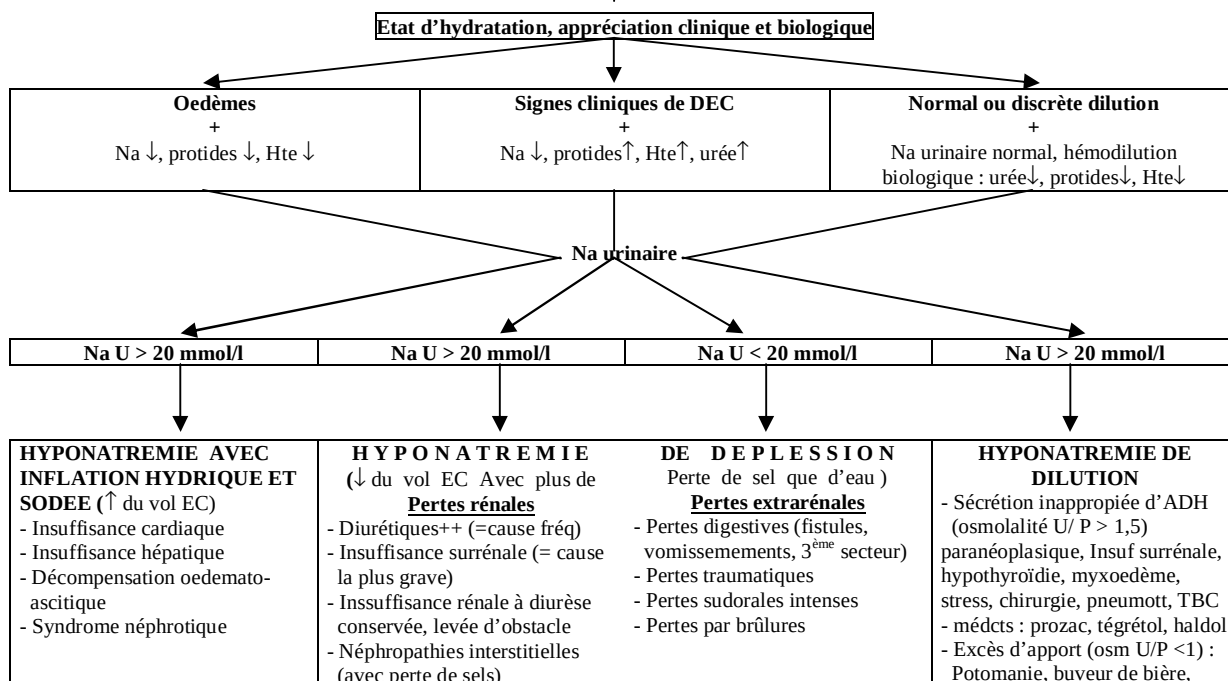
DIAGNOSTIC

SIGNES CLINIQUES	SIGNES PARACLINIQUES	SIGNES DE GRAVITE
<u>Svt asymptomatique (hyponatrémie d'apparition progresssive)</u> <u>Signes digestifs</u> : Nausées, vomissements Dégout de l'eau, anorexie <u>Signes neurologiques</u> : troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, crises convulsives <u>Si Hyponatrémie avec ↑ du volume extracellulaire</u> : œdème, ascite <u>Si Hyponatrémie avec ↓ du volume extracellulaire</u> : DEC avec pli cutané <u>Si Hyponatrémie avec volume extracellulaire normal</u> : prise de poids, peu d'œdème,	<u>Hyponatrémie avec ↑ du volume extracellulaire</u> : Na ↓, protides ↓, Hte ↓ <u>Hyponatrémie avec ↓ du volume extracellulaire</u> : Na ↓, protides ↑, Hte ↑, urée ↑ <u>Hyponatrémie avec volume extracellulaire normal</u> : Na urinaire normal + hémodilution biologique (urée ↓, protides ↓, Hte ↓)	- Na < 120 mmol/l - Signes neurologiques Nb : DEC = perte de poids, pli cutané, ↓TA, pfs seulement orthostatique, tachycardie, hémococoncentration, IR fonctionnelle Si Na > 120 et asympt : pas d'hospitalisation Si correction trop rapide ⇒ quadriparésie Si ↓ Na cpliquée de coma : correct° initiale rapide (1-1,5 mmol/l de Na / h) pdt qq h En dhs de ce cas, ne pas dépasser +12mmol/l /24h. Si Na < 120mmol/l, ne pas dépasser 125-130 mmol/l dans les 1ères 24h

CONDUITE A TENIR

HYPONATREMIE AVEC INFLATION HYDRIQUE ET SODEE (↑ du vol EC = dilution + ↑ de l'eau plus que du stock sodé)	HYPONATREMIE DE DEPLeSSION (↓ du vol EC=plus de perte de sel que d'eau)	HYPONATREMIE DE DILUTION (vol EC normal ou discrète dilution= défaut d'excrétion de l'eau, apport très excessif d'eau)
- <u>restriction hydrique</u> : 300 ml de liquides per os tout compris - <u>apports sodés modérés</u> : 3-6 g de NaCl/j (sachets ou comprimés associés à un régime hospitalier désodé) - <u>diurétiques</u> : Lasilix : 40-60 mg (+Kcl) (le Lasilix entraîne une diurèse d'environ 4-6g/l de Nacl et 2-3 g de Kcl) - <u>épuration extrarénale</u>	correction du déficit sodé déficit Na(mmol/l) = $0,6 \times \text{pds(kg)} \times (140 - \text{Na})$ <u>En absence de troubles digestifs et dans les hyponatrémies asymptomatiques</u> : l'apport de Nacl peut se faire par voie orale ou par sonde gastrique (sérum physiologique, sachets de sel à 1g) <u>Si trbles digestifs ou si Na symptomatique</u> SSI en perfusion iv: ½ ou 1/3 en 24 h <u>Si signes neurologiques</u> : 1- 2 amp de Na 20% en ivl Nb : 1 g Nacl = 17 mmol de Na+ 1 mmol de Na+ = 0,06 g de Nacl 1 l de SSI = 153 mmol	-restriction hydrique 500 voire 200 ml de liquides/24h, associé à un apport de sodium normal, en incluant l'eau contenue dans les aliments solides (en pratique, donner 0 à 300 ml/24h de liquides tels que thé, café au lait, autres boissons et soupes en surveillant la diurèse et en rédigeant très précisément la prescription) le régime est normosodé - si mal toléré : 1-2 amp de Na 20% en ivl/2h pdt 6h +/- Lasilix 40-60ml iv

ETIOLOGIES



NB : Il existe des fausses hyponatrémies : hyperlipidémie, hyperprotidémie (gammopathies, sérum lactescent), hyperglycémie, ↑ [] urée, alcool éthyliq, mannitol, pdt de contraste. Na corrigée = $\text{Na mesurée} + [0,16 \times \Delta (\text{protides} + \text{lipides}) \text{ g/l}] = \text{Na mesurée} + 0,03 \text{ glycémie (mmol/l)}$
 Osmolalité plasmatique (mmol/l) = $\text{Na} \times 2 + \text{urée} + \text{glycémie}$