



មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
National Maternal and Child Health Center

ទិវាសល្យសាស្ត្រ សម្ព័ន្ធ និងរោគស្រ្តី លើកទី៤

ប្រធានបទ៖ «រួមគ្នាបង្កើនគុណភាពសេវាព្យាបាល ថែទាំ និងសង្គ្រោះមាតា និងទារក »

**Prise en Charge d'hyponatrémie aigue et de Surcharge
hydrique lors d'hystérocopie**



006343

Presented by Dr. Dol Sovathana

ថ្ងៃទី២-៣ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០២៦
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

Objectifs

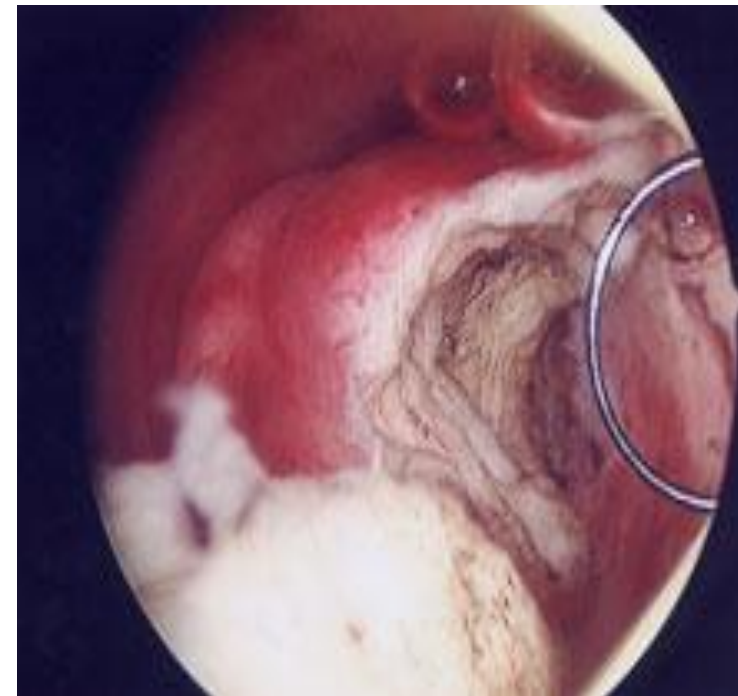
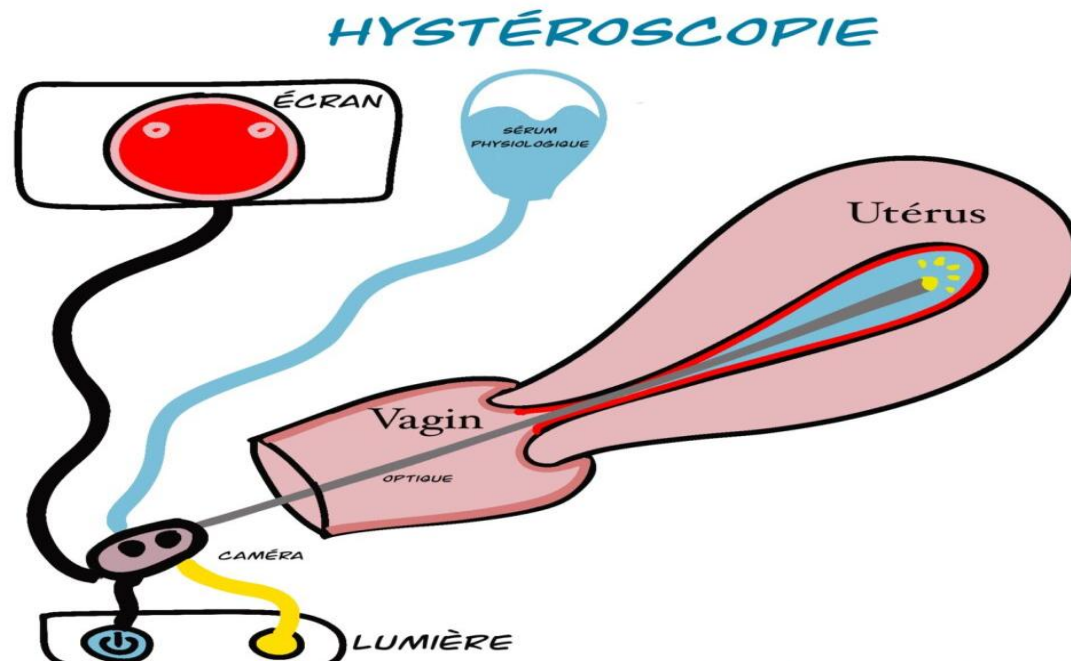
- Décrire les mécanismes physiopathologiques
- Identifier les manifestations cliniques et les complications
- la prise en charge en réanimation de l'hyponatrémie
- Discuter de prévention hystéroscopie.

Les Plan de la présentation

1. Les mécanismes physiopathologiques
2. Cas clinique
3. Recommendations
4. Discussion

I. Les mécanismes physiopathologiques

Absorption excessive du liquide d'irrigation dans la circulation systémique lors l'hystéroscopie.



II. Signe Clinique

Signes précoces	Signes tardifs
▪ Appareil cardiovasculaire - Bradycardie - Hypertension artérielle ▪ Appareil digestif - Nausées et vomissements - Distension abdominale ▪ Système nerveux central - Anxiété / confusion - Céphalées - Vertiges - Agitation	▪ Appareil cardiovasculaire - Hypotension - Angor ▪ Appareil respiratoire - Dyspnée de type tachypnée - Cyanose - Insuffisance respiratoire ▪ Système nerveux central - Troubles visuels - Convulsions - Coma

III. Risque

- Durée opératoire > 60 minutes
- Fibrome volumineux
- Fibrome sous-muqueux très vascularisé
- Résection difficile ou prolongée
- Utilisation de liquides hypotoniques
- Anesthésie générale

IV. Complication

- Hyponatrémie sévère
- Troubles neurologiques
- OAP
- Trouble acidose basique
- Trouble Métabolique (hyperglycémie)

Cas clinique

Une femme H.H de 40A (G1P1) , Admise dans le service de gynécologie, le 29/01/2025 pour métrorragies .

Le Diagnostique : Fibrome utérin intracavitaire

- Consultation d'anesthésie : Sans particularités.
- Type d'Anesthésie : Sous rachianesthésie

Intervention chirurgicale :

Une résection hystéroscopie du fibrome utérin a été réalisée le 29 janvier 2025 à 14h00.

Examen Clinique

À 15h00 au bloc opératoire

- État général : très altéré
- GCS = 10/15 E : 3, V : 3, M : 4
- Céphalée et Vomissement
- Œdème généralisé.
- Appareil respiratoire :
 - Polypnée.
 - Râles crépitants bilatéraux.
 - SpO₂ : 95 % sous -masque à 15 L/min.
- Appareil cardiovasculaire :
 - TA 160/100 mmHg, pouls : 60 bpm.
 - Pas de souffle patho audible.
- Liquide d'irrigation utilisé : Dextrose 5 %, volume total : 3600 ml
- Conduite :
 - Arrêt de l'intervention.
 - Transfert du patient en service de réanimation .

Examen Clinique

À 15h10 en (réanimation)

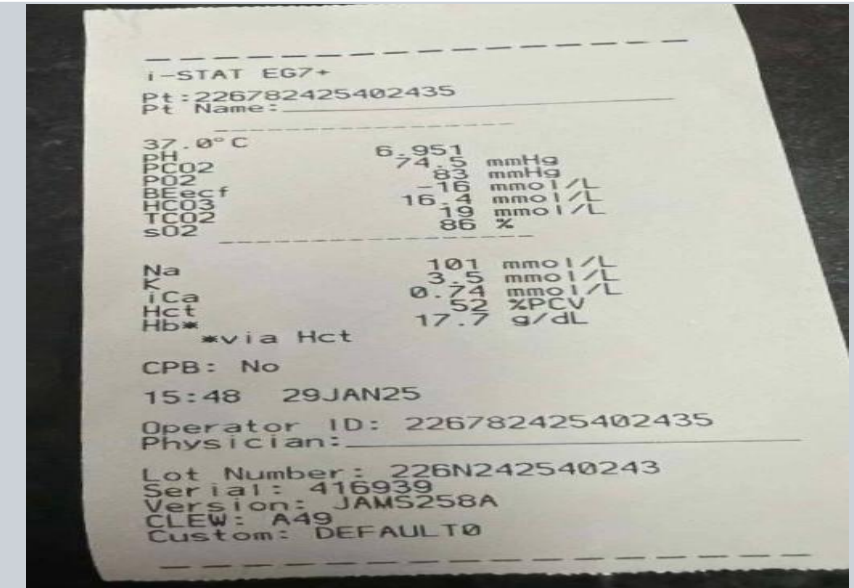
- État général : très altéré.
- GCS = 7/15 est Coma (E : 2, V : 2, M : 3)
- Appareil respiratoire :
 - MV et VV sont augmentés.
 - Râles crépitants bilatéraux.
 - Désaturation, SpO₂ : 86 % sous masque à 15 L/min.
- Appareil cardiovasculaire :
 - TA 85/55 mmHg, pouls : 110 bpm.
 - Pas de souffle audible.

➤ Prise en charge en réanimation Intubation et ventilation mécanique.

Gaz du sang

=> pH : 6,95

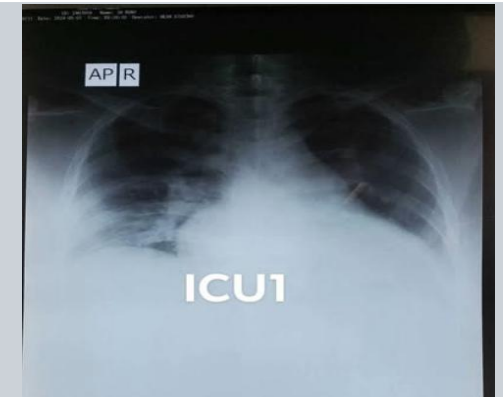
- PaCO₂ : 74,5 mmHg
- PaO₂ : 83 mmHg
- HCO₃⁻ : 16,4 mmol/L
- BEecf : -16 mmol/L
- - Ionogramme :
- Na⁺ : 101 mmol/L
- K⁺ : 3,5 mmol/L
- Glycémie Rapide : 921 mg/dL



Rx. Pulmonaire

Resultat :

- Opacite alveolaire diffuse des deux plages pulmonaires
- Aspect normal de la silhouette cardio-vasculaire et du medistin .
- Pas de lesion du cadre osseux
- Pas d' epanchement pleural visible .
- **Conclusion :**
- Radiographie thoracique évoquant d' une OAP



Diagnostic : Hyponatrémie sévère et OAP post hystéroscopie

- IOT + hyperventilation + Sédation
- Pose d'un cathéter veineux central.
- PIV NSS 0,9 % : 1000 ml à 30gouttes/min.
- Noradrénaline (0.16mg/ml) : 5ml/h/IVSE si TAS<90mmHg
- Furosémide : 80mg 2A IVL.
- NaCl 3 % : 100 mL en bolus 10-20min
- Insuline : selon protocole.
- Betacef 1.5g x 2 IVL
- Paracétamol 1g x 4 PIV
- Oméprazol 40mg (IVL)



Traitement médical: J0

À 17h00 : Évolution clinique	Gaz du sang artériel	Traitement en réanimation :
- Œdème généralisé - Pupilles est normal - Râles crépitants bilatéraux. - Diurèse : 1000 ml/2h + Signes vitaux : TA = 110/86 mmHg Pouls = 98/min Spo2 = 95-100% Température = 36,5 °C	- pH : 7,129 - PaCO₂ : 56,3 mmHg - PaO₂ : 282 mmHg - HCO₃⁻ : 18 mmol/L - BEecf : -11 mmol/L - Ionogramme : - Na⁺ : 106 mmol/L - K⁺ : 3,5mmol/L - Hémoglobine : 12 g/dl - Glycémie : 200mg/dl	• Perfusion IV : Nss 0,9 % 1000 mL (30gouttes/min) • Sédation : Propofol 5ml/h SE. • NaCl 3 % : 30 ml/h SE (continué)

Traitement médical: au ICU(30/01/2025)J01

À 7h39 : Évolution clinique	Gaz du sang artériel	Traitement en réanimation :
- État général : altéré . - Conscience : patient sous sédation, intubé et ventilation mécanique. - Œdème généralisé diminué - Râles crépitants minime - Diurèse : 2200ml/9h + Signes vitaux : TA = 115/60 mmHg Pouls = 85/min Spo2 = 95-100% Température = 36,5 °C	- PH : 7,35 - PaCO₂ : 35,9 mmHg - PaO₂ : 330 mmHg - HCO₃⁻ : 23 mmol/L - BEecf : -1 mmol/L - Ionogramme : Na⁺ : 125 mmol/L - K⁺ : 3.6 mmol/L - Hémoglobine : 12.9 g/dl - Glycémie : 125mg/dl	Perfusion IV : NSS 0,9 % 1000 ml à 30 gouttes/min. • Sédation : Propofol 5 ml/h SE (Continué). • Betacef 1.5g x 2 IVL • Paracétamol 1g x 4 PIV • Oméprazol 40mg (IVL)

Traitement médical: ICU(31/01/2025)J02

À 7h00 : Évolution clinique	Paraclinique	Traitement en réanimation :
- État général : améliorée - Conscience : Réveille + Extubation - Diurèse : 3500 ml/24H + Signes vitaux : - TA = 115/60 mmHg - Pouls = 85/min - Spo2 = 100% - Température = 36,5 °C	- Globule Blanche : $8 \times 10^9/L$ - Globule Rouge : $4.47 \times 10^9/L$ - Hémoglobine : 10.3L g/dl - Hématocrit 33% - Plaquette $275L \times 10^9/L$ ▪ Glucose : 117mg/dl ▪ Calcium total : 8.7 ▪ Urea : 14mg/dl ▪ Creatinine : 0.5mg/dl ▪ Albumine : 39g/d ▪ HbA1c : 4.1% ▪ ELECTROLYTES : - Sodium : 135mmol/dl 	• Perfusion IV : Nss 0,9 % 1000 mL à 30gouttes/min. • Betacef 1.5g x 2 IVL • Paracétamol 1g x 4 PIV • Oméprazol 40mg (IVL)

គោលការណ៍គ្រឹះនៃការព្យាបាលជំងឺ Hyponatremia (Principle Treatment of Hyponatremia)

Severe / Acute Symptomatic Hyponatremia (ករណីបន្ទាន់)

⇒ គោលបំណង៖ បញ្ឈប់ និងការពារគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត (ដូចជា Seizures, Coma, Brain Herniation) ដោយជំឿន
កម្រិត Serum Na⁺ ឱ្យបានលឿនពី **4 - 6 mmol/L** ក្នុងរយៈពេល 1-2 ម៉ោងដំបូង។

➤ អន្តរាគមន៍:

- ប្រើ 3% Hypertonic Saline ចំនួន 100–150 mL IV bolus ផ្តល់ 10–20 min អាចបន្ត 1 ដងទៅ 2 ដងទៀត
ប្រសិនបើរោគសញ្ញាមិនទាន់ធូរស្រាល។

➤ កម្រិតកំណត់ (Correction Limits):

- មិនត្រូវជំឿន Serum Na⁺ លើសពី 8-10mmol/L ក្នុងរយៈពេល 24ម៉ោង ដំបូងឡើយ ដើម្បីការពារជំងឺ
Osmotic Demyelination Syndrome (ODS)។

Nacl 3%!

គោលដៅ = 3g/100ml

វិធីលាយ NaCl 3% 100 mL ដោយប្រើ NSS 0.9% (100 mL)
និង NaCl 10% (20 mL /amp)

=> ដើម្បីទទួលបានសេរ៉ូម NaCl 3% ចំនួន 100 mL អ្នកត្រូវលាយ
តាមរូបមន្តខាងក្រោម៖

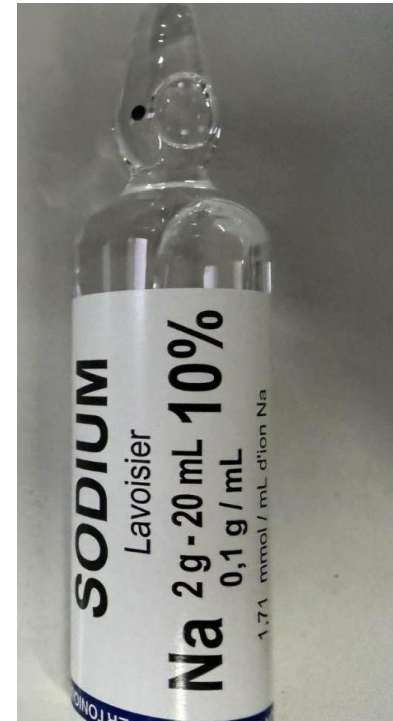
➤ NSS 0.9%: ចំនួន 76 ml (0,8g)

➤ NaCl 10%: ចំនួន 24 ml (2,2g)

⇒ Nacl 10% 24 mL + NSS 0,9% 76 mL → 3% 100 mL

(3g/100ml)

$$C1 V1 + C2 V2 = Cf Vf$$



3.Discussion :

1. Une hypertension artérielle est-elle une contre-indication à l'hystéroscopie ?
2. La réanimation peut-elle être débutée au bloc opératoire ?

4.Recommandation :

1. Surveillance stricte du bilan hydrique pendant la chirurgie par SOP

- Volume liquide irrigation
- Durée < 60mn
- Bilan hydrique entrée / sortie
- D5% <1000ml , NSS < 2000ml

2. Choix de l'anesthésie rachidienne détection précoces des complications :

- Céphalée
 - Nausée / vomissement
 - Confusion
 - Dyspnée
- } Signes Hyponatrémie aigue

3. Détection et prise en charge précoces :

- Vomissement
 - Céphalée
 - Hypertension artérielle
- ➡ Gas du sang urgent



**MERCI
POUR
VOTRE
ATTENTION!!!**

