

## LA DESHYDRATATION DE LA PA

### I) INTRODUCTION

*La situat° gériatrique est carac / 5 adj :*

- fréquente : dim de la sensat° de soif et du pouvoir de [ ] des urines,
- grave : hypovolémie pouvant entraîner malaises et chutes, risques thrombo-emboliques, insuff rénale fonctionnelle, escarres dc perte d'autonomie et déshyd cutanée, complicat° neurologique (syndrome confusionnel), broncho-pneumo-pathies (dim des secrét° bronchiques, atélectasie), comas hyperosmolaires.
- trompeuse : les ex cliniques st pauvres et peu spé, la biologie est d'interprétat° délicate.
- urgente : voie parentérale, réhyd per os que si déficit hydrique modéré.
- évitable : ds la majo des cas (situat° à risque bien établies), pb des diurétiques.

*Rappels : composi° corporelle et vieillissement :*

- masse musculaire réduite de 40% à 70 ans,
- masse maigre viscérale > masse maigre musculaire,
- masse grasse aug de 25 à 70 ans puis régresse ensuite,
- dim du tissu adipeux sous cut et aug du tissu adipeux tronculaire (viscéral).

*Effets du vieillissement sur la régulat° des bilans de l'eau et du sodium :*

- dim de la masse hydrique ttale, de la sensat° de soif,
- dim de la cap du rein à [ ] les urines,
- dim des cap rénales à réab le sodium,
- secrét° exagérées d'ADH en réponse à 1 processus hyperosmolaire.

*Bilan de l'eau :*

| boissons                           | urines                                 |
|------------------------------------|----------------------------------------|
| 1 000 ml                           | 1 000 ml                               |
| eau d'origine alimentaire 1 000 ml | obligatoire 400 ml                     |
| eau endog4ne 300 ml                | sudat□ et perspirat□ insensible 800 ml |
|                                    | selles 100 ml                          |

### II) LES DESHYDRATATIONS

*1) La déshydratat° extraçaires (= hypovolémie)*

Apparaît qd les pertes de NaCl st sup aux apports.

Les signes cliniques apparaîtront + vite et seront + pertinents que les signes biologiques. Il y a 1 sous estimat° de cette situat° chez les PA.

*Signes cliniques* : pli cutané au niv du thorax (la peau reste plissée).

hypotonie des globes oculaires (deviennent + mous).

chute de la TA (-> hypovolémie).

tachycardie et oligurie (dim de la diurèse).

dim de la press° veineuse centrale (PVC).

*Signes biologiques* : aug de l'Hb, de l'Ht, de la protidémie.

Na<sup>+</sup>trémie et créatinine (protéine sécrétée / le rein qui est le reflet de son fct) normales.

*3 causes des pertes de sodium* :

- origine urinaire (rétent° urinaire)
- " cutanée (transpirat°, fièvre, dermatose suintante (brûlure))
- " digestive (vomissement, diarrhée...).

## *2) La déshydrat° intraçaire (hypernatrémie)*

C la conség d'1 perte d'eau sup aux apports.

Le tableau clinique est dominé / les manif neurologiques (confus°, torpeur, agitat°, délire).

*Signes cliniques* : perte de poids (perte d'eau de l'org),

soif,

sécheresse des muqueuses (ds la bouche au niv des gencives),

dyspnée,

fièvre,

syndrome confusionnel.

*Signes biologiques* : aug de la natrémie.

*Causes de la déshydrat° intraçaire* :

- pertes excessives rénales,
- " " cutanées,
- " " resp,
- " " digestives.

*Principaux éléments de surveillance* :

- poids à l'ad°,
- le pouls,
- la TA (couché, debout si poss),
- la diurèse,
- la courbe des boissons.

*Reconnaître le tb de l'hydrat° intraçaire*

- *interrogatoire* du patient, famille, équipe soignante

\* ATCD

\* médic diurétiques et cachés (laxatifs...),

\* régime suivi, apports nutrit° et liq,

\* signes fctionnels (tb digestifs, fièvre, infect°, chute...).

- *examen clinique*

\* altérat° de l'état général (AEG), tb de la conscience,

- \* perte de poids,
- \* fièvre,
- \* présence ou non de sensat° de soif,
- \* importce de la diurèse en s'assurant de l'abs de rétent° urinaire,
- \* état d'hydratat° de la peau et muqueuses (pli cut, globes oculaires (enfoncé), yx cornés),
- \* veines jugulaires plates (signe d'hypovolémie),
- \* rech de signes de décompress° cardiaque, thrombose veineuse, globe vésical.
- examens biologiques
  - \* hémogramme (Ht, protidémie (secteur extraçaire)),
  - \* iono squin (natrémie, urée plasmatique (fc rénale), glycémie (diabète))
  - \* " urinaire
  - \* autres examens ms ds 1 2è tp.

### III) **CONDUITE A TENIR PRATIQUE**

#### 1) La prévent°

- surveillance des apports liq : 1.5l /j d'eau, jus de fruits, bouillons...
- compenser tte perte exagérée (chaleur : aug eau + sel, fièvre : 300ml par degré sup à 37°C)
- tte pers qui ne boit plus doit être signalée le jour même au méd.

#### 2) Curative

- agir vite, faire boire est préférable à perfuser,
- qtté calculée : volume de la déshyd + rat° des 24h + pertes (fièvre...).

#### 3) Réhyd per os

Elle doit se faire de nb fois / petites qtté (sinon risque de vomissements). La courbe des boissons doit être correctement tenue.

Qd envisager 1 réhyd / voie orale ? Lorsque l'affect° resp est connue et contrôlée, lors d'1 déficit hydrique modéré, lorsque le malade est conscient, que l'entourage est coopérant. La natrémie ne doit pas être trop élevée (< 148 mmol/l ; si > risques de tb de la vigilance).

La sonde gastrique est employée pr passer 1 cap aigu. C 1 circuit physiologique qui se fait tj avec l'accord du patient. Il faut faire attent° de tj stimuler / la bouche.

La voie sous cut (hyperdermolyse) est pratiquée qd l'abord veineux est imposs. Le liq doit être isotonique : sérum phy ou glucosé 5% + ± NaCl que NaCl sinon risque d'escarres au pt d'inject°. Ce moy corrige 1 déshyd modérée lors d'1 situat° à risque. On passe de 1 à 1.5l/24h à raison de 1ml/mn au max. Incidents : douleurs, oedèmes.

La perf intraveineuse est nécessaire si le patient ne peut pas boire, si le volume liq à compenser est importt (4 à 6l/24h). Il faut numéroter les flacons, préciser l'h de la pose, surveiller le débit et le fct de la perf et éviter tte surcharge afin d'éviter les oedème pulmo. On perfuse avec du G 5% si déshyd intraçaire ; du sérum salé si déshyd extraçaire / mq de sel. Il faut surveiller la TA, le pouls et la resp.

L'effet de la réhyd sera apprécié sur :

- la disparit° des signes de déshyd,
- la réapparit° de la diurèse abondante,
- la normalisat° du bilan ionique.

### *Conclus°*

*Les déshyd st la conséquence d'1 faute / ignorance ou mauvaise applicat° de la prévent°.*

*La réhyd rapide et adaptée évite les complicat° de décubitus.*

*Tte perte de tp va mettre en jeu le pronostic vital.*