

HYPERKALIEMIE

Définition : $-K^+ > 5 \text{ mmol/l}$

DIAGNOSTIC

SIGNES CLINIQUES (Ils sont tardifs)	SIGNES ECG	SIGNES DE GRAVITE
<ul style="list-style-type: none"> - paresthésies de langue, des lèvres ou du pourtour de la bouche, des membres - dysesthésies : brûlures de la plante des pieds - faiblesse musculaire voire paralysie flasque - coma prolongé 	<p style="text-align: center;"><u>Précoces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ondes T amples, pointues, symétriques - ST sous décalé - QT↓, pfs ⊥ ou ↑ - PR↑ - Amplitude de P ↓ <p style="text-align: center;"><u>Tardifs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - QRS élargi - BIA, BAV <p style="text-align: center;"><u>Pré-mortem</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cplexes idio-ventriculaires lents - TV (risque de FV) 	<p style="text-align: center;"><u>Ionogramme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - $K^+ > 7 \text{ mmol/l}$ - HypoCA²⁺ associée - HypoMg²⁺ <p style="text-align: center;"><u>Signes ECG avec ESV</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Choc</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Acidose</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Terrain</u> : cardiopathie, ttt/ antiarythmiques</p>

CONDUITE A TENIR

<p>ELIMINER LES FAUSSES ↑K⁺</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Evocuer une pseudo-↑K⁺</u> en l'absence de causes évidentes d'↑K⁺, de signes ECG. - <u>Demander alors un contrôle</u> sans garrot et sans faire « pomper » avec la main, en prévenant le labo 	<p>Hyperkaliémie modérée (< 6 mmol/l) sans signes ECG</p> <p><u>Arrêt de tout ttt hyperkaliémiant et de tout apport exogène de K⁺</u></p> <p><u>Polystyrène sulfonate de sodium</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kayexalate : 20-30 mg per os à diluer ds de l'eau et à associer à du Sorbitol 2 sachets ttes les 6h ou - Kayexalate : 50-100 mg en lavement ttes les 6h (délai d'action = 2h peros et 1h en lavement ; durée d'action = 4-6h) induit un apport sodé <p><u>Si IC ou anurie : Calcium Sorbistérit</u> :</p> <p>1,5 cueillère-mesure ttes les 6h (à diluer dans de l'eau et du Sorbitol 2 sachets)</p> <p><u>Furosémide</u> :</p> <p>Lasilix 40-80 mg iv (compenser les pertes autres que potassique)</p>	<p>Hyperkaliémie graves (>7 mmol/l) et/ou signes ECG</p> <p><u>Ttt d'attaque : association</u></p> <p><u>Gluconate de Ca²⁺ à 10%</u> : délai d'action = 5-10 mn</p> <p>10-30 ml ivl en 5' renouvelé 5' plus tard (durée d'action 30min)</p> <p>CI en cas de ttt par des digitaliques</p> <p><u>Bêta-adrénergiques</u> : délai d'action=10-20min</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol (Ventoline) ou Terbutalide (Bricanyl) : . Nébulisation = mode privilégié du ttt ou . PSE : 0,1-0,2 mg/kg/min en relais ou en alternative - Isuprel : à défaut ou BAV de haut degré associé : 0,2-0,4 mcg/kg/min <p><u>Si ttt par Digitalique</u> : Bicarb. molaire (8,4%) 50ml) ou semi-molaire (4,2%) 100ml en 5-15 min iv renouvelé 1 fois (délai d'action 15-30min). Risque d'OAP car apporte 1,15g de Na. Ce risque paraît négligeable ds cette circonstance où l'on peut associer du Lasilix.</p> <p><u>Lasilix (en cas de perfusion de bicarb et sur indication du réa)</u> :</p> <p>80-180mg iv en 30-60min si > 120 mg</p> <p>délai d'action= 15-30min ; durée d'action 4-6 h) NB : sans effet en cas d'anurie et nécessite des doses élevées jusqu'à 1000 mg si IRÀ à diurèse conservée)</p> <p>Compensation hydrosodée adaptée à l'état d'hydratation du patient.</p> <p><u>Ttt complémentaires en renfort</u></p> <p><u>Association Insuline + SG 30%</u> :</p> <p>Insuline 20 UI/h ivse+SG30% 200 ml en 1h (associer 1 UI d'Insuline à 3g de SG30% (délai d'action 20-30 min)</p> <p><u>Bicarb à 1,4%</u> :</p> <p>1 Meq/kg en 5min (délai d'action 10-20min) fait entrer le K⁺ dans la cellule</p>
--	--	--

ETIOLOGIES

si contexte pas évident, prélever en urgence : créat, glycémie (insuff rénale, diabète) gazométrie (acidose) ; bandelette urinaire (cétonurie ?) ; secondairement cortisol ACTH, rénine, aldostérone (hypominéralo-corticisme)

