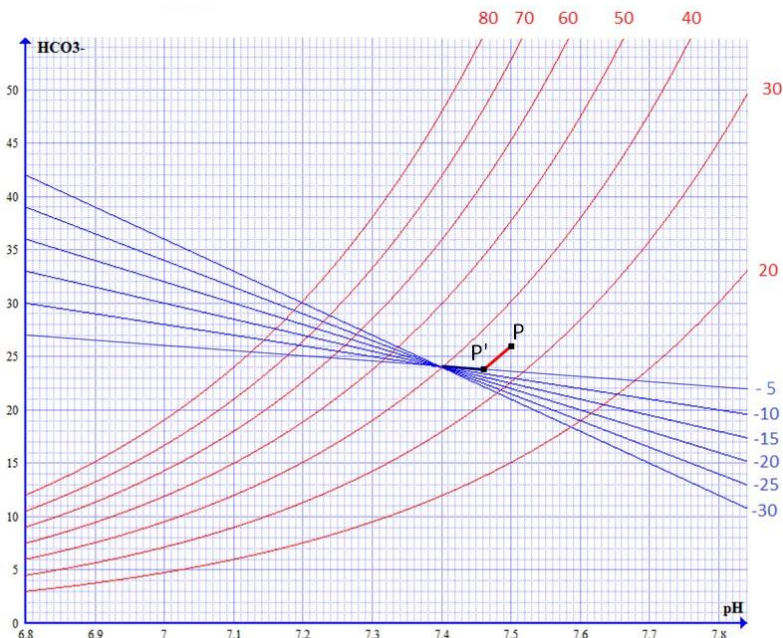


	Extrac = Qté Na+ = bilan sel = SRAA		Intrac = osm pl = bilan eau = ADH	
	Hyperhydr.	Déshydr.	Hyperhydr.	Déshydrat.
Natrémie	++	- -		
Osmolarité			- -	++
Clinique	- Œdèmes (blancs, mous, indolores, déclives, prenant le godet) - prise de poids (/j) - HTA → OAP	- pli cutané (sternum ou cuisse) - perte de poids (/j) - hypot° → choc hypovolémique	- dégoût de l'eau - nausées, vomissements → tbles conscience, coma, convulsions	- soif - sécheresse muqueuses - fièvre → coma, convulsions
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 hyperhydratat° 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 hydratatt° extrac NI : SIADH
- Avec **Posm augm** : déshydratat° intrac
 - o Hyperglycémie (diab décompensé)
 - o mannitol
- Avec Posm NI (rare)
 - o hyperprotidémie ou hyperlipidémie



PaCO2 * cause du tbi

	pH	HCO3-	PaCO2
Acidose métabo	Bas	Baissés *	Basse
Acidose respi	Bas	Augm ou Nx	Augm *
Alcalose métabo	Haut	Hauts *	Nl 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 :

- type 1 = distale, fuite de potassium, hypokaliémie
- type 2 = proximale, fuite glucose, hyperchlorémie
- type 4 = carence ou défaut act° Aldo

Mécanismes :

- charge acide

○ endogène ou exogène : AH

- $AH \rightarrow A^- \text{ et } H^+$
- $H^+ , HCO_3^- \rightarrow H_2O + CO_2 ; (Na^+ , A^-)$
- l'ion H^+ en trop rencontre un HCO_3^- , est tamponné et s'évapore par le poumon en $CO_2 + H_2O$. 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

○ défaut d'éliminat° des ions H^+ : rétent° de H^+ , Cl^- augm

- $H^+ , HCO_3^- \rightarrow H_2O + CO_2 ; (Na^+ , Cl^-)$
- rein doit éliminer les HCl . S'il marche mal, on en accumule ==> H^+ est tamponné
 ==> Na^+ cst, Cl^- augm, tampons diminués

- pertes bicarbonates : HCO_3^- 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 : $TA_{pl} = Na^+ - (HCO_3^- + Cl^-)$ Nle = 12-16 mmol/L

Normal		Acidose métabolique hyperchlorémique		normochlorémique	
TA normal		TA normal		TA élevé	
Na+	TA=10	Na+	TA=10	Na+	TA=30
	HCO3- 24		HCO3- 4		HCO3- 4
Na+	Cl-	Na+	Cl-	Na+	Cl-
140	106	140	126	140	106

Hyperkaliémie :

!! tjrs regarder ECG avt d'interpréter K^+ car si 1er prélèvement revient hyper K^+ 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

