

Clinique

- Polypnée compensatrice
- Symptômes de la cause de l'acidose
- Tolérance : détresse respiratoire, encéphalopathie, choc, hyperkaliémie de transfert

Définition

- **Bicarbonate** HCO_3^- (sur le GDS) ou CO_2 total (sur le ionogramme) < **22 mmol/L**
- **pH** < **7,35** si non compensée ou partiellement compensée par une hypocapnie
- **GRAVITE** : clinique, cause et pH < 7,15

Etiologies

- Le plus souvent la baisse du bicarbonate est réflexe pour rester à l'équilibre entre anions et cations
- Bilan minimal : HGT, cétonémie capillaire, lactate, créat

Calculer le TROU ANIONIQUE

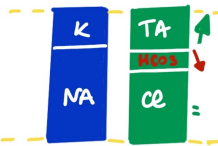
Trou anionique = $\text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3^-)$ norme 12

Ou Trou anionique = $\text{Na} + \text{K} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3^-)$ norme 16

Ou Trou anionique corrigé si hypoalbuminémie = Trou anionique + $(40 - \text{Alb.}) \times 0,25$



TA augmenté



1- Acidose lactique

-**Production** choc, état de mal, sepsis

-**Défaut élimination** insuffisance hépatique, blocage mitochondrie

(metformine, Linézolide, propofol...)

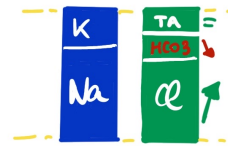
2- Acidocétose (diabète, jeun, OH)

3- Insuffisance rénale aiguë (diminution élimination acide)

4- Intoxication aiguë

(éthylène glycol, salicylés, méthanol)

TA normal ou diminué



Trou anionique urinaire

= $\text{NA} + \text{K} - \text{CL}$

$\text{TAu} < 0$

$\text{TAu} > 0$

1- Perte de

Bicar digestives

*Diarrhées

*Fistule

2- Apport chlore = sérum phy

-Acidoses

tubulaires

rénales

Traitements

- Traitement de la **cause**

- **Bicarbonate** si : pertes digestive sen bicarbonates,

• Déficit bicar en mmolL = $\frac{2}{3} \times \text{poids} \times (\text{bicar voulu} - \text{bicar mesuré})$

- **EER** si: ph < 7,15 malgré la prise en charge, intox metformine, éthylène, méthylène glycol avec TA > 20 ou aspirine avec signe neuro ou > 90 mg