

Le Sodium (Dr X Warling)

1° Hyponatrémie :

L'hyponatrémie (NA < 135 meq/l) est lié à une perturbation de l'homéostasie de l'eau libre, avec une sécrétion d'ADH (vasopressine) inadéquate.

L'osmolarité sanguine est basse, ce qui provoque un transfert d'eau vers le secteur CELLULAIRE, d'où HYPERHYDRATATION CELLULAIRE, qui suivant son intensité et sa vitesse d'apparition entrainera les symptômes.

(! L'osmolarité sanguine est néanmoins normale s'il s'agit d'une **hyponatrémie « fictive »**, liée a une élévation importante, des protéines sériques, de la glycémie, ou des lipides.)

De façon schématique, 3 cas de figure :

a) hypoNA avec **HYPOVOLEMIE** :

- par perte rénale (NA urin > 20meq/l)

- par perte extrarénale (Na urin < 10meq/l)

Traitement : rendre du NaCl

b) hypoNA avec **NORMOVOLEMIE** :

- Polydipsie (entre autre les grands buveurs de bière) (ADH normal)

- SIADH (osmol sg \searrow , osmol urinaire \uparrow , ac urique et urée \searrow , NA urin >

20 meq/l, ADH \uparrow)

Traitement : restriction hydrique ;

c) hypoNA avec **HYPERVOLEMIE** (oedèmes)

NA urin < 10 meq/l, osmol urin augmentée

Traitement : restriction eau et sel

2° Hypernatrémie :

+ rare

Situation de déshydratation cellulaire

NA > 145 meq/l

Osmol sanguine augmentée

Entraine sensation de soif d'où correction,

Sauf situations particulières (nourissons, vieillards, post op, ...)

2 situations à retenir :

1° diabète insipide neurogénique, (traitement par minirin)ou néphrogénique (trait par indocid)

2° déshydratation globale, entre autre diurèse osmotique du diabète décompensé.