

DESCRIPTION ET DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DES HYPONATRÉMIES EN TRANSPLANTATION RÉNALE

R. Psczcolinski*, S. Caillard*, E. Morelon**, B. Moulin*

*Service de Néphrologie et transplantation, Hôpitaux universitaires de Strasbourg **Service de Néphrologie et transplantation, Hospices civils de Lyon
Correspondance à romain.psczcolinski@chru-strasbourg.fr

Introduction

La population des patients transplantés rénaux est exposée, comme les patients de la population générale, à des perturbations métaboliques. Parmi celles-ci, les hyponatrémies sont fréquentes¹, et semblent corrélées avec le pronostic de la transplantation^{2,3}, mais demeurent peu étudiées dans cette population. De plus, leur prise en charge n'y est pas définie. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques et la prise en charge des hyponatrémies chez les patients transplantés rénaux hospitalisés.

Patients et méthodes

Étude rétrospective dans 2 services de néphrologie et transplantation.

Inclusion des patients présentant une hyponatrémie, définie comme une natrémie ≤ 130 mmol/L.

Recueil :

- des caractéristiques de la population (tableau ci-contre),
- de la prise en charge diagnostique,
- de la prise en charge thérapeutique,
- de l'évolution.

Une analyse diagnostique indépendante a été menée. La prévalence des hyponatrémies à 1 an post-transplantation chez 565 patients a été également recueillie.

Références

- Higgins R, Ramaian K, Dasgupta T, et al. Hyponatraemia and Hyperkalaemia Are More Frequent in Renal Transplant Recipients Treated with Tacrolimus Than with Cyclosporin. Further Evidence for Differences Between Cyclosporin and Tacrolimus Nephrotoxicities. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(2):444–50.
- Mazloum M, Jouffroy J, Brazier F, et al. Osmoregulation Performance and Kidney Transplant Outcome. *J Am Soc Nephrol* 2019;30(7):1282–93.
- Han SS, Han M, Park JY, et al. Posttransplant Hyponatremia Predicts Graft Failure and Mortality in Kidney Transplantation Recipients: A Multicenter Cohort Study in Korea. *Plos ONE* 2016;11(5):1–9.

Caractéristiques de la population	Total (n=54)
Age (années) <i>Min-max</i>	64,0 (58,8 - 72,0) 34-81
Sexe (masculin)	35 (64,8)
IMC (kg/m ²) <i>Min-max</i>	30,4 (26,5 - 30,4) 15,5 - 41,5
Délai depuis la dernière transplantation (années) <i>Min-max</i>	6,1 (1,9 - 12,4) 0,25 - 28,7
Créatininémie plasmatique (μmol/L) <i>Min-max</i>	167,2 (125,3 - 251,9) 70,2 - 560,0
Débit de filtration glomérulaire estimé selon CKD-EPI (mL/min/1,73 m ²) <i>Min-max</i>	33,0 (19,3 - 49,0) 9,0 - 93,0
Traitement immunosuppresseur	
Ciclosporine	19 (35,2)
Tacrolimus	32 (59,3)
Mycophénolate mofétil	45 (83,3)
Évérolimus	4 (7,4)
Sirolimus	1 (1,9)
Azathioprine	1 (1,9)

DESCRIPTION ET DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DES HYPONATRÉMIES EN TRANSPLANTATION RÉNALE

Résultats

Cinquante-quatre patients ont présenté une hyponatrémie (soit une prévalence estimée à 5,8 % en hospitalisation). Les causes des hyponatrémies sont présentées dans la figure 1. Les deux principales causes étaient une hyponatrémie de déplétion associée à une déshydratation extracellulaire (39 %), et une hyponatrémie associées à une hyperhydratation extracellulaire (19 %).

La démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique des hyponatrémies étaient peu conformes aux recommandations européennes.

La prévalence de l'hyponatrémie ≤ 130 mmol/L à 1 an post-transplantation était de 1,6 %.

Figure 1. Étiologie des hyponatrémies

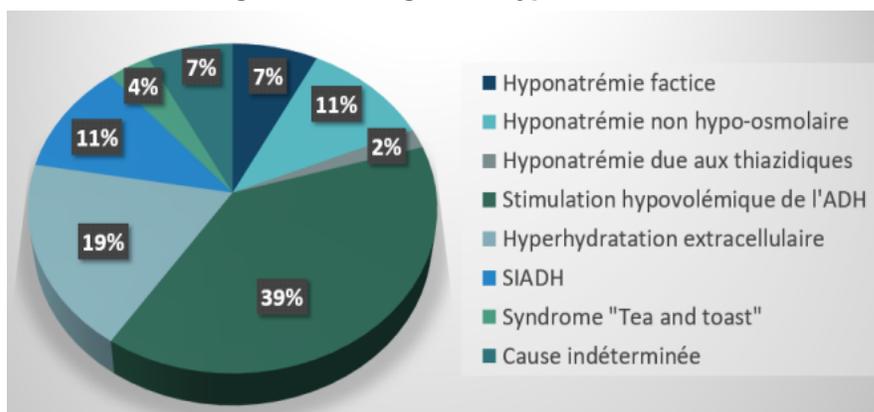
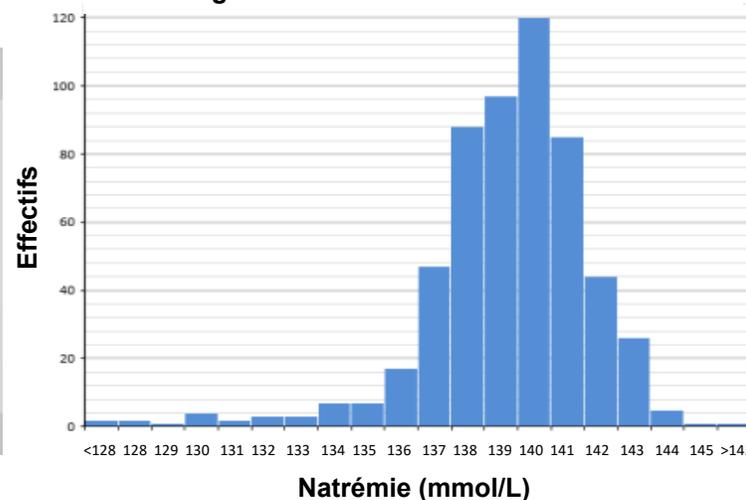


Figure 2. Distribution des natrémies



Caractéristiques des hyponatrémies	Total (n=54)
Natrémie minimale (mmol/L) <i>Min-max</i>	127 (124 - 130) 104 - 130
Signes clinique de gravité modérée	
Aucun	39 (72,2)
Nausées	11 (20,4)
Céphalées	7 (13,0)
Confusion	3 (5,6)
Signes clinique de gravité sévère	
Aucun	44 (81,5)
Vomissement	7 (13,0)
Somnolence	4 (7,4)
Convulsion ou coma	0 (0,0)
Traitement par NaCl 3 %	0 (0,0)
Traitement par apport d'osmoles per os	0 (0,0)
Natrémie obtenue ≥ 135 mmol/L (n = 53)	44 (83,0)
Délai de correction (jours) (n = 43)	3,5 (2,8 - 6,3)

Discussion

Cette étude a souligné la fréquence importante des hyponatrémies en hospitalisation chez les transplantés rénaux, et l'insuffisance des prises en charge diagnostique et thérapeutique vis-à-vis des recommandations actuelles. Par rapport à la population générale, les causes des hyponatrémies se répartissaient différemment chez les patients transplantés rénaux^{4,5}, ce qui peut s'expliquer par leurs spécificités. Enfin, cette étude révèle une fréquence non négligeable d'hyponatrémies factices et d'hyponatrémies non hypo-osmolaires, contrairement à une idée communément admise.

Références

- Fenske W, Maier SKG, Blechschmidt A, Allolio B, Störk S. Utility and Limitations of the Traditional Diagnostic Approach to Hyponatremia: A Diagnostic Study. *Am J Med* 2010;123(7):652-7.
- Cuesta M, Garrahy A, Slattery D, et al. The Contribution of Undiagnosed Adrenal Insufficiency to Euvolaemic Hyponatraemia: Results of a Large Prospective Single-Centre Study. *Clin Endocrinol* 2016;85(6):836-44.