

Exemple de GEP N°1

MD 26/10/2021

GEP N°1

Prise en charge d'une hyponatrémie asymptomatique

Commenté [md1]: La numérotation et le titre du GEP permettront de faciliter la constitution du Dossier de soutenance de DES

Commenté [md2]: Situation clinique réelle vue en stage aux urgences, bien expliquée

Cas clinique :

Patiente de 64 ans adressée par un médecin traitant remplaçant aux urgences devant la présence de nausées avec altération de l'état général dans un contexte d'hyponatrémie. Cette hyponatrémie avait été découverte lors d'un précédent bilan aux urgences la semaine précédente alors que la patiente avait déjà consulté pour le motif de nausées. Dans sa lettre, le médecin généraliste questionne l'urgentiste en conclusion en notant « SIADH ? »

Ses antécédents sont les suivants :

- Chirurgie d'une cholécystite en juin dernier pour perturbation du bilan hépatique et douleur de l'hypochondre droit
- Chirurgie dans le même temps opératoire pour ablation d'un fibrome utérin.
- Tabagisme actif à 30 PA.

Comment bilanter une hyponatrémie de découverte fortuite ? En ambulatoire versus aux urgences ?

Au final, cette patiente est hospitalisée en pneumologie pour dyspnée avec désaturation et anomalie du bilan hépatique. Le bilan retrouve des images suspectes à la radio de thorax conduisant à faire réaliser à scanner thoraco-abdomino-pelvien chez cette patiente tabagique à 30 PA. Cet examen retrouve trois masses pulmonaires, des métastases hépatiques, surrénales et vertébrales.

L'hyponatrémie et hyperkaliémie persistent pendant toute l'hospitalisation. Il lui est prescrit du sel en comprimé et une restriction hydrique à 500mL.

Faut-il faire doser la PTHrp pour confirmer le SIADH ?

Faut-il la laisser en restriction hydrique en pleine canicule pour maintenir le chiffre de la natrémie dans les normes alors que le stade de la pathologie est très avancé ? Quel volume autorisé pour quelle natrémie ?

Quelles autres mesures moins pénibles mettre en place ?

Commenté [md3]: 4 questions de recherche de connaissances pouvant relever de SCRE, et 1 question de balance bénéfice-risque de GEP

Réponse du groupe :

Le groupe n'a pas répondu à la question. Personne n'était motivé pour répondre. Cela vient aussi probablement du fait que l'hyponatrémie est fréquente et que l'on est tous embêté pour savoir quoi en faire.

Mes recherches :

L'hyponatrémie, définie par une natrémie inférieure à 135 mmol/l, correspond à l'anomalie électrolytique la plus commune (15-20%) chez les patients hospitalisés dont elle augmente la morbi-mortalité.

Le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ou SIADH ou syndrome de SCHWARTZ -BARTTER est la cause la plus fréquente d'hyponatrémie chez ces patients. Les SIADH correspondent à une hypo-osmolalité plasmatique avec osmolalité urinaire conservée sans hypovolémie, insuffisance rénale, corticosurrénale, ou thyroïdienne. Il s'agit donc d'une **hyponatrémie hypo-osmolaire normovolémique**.

L'osmolalité plasmatique peut être mesurée, ou calculée selon la formule suivante :

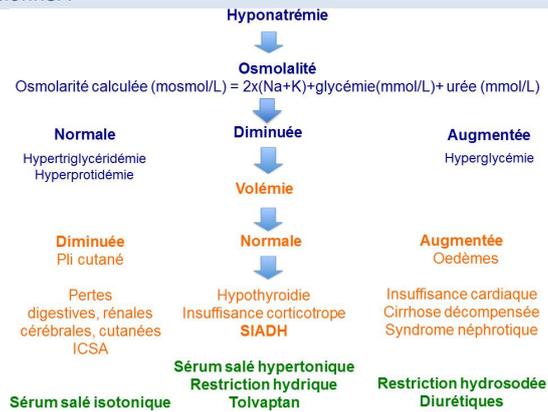
$$\text{Osmolarité calculée en mosm/L} = (2 \times (\text{natrémie} + \text{kaliémie}) + \text{Glycémie (mmol/L)} + \text{urée (mmol/L)})$$

1 / les signes cliniques :

En ambulatoire comme aux urgences, ils sont à rechercher :

> 125 mmol/L	asymptomatique ou anorexie, nausées, vomissements et /ou troubles de l'attention et de la marche.
125 -> 120	confusion, crampes, céphalées, troubles de l'équilibre et cognitifs. Le risque de chute et de fracture est très accru, en raison d'une ostéoporose et d'une rhabdomyolyse (augmentation des CPK) favorisées par l'hyponatrémie chronique
120 -> 115	stupeur, troubles psychiatriques
< 115	convulsions, coma

2/ arbre décisionnel :



3- Hyponatrémie hypo-osmolaire normovolémique

Le SIADH correspond à une hyponatrémie hypo-osmolaire normovolémique et doit d'abord faire écarter l'insuffisance en glucocorticoïde et l'hypothyroïdie.

→ L'insuffisance corticotrope sera diagnostiquée par une mesure de la cortisolémie et de l'ACTH à 8 h ou en urgence. L'hyponatrémie est liée à une sécrétion accrue d'AVP favorisée par la tendance hypoglycémique et l'hypotension artérielle, associée à la levée du frein physiologiquement exercé par l'ACTH sur la sécrétion d'ADH et à une diminution de la filtration glomérulaire. L'insuffisance surrénale aiguë associe une perte de sel d'origine rénale par déficit en minéralo-corticoïdes entraînant une déshydratation extra-cellulaire et une hyperhydratation intra-cellulaire par hypervasopressinisme.

→ L'hypothyroïdie proto-thyroïdienne ne s'accompagne d'hyponatrémie que dans les formes sévères, en général caractérisées par un myxœdème. Le diagnostic repose sur le

dosage de la TSH qui est franchement accru. L'hyponatrémie est liée à une diminution de la filtration glomérulaire et une tendance hypovolémique entraînant une ascension de l'AVP.

→ L'hypopituitarisme antérieur, qui associe insuffisance cortico- et thyroïdienne peut se révéler par une hyponatrémie, raison pour laquelle il faut doser non seulement la cortisolémie et la TSH, mais également la FT4.

4- Diagnostic étiologique d'un SIADH

Les étiologies endocriniennes écartées, les quatre causes de SIADH les plus classiques sont les causes médicamenteuses, pneumologiques, neurologiques et tumorales (Tableau 1).

Tableau 1

Affections pulmonaires (toutes, en particulier pneumopathie)	Tumeurs surtout cancer bronchique à petites cellules
SIADH	
Médicaments <ul style="list-style-type: none">• Desmopressine, ocytocine• Psychotropes• Opiacés, nicotine• Clofibrate,• Inhibiteurs de pompe à protons• Anticonvulsivants• Inhibiteurs de synthèse des prostaglandines• Chimiothérapie• Quinolone, linezolid	Affections cérébrales (toutes)
	Divers <ul style="list-style-type: none">• Douleur• Nausées• Hypoglycémie• Hypotension• Effort musculaire intense

Toujours éliminer une insuffisance surrénale primitive ou hypophysaire +++

5- traitement

5-1. Traitement d'urgence de l'hyponatrémie sévère

Toute hyponatrémie menaçante, c'est-à-dire inférieure à 115 mmol/l et/ou s'accompagnant de signes neurologiques à type de délire, coma ou convulsions nécessite un traitement urgent qui repose sur du sérum salé hypertonique 20 %, administré en seringue autopulsée par voie intraveineuse à raison de 50 mL sur 12 h, sous surveillance étroite du ionogramme sanguin toutes les six heures, Cette infusion de sérum salé hypertonique sera interrompue dès que la natrémie atteint 120 mmol/L. La vitesse de correction ne doit pas dépasser 12 mmol/24 heures (0,5 mmol/heure afin d'éviter la myélinolyse centropontine qui donne un tableau d'accident vasculaire cérébral pseudobulbaire.

5-2. Moyens thérapeutiques du SIADH

5-2.1 Restriction hydrique: La restriction hydrique (qui commence par l'arrêt des perfusions...) reste un traitement peu coûteux, peu toxique, mais dont l'efficacité dépend de la rigueur de la restriction, souvent mal supportée par les malades, surtout au long cours.

A titre indicatif, une natrémie < 120 mmol/L doit conduire à une restriction hydrique de 100 cm³/24 h, 120 à 125 de 300 cm³, 125 à 130 de 500 cm³, de 130 à 135 de 700 cm³, 135 à 138 de 1 litre, au-delà boissons libres.

5-2.2 Déméclocycline: cette tétracycline induit un diabète insipide néphrogénique par effet post-récepteur. Les contre-indications correspondent à l'insuffisance rénale, hépatocellulaire, l'âge de moins de 8 ans, la grossesse, l'allaitement, l'asthme, l'hypertension

artérielle sévère non contrôlée, la prise de rétinoïdes per os car ils favorisent le risque d'hypertension intracrânienne.

5-2.3 Aquarétiques: Les aquarétiques ou antagonistes non peptidiques des récepteurs V2 de la vasopressine s'administrent par voie orale et ont été testés dans le SIADH mais également dans les cirrhoses et l'insuffisance cardiaque. Ces antagonistes ont une AMM européenne uniquement dans les hyponatrémies euvolémiques (SIADH). Leur chef de file, le Tolvaptan, est disponible en pharmacie hospitalière en France. Les complications potentielles du traitement sont la myélinolyse centropontine par correction trop rapide de l'hyponatrémie et l'hypotension notamment si l'hyponatrémie comporte une composante hypovolémique.

5-2.4 Indications thérapeutiques dans le SIADH

- En cas de symptômes cliniques sévères ou récents (moins de 48 heures), tels que coma, convulsions, détresse respiratoire, le premier traitement reste le sérum salé hypertonique à 20 %.

- Si les symptômes sont plus modérés, tels que nausées, confusions, désorientation, troubles de l'équilibre, le sérum salé hypertonique garde une place. Le tolvaptan (7,5 à 60 mg per os) apporte un bénéfice lorsqu'il est disponible.

- Lorsque les symptômes sont modérés ou absents, ou en cas de troubles cognitifs discrets, la restriction hydrique reste de mise, associée au tolvaptan à faible dose s'il est disponible, à la déméclocycline par défaut.

La correction d'une hyponatrémie profonde doit toujours être progressive avec une surveillance clinique et ionique étroite, en particulier au début. Il importe de corriger tous les facteurs en cause, l'étiologie étant souvent multifactorielle. La nécessité d'un traitement chronique doit être évaluée en fonction du retentissement de l'affection.

Synthèse :

Devant une hyponatrémie hypo-osmolaire normovolémique, avant de penser au SIADH, éliminer surtout l'insuffisance surrénalienne primitive ou hypophysaire.

Pas de dosage de la PTH. Dosage TSH, cortisolémie et ACTH à 8h (ou en urgence), et T4 Libre. Si normal, alors envisager le SIADH et rechercher

Restriction hydrique si possible, et si insuffisant TOLVAPTAN en respectant les CI.

Les restrictions hydriques sont :

<120	=	100	cc
120-125	=	300	cc
125-130	=	500	cc
130-135	=	700	cc
135-138	=	1	L
>138	=		pas de restriction

Commenté [md4]: L'arbre décisionnel et la synthèse permettent de répondre aux questions posées. Le reste des éléments retrouvés constituent des rappels utiles à l'interne mais ne participant pas à la réponse aux questions.

Références bibliographiques :

- 1- Polycopié des enseignants en Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (3ème édition 2015). UE8-ITEM 265 Hyponatrémie. Site de la société française d'endocrinologie. Consulté le 30/08/16 [En ligne]. <<http://www.sfendocrino.org/article/703/ue8-item-265-hyponatremie>>

Commenté [md5]: Normes de Vancouver respectées