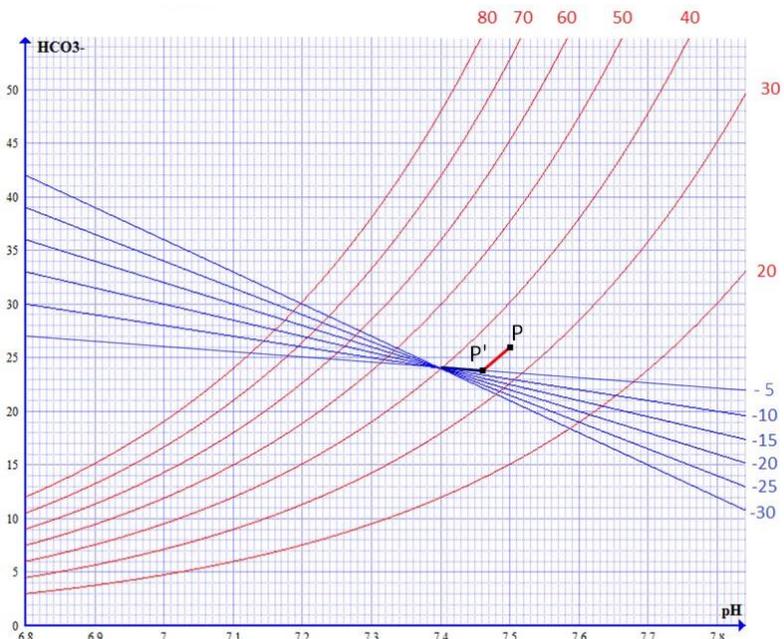


	Extrac = Qté Na+ = bilan sel = SRAA		Intrac = osm pl = bilan eau = ADH	
	Hyperhydr.	Déshydr.	Hyperhydr.	Déshydrat.
Natrémie	++	- -		
Osmolarité			- -	++
Clinique	- <b>Œdèmes</b> (blancs, mous, indolores, déclives, prenant le godet) - <b>prise de poids (/j)</b> - HTA → OAP	- <b>pli cutané</b> (sternum ou cuisse) - <b>perte de poids (/j)</b> - hypot°  → choc hypovolémique	- <b>dégoût de l'eau</b> - <b>nausées, vomissements</b>  → <b>tbles conscience, coma, convulsions</b>	- <b>soif</b> - <b>sécheresse muqueuses</b> - <b>fièvre</b>  → <b>coma, convulsions</b>
Biologie	Hémodilut°	HémoC° (augm protidémie et Ht)	Posm < 280 mmol / kg d'eau Natrémie tjrs basse	Posm > 300 mmol/kg d'eau Natrémie haute <i>ou Nml ou basse (si glucose ou mannitol)</i>
Causes	- Apport sel +++ - Eliminat° sel - - - car - IR - IC - cirrhose - Sd néphrotique	- Pertes sel +++ Rénales : diurétiques Extra-rénales : dig, cut	- eau totale > pool sodé car - perte sodées ++ (vomissements, diarrhées) - Ø éliminat° H2O (car sent hypovol → réabsorbe H2O ++) - SIADH (tumeurs, psychotropes)	- perte eau +++ - Rénales : diabète insipide (car Ø ADH ou ADH pas efficace car mut R, HyperCa2+, ou hypoK+) - Extrarénales : dig, cut, pul (si fièvre, Hsud et Hvent)
Ttt	- Restrict° sodée - Diurétiques	- Apport Na+ PO ou IV (9° isotonique)	- Restrict° hydrique - Apport Na+ si besoin	- Apport eau PO ou IV (glucosé ou hypotonique 4-6°)

#### hyponatrémie :

- Avec **Posm diminuée** (< 280 mOsm/kg), donc hyperhydrat° intrac : fréquent ++
  - o Avec déshydrat extrac : hypoNa+ de **déplét°** (perte bcp Na+ et un peu moins d'eau → pli cutané)
  - o avec hyperhydrat extra : hypoNa+ de **dilut°**  
(trop de sel et encore + d'eau – IC décompensée, cirrhose, Sd néphrotique → œdèmes ++)
  - o avec hydrat° extrac NI : SIADH
- Avec **Posm augm** : déshydrat° intrac
  - o Hyperglycémie (diab décompensé)
  - o mannitol
- Avec Posm NI (rare)
  - o hyperprotidémie ou hyperlipidémie



PaCO2 \* cause du tbl

	pH	HCO3-	PaCO2
Acidose métabo	Bas	Baissés *	Basse
Acidose respi	Bas	Augm ou Nx	Augm *
Alcalose métabo	Haut	Hauts *	NI ou haute
Alcalose respi	Haut	Nx ou diminués	Basse *

**Acidose métabo :**

- TCP est le seul à réabsorber glucose, aa et ... . Il réabsorbe aussi ....
- Donc si glycosurie, acidose métabolique hyperchlorémique , ça fait penser patho proximal
- classificat° des acidoses tubulaires :
  - o type 1 = distale, fuite de potassium, hypokaliémie
  - o type 2 = proximale, fuite glucose, hyperchlorémie
  - o type 4 = carence ou défaut act° Aldo

**Mécanismes :**

**charge acide**

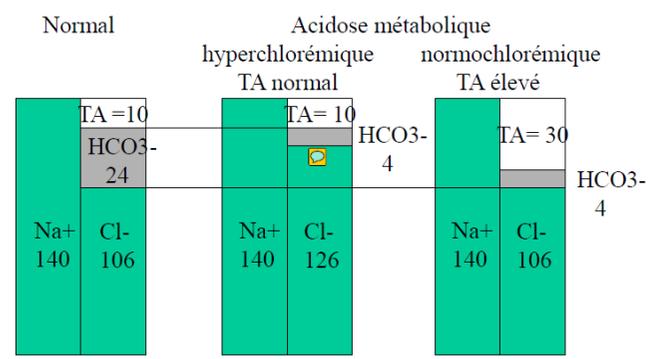
- o **endogène ou exogène** : AH
  - AH → A- et H+
  - H+ , HCO3- → H2O + CO2 ; (Na+ , A-)
  - l'ion H+ en trop rencontre un HCO3-, est tamponné et s'évapore par le poumon en CO2 + H2O. l'organisme a gagné un Na+ et un anion (corps cétonique par ex). Aspirine, antigel, désherbant = exogène  
=> ici Na+ cst, A- arrive, charges négatives cst, tampons baissent
- o **défaut d'éliminat° des ions H+** : rétent° de H+ , Cl- augm
  - H+ , HCO3- → H2O + CO2 ; (Na+ , Cl-)
  - rein doit éliminer les HCl. S'il marche mal, on en accumule => H+ est tamponné  
=> Na+ cst, Cl- augm, tampons diminués

**pertes bicarbonates** : HCO3- baissent, Cl- augm

Si diarrhées aiguës, liquides digestifs, sécrét° coliques et pancréatiques (les vomissements sont acides = pertes d'H+ => alcaloses métabo)

si A- arrivent, bicards baissent, Cl- cst => Trou anionique augm => ça veut dire que ça peut être un toxique, de l'acide lactique, etc...  
si bicards baissent (à cause acidose métabo) mais que Cl- augm en compensat° => TA stable => c'est forcément défaut éliminat° H+ ou perte bicards

**Intérêt trou anionique plasmatique : TA pl = Na+ - (HCO3- + Cl-)      Nle = 12-16 mmol/L**



**Hyperkaliémie :**

!! tjrs regarder ECG avt d'interpréter K+ car si 1er prélèvement revient hyperK+ mais aucun signe électrique, ça peut être erreur : erreurs dosages K+ tjrs ds excès car K+ présent ds GR. Donc si hypoxie, acidose, hémolyse, prélèvement faussement riche en K+ du GR

