

# Diagnostic différentiel et prise en charge de l'hyponatrémie

A. Cherpillod  
P. Vollenweider

Dr Anne Cherpillod  
Néphrologue  
Avenue Louis-Ruchonnet, 57  
1003 Lausanne

Pr Peter Vollenweider  
Service de médecine interne  
CHUV, 1011 Lausanne  
peter.vollenweider@chuv.ch

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1054-5

## PRÉSENTATION CLINIQUE

Une patiente, de 74 ans, présente des nausées et vomissements depuis un jour. Quelques heures avant son arrivée aux urgences, elle développe un état confusionnel et des troubles de l'élocution suivis d'une crise tonico-clonique généralisée. On note dans ses antécédents un ancien ictus, une hypertension artérielle, un diabète de type 2 contrôlé par régime, une hyperthyroïdie et un trouble anxieux. Ses médicaments actuels sont l'olanzapine, le propylthiouracile, la war-

farine et une combinaison d'énalapril/hydrochlorothiazide.

Au status, elle est afebrile, avec une TA à 199/96 mmHg, une FC à 95/min, régulière. Il n'y a pas de signes de déshydratation, ni d'œdème, ni de signes de méningisme. On n'observe aucune latéralisation neurologique et les réflexes sont symétriques. Le laboratoire montre une hyponatrémie à 112 mmol/l (norme : 135-145 mmol/l), une kaliémie à 3,7 mmol/l (norme : 3,5-4,6 mmol/l), une fonction rénale normale, une glycémie à 13,6 mmol/l et une osmolalité plasmatique à 245 mOsm/kg (norme : 275-295 mOsm/kg). L'osmolalité urinaire est à 378 mosmol/kg, le sodium urinaire à 51 mmol/l et le potassium urinaire à 52 mmol/l. Un CT-scan cérébral est sp et la ponction lombaire de même.

Quelle est la cause de l'hyponatrémie présentée par cette patiente ?

### Tableau 1. Médicaments associés au syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH)

(Adapté de réf.!).

- Antidépresseurs : tricycliques (amitryptiline, désipramine), inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Antipsychotiques : phénothiazines, halopéridol
- Antiépileptiques : carbamazépine, oxcarbazépine, valproate
- Anticancéreux : alcaloïdes (vincristine, vinblastine), alkylants (cisplatine, carboplatine, cyclophosphamide, ifosfamide, melphalan), méthotrexate
- Opiacés
- AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)
- Oméprazole

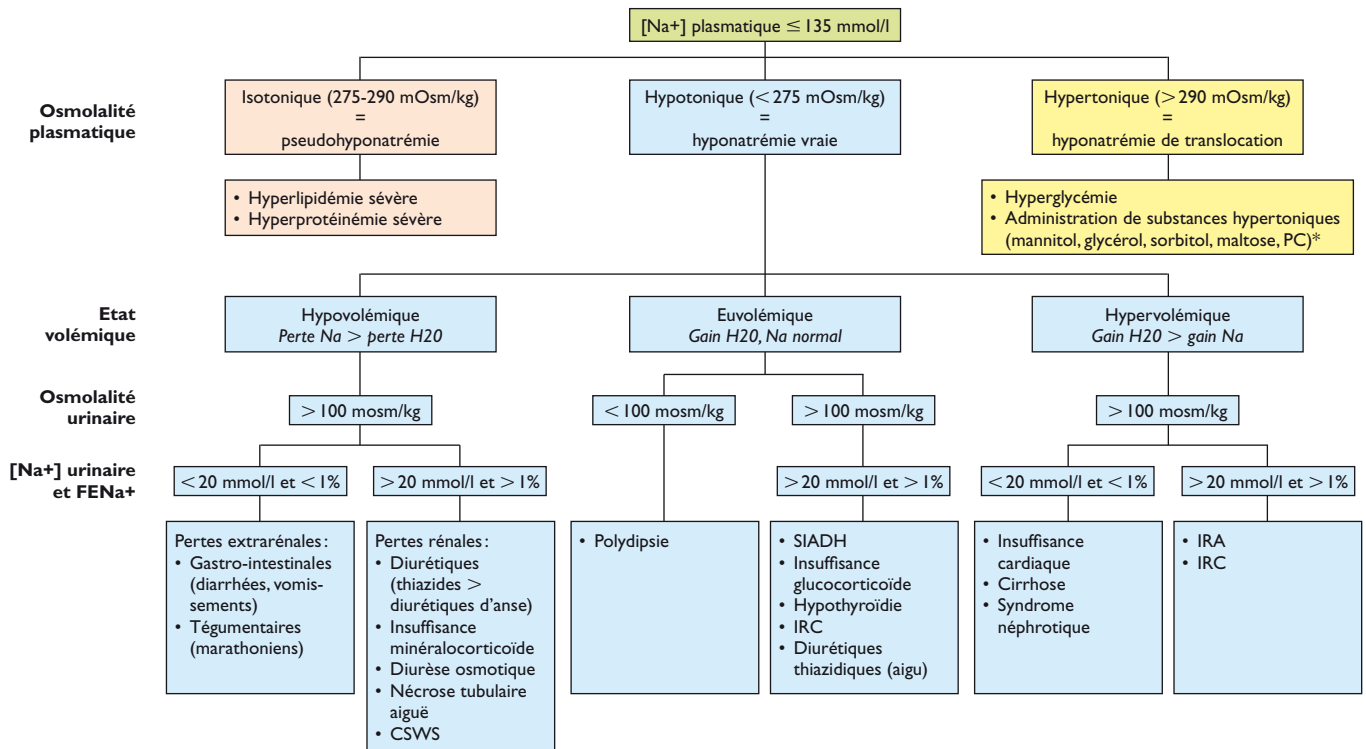


Figure 1. Algorithme de prise en charge de l'hyponatrémie

(Adaptée de réf.!).

\* Trou osmotique augmenté (> 10 mOsm/kg).

PC: produits de contraste; FENa+: fraction d'excrétion du sodium; CSWS: cerebral salt wasting syndrome; SIADH: syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (ADH); IRC: insuffisance rénale chronique; IRA: insuffisance rénale aiguë.

## COMMENTAIRE

L'hyponatrémie est le trouble électrolytique le plus fréquent et peut être associé à une morbi-mortalité augmentée. Elle est le plus souvent la conséquence d'un trouble de l'homéostasie hydrique. La natrémie et l'homéostasie hydrique sont régulées essentiellement à travers le maintien de l'osmolalité plasmatique. L'approche diagnostique de l'hyponatrémie est de suivre une certaine systématique et de comprendre les étapes suivantes:<sup>1</sup>

1. Mesure de l'osmolalité plasmatique :
  - Il faut s'assurer qu'il s'agit d'une hyponatrémie hypo-osmolaire signalant une vraie hyponatrémie. Si l'osmolalité plasmatique est normale, ceci reflète une pseudo-hyponatrémie liée à un artéfact de mesure, en particulier lors de paraprotéinémie élevée ou d'hyperlipidémie.
  - A l'inverse, une hyponatrémie hyperosmolaire est la plupart du temps le reflet d'une hyperglycémie rencontrée le plus fréquemment lors de décompensation diabétique.
  - Finalement, l'hyponatrémie hypo-osmolaire reflète l'hyponatrémie vraie dont le diagnostic différentiel est important pour la prise en charge.
2. Appréciation de l'état volémique du patient :
  - L'appréciation est clinique et comporte l'examen de la pression artérielle, la turgescence jugulaire, l'absence ou la présence d'œdème, l'état des muqueuses.
3. Spot urinaire :
  - Mesure de l'osmolalité urinaire et de la natriurèse.
4. Vérification de la liste des médicaments :
  - Rechercher les médicaments qui po-

tentialisent l'action de l'ADH (hormone antidiurétique) (SIADH – syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH) (tableau 1).

La figure 1 reflète la prise en charge de l'hyponatrémie vraie, en fonction de l'état volémique présenté par le patient.

## APPRÉCIATION DE LA SITUATION

Cette patiente présente une hyponatrémie hypo-osmolaire. Il s'agit donc d'une hyponatrémie vraie. Cliniquement elle est euvolémique, avec une osmolalité urinaire > 100 mosmol/kg. On se retrouve ici dans la situation d'un diagnostic différentiel, au

vu de la natriurèse > 20 mmol/l, comportant un SIADH, une insuffisance glucocorticoïde, une hypothyroïdie ou finalement la prise de diurétique thiazidique. Or, la fille de la patiente nous apprend qu'un traitement antihypertenseur combinant un IEC et un thiazidique a été débuté quelques jours avant l'hospitalisation actuelle. On retient donc le diagnostic d'une hyponatrémie aiguë induite de diurétiques thiazidiques. Ce tableau est plus fréquent chez la femme post-ménopausique.<sup>2</sup> Ce n'est que si l'hyponatrémie persiste lors de l'arrêt du diurétique thiazidique qu'il faut évoquer la potentialité d'un SIADH sous-jacent, ou d'une hypothyroïdie ou d'une insuffisance surrénalienne. ■

### Implications pratiques

- ▶ L'hyponatrémie est un trouble électrolytique fréquent qui peut être associé à une morbi-mortalité augmentée. Son approche diagnostique comporte un bilan sanguin et urinaire associant au minimum la mesure du sodium, de l'osmolalité plasmatique et urinaire, de la fonction rénale et d'examen complémentaires en fonction de la clinique
- ▶ L'évaluation de l'hyponatrémie vraie dépendra du status volémique du malade dont l'appréciation est essentiellement clinique. Tenant compte de ces éléments cliniques et de laboratoire, ainsi que d'une anamnèse précise, une grande majorité des situations d'hyponatrémie peuvent être élucidées
- ▶ La prise en charge repose sur l'identification de la cause sous-jacente et la vitesse de correction doit être adaptée à la symptomatologie et selon la vitesse d'installation du trouble électrolytique. La natrémie ne doit pas augmenter de plus de 10-12 mmol/24 heures afin d'éviter le développement du tableau clinique, rare, de myélinolyse centropontine<sup>3</sup>

### Bibliographie

- 1 Vuagniaux A, Vollenweider P. Approche diagnostique de l'hyponatrémie. Rev Med Suisse 2010;6:2074-69.
- 2 Chow KM, Szeto CC, Wong TY, Leung CB, Li PK. Risk factors for thiazide-induced hyponatraemia. QJM 2003;96:911-7.
- 3 Vaidya C, Warren HO, Benjamin JF. Management of hyponatremia: Providing treatment and avoiding harm. Cleve Clin J Med 2010;77:715-26.