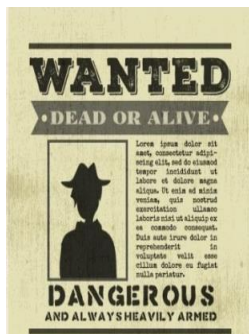




Fiche élaborée par la Commission psychiatrie de l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine – novembre 2017

C'EST QUOI ?



- Hyponatrémie = natrémie < 135 mmol/L
- Anomalie **fréquente**
- Sodium (Na⁺) = principal cation du secteur **extra-cellulaire**
- Hyponatrémie = **excès d'eau par rapport au sodium**
- Caractérisée par :

- **niveau**
- **décali d'installation**
- **symptomatologie**

Profonde	Modérée	Légère
< 125	125 à 129	130 à 134

Rapide	Progressif
< 48 h	> 48 h

Sévère	Modérément sévère	« Asymptomatique »
<ul style="list-style-type: none"> - vomissement - détresse cardio-respiratoire - somnolence profonde, coma - convulsion 	<ul style="list-style-type: none"> - nausée - confusion - céphalée - asthénie 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles des fonctions supérieures et de l'équilibre - Ostéoporose - Fractures



ANTICIPER L'HYPONATRÉMIE

RECHERCHER DES FACTEURS DE RISQUE



Facteurs de risques



Attention : le risque d'hyponatrémie ↗ si association de médicaments hyponatrémiantes et chez le patient âgé +++.

Psychotropes	Diurétiques	Divers
ANTIDÉPRESSEURS	THIAZIDIQUES ET APPARENTÉS +++	ANTI-HTA
<ul style="list-style-type: none"> • IRS +++, tous (ex : fluoxétine, sertraline, citalopram,...) • IRSNA +++, tous (ex: venlafaxine, duloxétine,...) • AUTRES + (mirtazapine, miansérine) • IMIPRAMINIQUES +, tous 	dont indapamide	• IEC/SARTANS +
	DE L'ANSE +	ANALOGUE ADH
	HYPERKALIÉMIANTS ++	• DESMOPRESSINE +++
ANTICONVULSIVANTS		IPP +
oxcarbazépine, carbamazépine +++ ac. valproïque, lamotrigine, lévétiracétam +		AINS +
NEUROLEPTIQUES +		TRAMADOL +
BENZODIAZÉPINES + (rare)		SULFAMIDES HYPOGLYCÉMIANTS +
		+ ANTICANCÉREUX, PEG, INHIBITEURS DE PROTÉASE, MICONAZOLE +

Avant	Mesurer la natrémie et évaluer les facteurs de risque d'hyponatrémie : médicaments associés, patient âgé, période post-opératoire, hydratation excessive (orale ou intraveineuse)...
Pendant	Contrôler la natrémie si: -signes cliniques d'hyponatrémie -facteurs de risque d'hyponatrémie associés
Si hyponatrémie	Arrêter ou diminuer la posologie du(des) médicament(s) suspect(s)

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

DÉMARCHE?

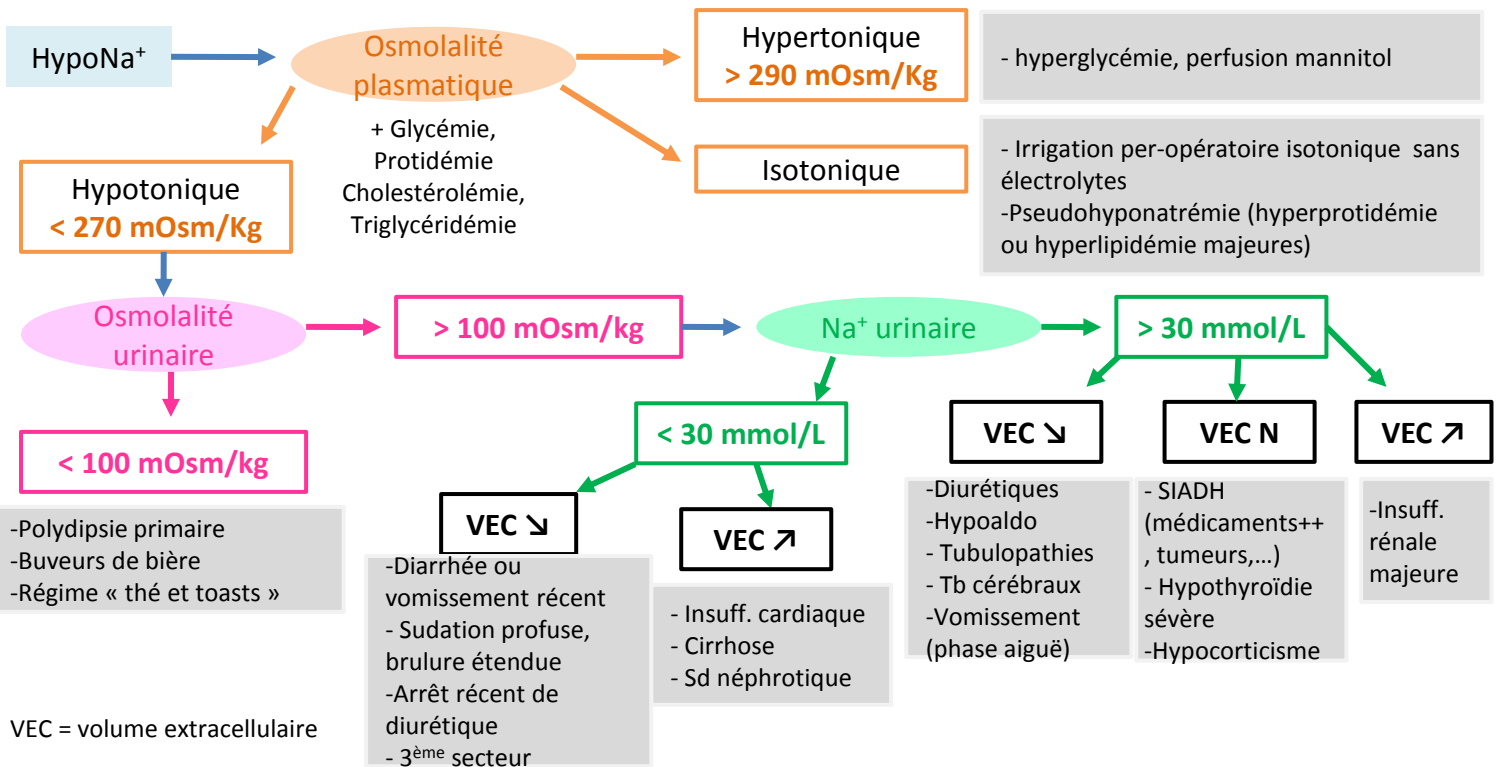


Etiologies nombreuses

analyse clinique : contexte, antécédents, médicaments en cours, examen clinique (**état d'hydratation ++**)
analyse biologique : ci-dessous



Attention : des **causes concomitantes** peuvent fausser l'interprétation des résultats biologiques présentée ci-dessous.



PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE D'UNE HYPONATREMIE HYPOTONIQUE

+ Associés à une prise en charge adaptée aux étiologies



En cas d'étiologie médicamenteuse, **réévaluer le bénéfice/risque** du médicament en cause

Symptômes	Sévères	Modérés	Asymptomatique
Hospitalisation	Oui En unité de soins intensifs – Réanimation URGENCE	Oui	Si patients âgés/fragiles, selon la situation clinique et la profondeur de l'hyponatrémie
Modalités de prise en charge	NaCl hypertonique en bolus Jusqu'à disparition des symptômes mais sans dépasser 10 mmol/l/24h	Correction + lente	Restriction hydrique ou Apport en NaCl (si déficit) Sans dépasser 8 mmol/l/24h (risque de myélinolyse du tronc cérébral)