



Roma, 9-12 novembre 2017

# ...to be continued



ITALIAN CHAPTER



*Marco Faustini Fustini*

Pituitary Unit

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB)

Ospedale Bellaria

*marco.faustini@isnb.it*



Roma, 9-12 novembre 2017

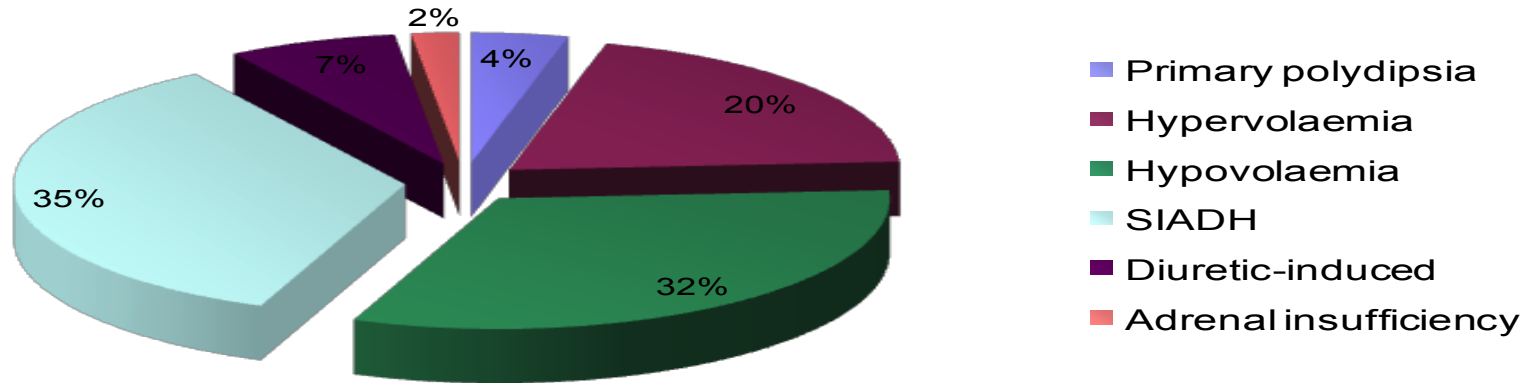
# Take home messages



ITALIAN CHAPTER



- Le possibili cause di iponatremia ipotonica in Medicina Interna sono numerose.



La diagnosi differenziale è essenziale per il corretto approccio terapeutico.  
Cause diverse possono essere presenti contemporaneamente.

**L'iponatremia non è una malattia! È un dato di laboratorio che va interpretato!**



# Take home messages



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

- L'uso di diuretici (in particolare dei **diuretici tiazidici**) rimane tuttora tra le cause di più comune riscontro nei reparti di Medicina.
- L'iponatremia associata all'uso di diuretici tiazidici si associa a deplezione del volume del LEC (ipovolemia), contrariamente a quanto avviene nella **SIAD**, anch'essa di frequente riscontro nei reparti di Medicina.
- Pertanto, grande attenzione va posta nella **diagnosi differenziale**, poiché la terapia differisce, soprattutto **nelle forme meno gravi** o nella fase che segue la parziale risoluzione di una forma grave.





# Take home messages



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

## Nelle forme meno gravi di iponatremia ipotonica

o se, comunque, non vi è un rischio immediato e serio di grave encefalopatia iponatremica,

la terapia varia considerevolmente secondo lo stato del volume extracellulare:

- **Nelle forme ipovolemiche** (come il caso n. 1), l'infusione di 500-1000 di soluzione salina 0.9% NaCl inizia a correggere l'iponatremia senza indurre sovraccarico di volume.
- Viceversa, **nelle forme clinicamente euvolemiche** (SIAD, iposurrenalismo secondario), la terapia varia secondo la patogenesi: restrizione idrica, urea (ESE, ERA-EDTA, ESIOCM), tolvaptan (panel AJM) nella SIAD; corticosteroidi nell'iposurrenalismo secondario.



# Take home messages



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

- Viceversa, **nelle forme gravi di iponatremia ipotonica** (vomito, distress respiratorio, stato soporoso, convulsioni, coma)
  - sia le linee guida europee (EJE, 2014)
  - sia la raccomandazione del panel di esperti coordinato da Verbalis (AJM, 2013)
- concordano nel raccomandare l'impiego di piccole quantità (100-150 ml) di soluzione salina ipertonica NaCl 3% da infondere in 10-20 minuti,
- ricontrollando immediatamente l'incremento della sodiemia che si è prodotto con tale pratica (***lo scopo è aumentare la sodiemia di 4-6 mmol/L***, per ridurre il rischio di grave encefalopatia iponatremica, con erniazione cerebrale), rimandando la diagnosi differenziale a momenti meno critici per il paziente.



Roma, 9-12 novembre 2017

# Grazie dell'attenzione



ITALIAN CHAPTER

**Alessandro Rossini** (U.O. Medicina, ASST Milano Nord, P.O. Sesto San Giovanni)

**Salvatore Di Paolo** (S.C. Nefrologia e Dialisi, Barletta)

**Marco Faustini Fustini** (Pituitary Unit, IRCCS Ist. Scienze Neurologiche di Bologna)



...bye, bye...