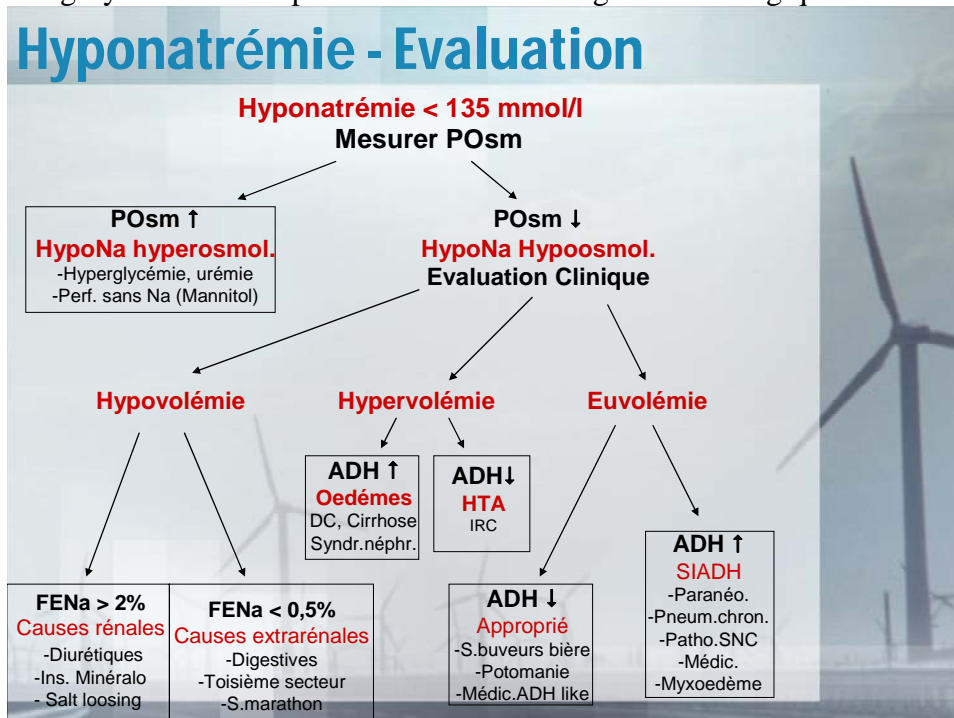


# L'hyponatrémie de la personne âgée

Dr. Luc Radermacher  
Service de néphrologie  
CHR Citadelle Liège

La prévalence des troubles électrolytiques et en particulier des hyponatrémies, augmente de manière exponentielle après 65 ans, pour atteindre plus de 7% chez les plus de 90 ans. Contrairement aux plus jeunes, les causes sont le plus souvent multifactorielles associant défaillances multiorganiques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance surrénalienne, BPCO, ...), polymédications (diurétiques, IECA, sartans, AINS, agents neurotropes divers) et erreurs diététiques (dénutrition, potomanie).

L'algorithme suivant permet d'orienter le diagnostic étiologique :



L'hyponatrémie chronique supérieure à 125 mEq/L est rarement symptomatique et ne nécessite guère d'intervention médicale, si ce n'est d'éviter les drogues les plus hyponatrémiantes (diurétiques, IECA, sartans, AINS, Carbamazépine) et corriger les erreurs diététiques. L'hyponatrémie chronique < 125 mEq/L peut participer à un état confusionnel et mérite alors une action sur les facteurs étiologiques. La correction rapide de toute hyponatrémie chronique, par perfusion de NaCl hypertonique par exemple, doit être évitée car à haut risque de myélinolyse centro-pontique aux effets neurologiques désastreux et irréversibles.

C'est l'hyponatrémie aiguë qui est la plus délétère. Elle peut mener rapidement à un état comateux pour des valeurs de natrémie même > 125 mEq/L. Celle-ci survient le plus souvent à l'occasion de modifications thérapeutiques (introduction d'une drogue hyponatrémiante) ou lors d'un état septique avec insuffisance surrénalienne aiguë secondaire, ou encore lors d'accès de potomanie. Le risque est d'autant plus grand qu'une hyponatrémie chronique existe déjà au préalable. Dans ces formes aiguës, lorsque la situation clinique le justifie (coma), une correction rapide de la natrémie par perfusion de NaCl hypertonique est autorisée, alors toujours en unité de soins intensifs.