



HYPONATREMIE



DEFINITION :

Natrémie \leq 134 mmol / l, hypoosmolalité

DIAGNOSTIC :

Anamnèse : bilan de l'eau et du sodium, hyponatrémie = hyperhydratation intracellulaire

Analyse du secteur extracellulaire pour différencier 3 types d'hyponatrémie :

- soit de déplétion = pertes sodées > pertes hydriques rénales ou digestives (déshydratation extra- ϕ) -
- soit de dilution = excès apport hydrique et bilan sodé nul (secteur extra- ϕ normal)
- soit par inflation hydrosodée = surcharge hydrique et salée (hyperhydratation extra- ϕ)

Signes cliniques :

Souvent asymptomatique
Dégoût de l'eau
Crampes, myoclonies
Asthénie, confusion, délire

Signes de gravité :

Convulsions, coma
Signes d'hypertension intracrânienne

PIEGES :

Fausse hyponatrémies avec osmolalité normale (hyperprotidémie, hyperlipidémie) Hyponatrémie avec osmolalité augmentée (mannitol, produits de contraste, alcool éthylique...)

TRAITEMENT :

Correction pas trop rapide : risque de démyélinisation centropontique

Si hyponatrémie asymptomatique :

Restriction hydrique

Si hyponatrémie symptomatique :

Voie veineuse périphérique (VVC si TIH), ionogramme sanguin
Correction de 1 à 2 mmol / l / h, sans dépasser 20 mmol / l / 24 h

Si volume extracellulaire normal ou diminué (PVC, pli cutané) :

NaCl 9 ‰
Surveillance clinique et biologique continue

Si volume extracellulaire augmenté :

Lasilix[®] en fonction de la diurèse
Epuration extra rénale si insuffisance rénale oligoanurique

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux, hydratation, PVC

Position : indifférente

ORIENTATION :

Si asymptomatique : indifférente

Si symptomatique : UHCD, soins continus ou réanimation