

## Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

### FICHE P.O.S.T.E — DÉSORDRES HYDRO-ÉLECTROLYTIQUES & ACIDO-BASIQUES · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-HE-03 · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

## HYPONATRÉMIE

### Objet

- Légère 130–134 · Modérée 125–129 · Sévère < 125 mmol/L.
- Symptomatique sévère (troubles de conscience, convulsions) = urgence.

### CAT diagnostique

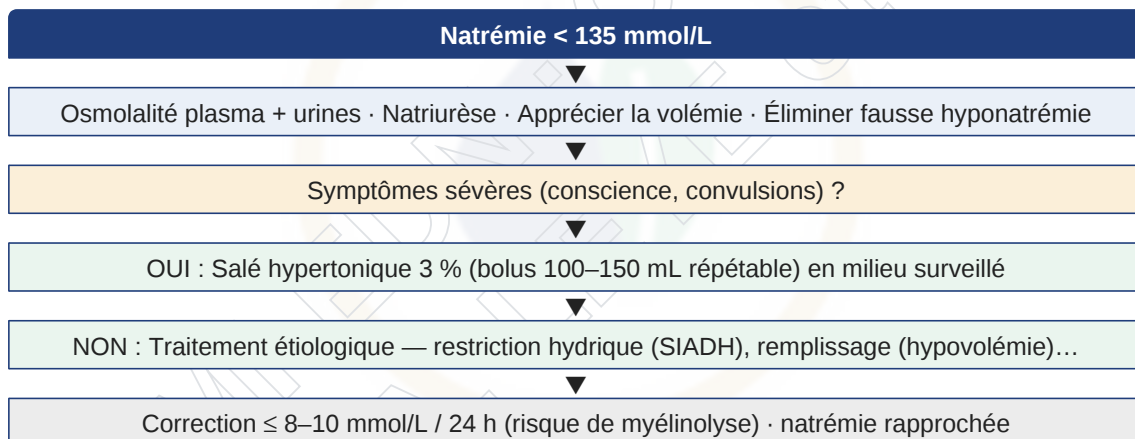
#### 1. Signes cliniques

- Selon la rapidité et la profondeur : nausées, céphalées, confusion, troubles de la vigilance, convulsions, coma.
- Apprécier la volémie : hypovolémie (pli, hypotension), hypervolémie (œdèmes), euvolémie.

#### 2. Signes paracliniques

Osmolalité plasmatique (éliminer fausse hyponatrémie : hyperglycémie, hyperprotidémie/hyperlipidémie) et osmolalité + natriurèse urinaires. Orientation : SIADH (urines concentrées, natriurèse élevée, euvolémie), pertes rénales/extra-rénales, insuffisance cardiaque/hépatique/rénale. Bilan : iono, créatinine, glycémie, TSH/cortisol selon contexte.

### Algorithme décisionnel



### CAT thérapeutique

Aiguë symptomatique sévère : sérum salé hypertonique 3 % (100–150 mL, répétable) sous surveillance. Selon l'étiologie : restriction hydrique (SIADH), remplissage isotonique (hypovolémie), traitement de la cause. Correction lente : ≤ 8–10 mmol/L par 24 h.

### Surveillance

- Natrémie rapprochée pendant la correction ; surveillance neurologique et de la diurèse.

### Points de vigilance

- Correction trop rapide = myélinolyse centro-pontine.
- Toujours typer la volémie avant de traiter.

### Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Salé hypertonique 3 % indisponible : le préparer à partir de NaCl, ou privilégier la restriction hydrique (peu coûteuse) selon l'étiologie.
- Dosages rapprochés limités : espacer les contrôles mais rester prudent sur le rythme de correction (≤ 8–10 mmol/L/24 h).