

Sémiologie- Acidoses et Alcaloses

	Acidoses métaboliques	Alcaloses métaboliques
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pH artériel < 7,38 ▪ $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/l}$ ▪ $\text{TAP} = \text{Na}^+ - \text{Cl}^- - \text{HCO}_3^- = 12 \pm 4 \text{ mmol/l}$ <ul style="list-style-type: none"> → Si TAP normal \Leftrightarrow compensation de la perte en bicarbonates par le Cl → Si TAP > 16 \Leftrightarrow addition d'un autre acide que HCl (anion non mesuré) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pH > 7,42 ▪ $\text{HCO}_3^- > 27 \text{ mmol/l}$
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aigue : Hyperventilation, détresse respiratoire, bas débit cardiaque, coma ▪ Chronique : lithiase, ostéomalacie, amyotrophie, retard de croissance, fractures pathologiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crise de tétanie, faiblesse musculaire, hypoventilation, arythmies, comitialité, coma ▪ Contexte évocateur : Vomissements, abus de laxatifs, diurétiques ▪ Signes biologiques : élévation de la bicarbonatémie, hypokaliémie, hypocalcémie, hypomagnésémie, hypophosphatémie
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec TAP élevé : <ul style="list-style-type: none"> → Production endogène ou surcharge exogène de H^+ → Défaut d'élimination des H^+ (IRC) ▪ Avec TAP normal : <ul style="list-style-type: none"> → Perte de NaHCO_3 digestive (diarrhée) ou rénale (acidose tubulaire proximale type 2) → Diminution de l'excrétion acide par le rein (acidose tubulaire distale type 1 sans IR sévère) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcalose métabolique de contraction : <ul style="list-style-type: none"> → Contraction volémique d'origine extra-rénale : pertes digestives (vomissements) → Perte en sel d'origine rénale : diurétique ++ ▪ Alcalose métabolique avec expansion volémique : <ul style="list-style-type: none"> → Hyperaldostéronisme primaire (HTA, aldostérone élevée, rénine basse) → Syndromes apparentés avec aldostérone et rénine basses → Hyperaldostéronisme secondaire (HTA, aldostérone et rénine élevées) ▪ Alcalose post-hypercapnique : quand hypercapnie chronique et mise sous ventilation assistée \Rightarrow HCO_3^- éliminés lentement ▪ Excès d'apports alcalins
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acidose métabolique aigue : <ul style="list-style-type: none"> - Urgence si pH < 7,35 ou bicarbonates < 8 mmol/l - Elimination du CO_2 : ventilation artificielle - Alcalinisation (indispensable dans les acidoses hyperchlorémiques) - Epuration extra-rénale si IR organique associée ▪ Acidoses chroniques d'origine rénale : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement nécessaire pour prévenir la fonte musculaire etc : sels alcalins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correction de la contraction du volume EC : administration de NaCl ▪ Correction de la carence en Mg, K ▪ Suppression de la source de l'excès en minéralocorticoïdes ▪ Arrêt d'un traitement diurétique ▪ pH > 7,35 engage le pronostic vital