

	<u>Clinique</u>	<u>Signes biologiques</u>	<u>Causes</u>	<u>Ttt</u>
<b>Acidose métabo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dyspnée</b> +++ (polypnée ample et efficace)</li> <li>- Hta</li> <li>- Tble conscience</li> <li>- arrêt cardiaque</li> </ul>	<p>pH &lt; 7,38 (risque vital si &lt; 7,10)</p> <p>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> &lt; 22 mmol/L</p> <p>PaCO<sub>2</sub> &lt; 38 mmHg</p> <p>Svt <b>Hyperkaliémie</b> (transfert) (car acidose paralyse NaKATPase → K<sup>+</sup> n'entre plus ds c et reste ds plasma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>charge acide</b> ++ : TA pl &gt; 16 mmol/L <ul style="list-style-type: none"> <li>- exogène : toxiques (antigel, dés herbant) ou médicaments ++ (AINS)</li> <li>- endogène : acide lactique, corps cétoniques</li> </ul> </li> <li>- <b>perte HCO<sub>3</sub><sup>-</sup></b> : TA pl &lt; 16 mmol/l <ul style="list-style-type: none"> <li>- dig : diarrhées aiguës ++, fistules dig</li> <li>- rénales</li> </ul> </li> <li>- <b>rénales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec fct° rénale Nle ou peu altérée <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ø réabs proximale HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = acidose tubulaire proxi (type II)</li> <li>- Ø éliminat° des H<sup>+</sup> car acidose tubulaire distale (type I) ou type IV</li> </ul> </li> <li>- avec IR avancée (TA pl peut augm un peu)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Hypokaliémie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>myocardiques</b> : ECG +++ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ondes T <b>aplaties</b>, négatives ou diphasiques</li> <li>- ondes U (repol supplém et tardive)</li> <li>- tb rythme auriculaire et ventriculaire</li> <li>- risque <b>arrêt cardiocirculatoire</b> ++</li> </ul> </li> <li>- <b>digestifs</b> : constipat°, iléus paralytique</li> <li>- <b>musculaire</b> : paralysie périph, rhabdomyolyse et myoglobulinurie (→ urines rouges, toxicité rénale)</li> <li>- <b>rénaux</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- polyurie hypotonique (diabète insipide néphrogénique acquis)</li> <li>- alcalose métabo (prod NHE3 : hK<sup>+</sup> stimule prod amoniac qui accepte H<sup>+</sup> → alcalose)</li> </ul> </li> </ul>	<p>K<sup>+</sup> pl &lt; 3,5 mmol/L</p> <p>hyperprod <b>NHE3</b> par rein</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>pertes rénales</b> : K<sup>+</sup>u &gt; 20 mmol/L <ul style="list-style-type: none"> <li>- médocs = <u>diurétiques de l'anse</u>, <u>thiazidiques</u>, cisplatine</li> <li>- hyperaldostéronismes et Hypercorticismes</li> </ul> </li> <li>- <b>pertes digestives</b> : K<sup>+</sup>u &lt; 10 mmol/L <ul style="list-style-type: none"> <li>- vomissements, aspirat° dig</li> <li>- diarrhées aiguës, <u>laxatifs</u> +++</li> </ul> </li> <li>- <b>transfert excessif du K<sup>+</sup>ex vers c</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perf glucosé et insuline</li> <li>- alcalose métabo ou respi</li> <li>- β2 mimétiques = salbutamol</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>apports</b> KCl PO ou aliments riches K<sup>+</sup> (banane, agrumes)</li> <li>- apports IV : perf lente, !! jms IVD car toxique !!</li> <li>- médocs <b>antikaliurétiques</b> si perte rénale K<sup>+</sup></li> </ul>
<b>hyperkaliémie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>myocardiques</b> : ECG ++ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ondes T <b>amples</b>, pointues, symétriques (précordiales)</li> <li>- tbles conduct° auriculo-ventriculaire</li> <li>- risque <b>TV</b> (tachycardie ventriculaire), FV (fibril), collapsus</li> </ul> </li> <li>- <b>neuromusculaire</b> : paresthésies, tbles sensitif profonds, paralysie flasque</li> </ul>	<p>K<sup>+</sup> pl &gt; 5 mmol/L (risque vital si &gt; 7 mmol/L)</p> <p><b>Défaut prod NHE3</b> par rein (car acidose → défaut act° Aldo) → excrét° NH<sub>4</sub><sup>+</sup> insuffisante → acidose tubulaire type IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>défaut excrét° rénale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IRA ou IRC</li> <li>- hypoaldo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rénine Hte : <u>insuf surr aiguë</u> ++ , médocs anti-kaliurétiques (<u>diurétiques distaux</u>)</li> <li>- Rénine basse : obstacles VE, néphrites interst, diabète</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- <b>transfert excessif K<sup>+</sup> ic vers pl</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acidose métabo ou respi</li> <li>- destruct° et lyse cellulaire (rhabdo)</li> </ul> </li> <li>- apports exogènes ++ (si IR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kaxyélate PO ou lavement</li> <li>- glucosé 10% + insuline</li> <li>- HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> isotonique ou hypertonique si acidose en perf lente</li> <li>- <b>Epurat° extra-rénale</b> (IRA ou IRC)</li> <li>- Si tbl rythme cardiaque : gluconate de Ca<sup>2+</sup> (IVL) ou Salbutamol-Isoprotérenol IVD</li> <li>(gluconate de Ca<sup>2+</sup> fait pas baisser K<sup>+</sup>pl mais bloque effets toxiques de K<sup>+</sup> sur cœur)</li> </ul>

