



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Rédacteurs	Dr Faddoul Minerva
Date	7/09/2018
Validation	Commission des protocoles
Bibliographie	Prise en charge de hyperkaliémie rédigée par Thomas robert et validé par(F I R N) french intensive rénale care rénal network

CAT

Devant une Hyperkaliémie

Le potassium est régulé essentiellement par un transfert cellulaire sous la dépendance du métabolisme acido-basique, des catécholamines et de l'insuline et secondairement par le rein.

Absorption 100%digestive. Elimination 90%urinaire

A. Etiologies :

REDUCTION EXCRETION RENALE	HYPERKALIEMIE DE TRANSFERT
insuffisance rénale aigüe et chronique	Acidose métabolique et respiratoire
Déficit minéral corticoïdes : insuffisance surrénalienne hyperplasie des surrénales	Catabolisme, cellulaire accrue : crush syndrome, brûlures étendues, rhabdomyolyse, hémorragie digestive sévère, lyse tumorale après chimiothérapie)
Syndrome hyporéninisme, hypoaldostéronisme de certaine néphropathie diabétique, néphropathie de l'infection VIH	Médicaments digitaliques, béta-bloquants, cyanure, succinylcholine
Iatrogènes :AINS,IEC,ARA2, héparines, HBMP,ciclosporine,diurétiques épargneur de K	Exercice physique intense favorise la sécrétion du glucagon et inhibe la sécrétion d'insuline donc déficit en insuline/
Résistance à l'action de l'aldostérone :IEC, ARA2 chez les patients hypovolémie	Paralysie périodique hyperkaliémie familiale de transmission autosomique dominante
Excès d'apport cacao, café, certains fruits secs, noix.	Pseudo hyperkaliémie thrombocytémie, hyperleucocytose, hémolyse, garrot, mononucléose.

B. Manifestations cliniques :

-Cardiaque : Les modifications **ECG** dépend du niveau de la kaliémie et pathologie cardiaque sous-jacent et la rapidité de l'installation de l'hyperkaliémie.

Signe d'alerte : ondes T pointues et symétriques diffuses

Signes de gravité :

- o Diminution de l'amplitude de l'onde P jusqu'à sa disparition
- o Allongement de l'espace PR voire dissociation auriculo-ventriculaire
- o Troubles de la conduction intra ventriculaire(élargissement du QRS)
- o bradycardie précédant l'arrêt cardiaque

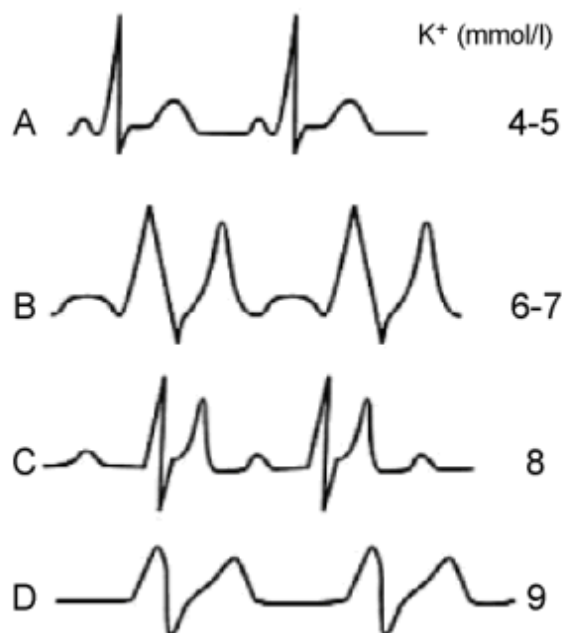


Figure 2. Anomalies possibles à l'ECG en fonction des valeurs d'hyperkaliémies

-Neuro musculaire : paresthésie et parésie progressive allant jusqu' à tétra parésie.

Traitement de l'hyperkaliémie

Il s'agit d'une vraie hyperkaliémie ? Refaire le dosage, sans garrot.

Contrôler la fonction rénale et état acidobasique.

Rechercher une étiologie pour traiter la cause.

. Scoper si : K à 6-6.5, des signes de gravité à ECG.

Dans tous les cas arrêt des traitements incriminés.

Elévation modérée
K=5.5 -6mmol/l

→ **Résine échangeuse de K(1)** (Sulfonate de polystyrène)

KAYEXALATE® 30G orale (2cuillères mesures) ou 60g en lavement

Furosémide(2) 1g/kg en iv en absence d'insuffisance rénale sévère

Elévation sans
modification
ECG

K =6-6.5mmol/l

→ Insuline /glucose (3)

Insuline 10 unités rapide dans 250ml G10% en 15- 30 MN

Ou 16 u+500ml G10% sur 45 à60MN

Permet une baisse K de 1mmol/l effet dure 2h après l'administration (Surveiller K et glycémie 1h après début du traitement). Chez le sujet dialysé en hyperglycémique faire bolus 0,15U/kg puis IVSE 0,1U/kg/h

→ **Beta²mimétiques(4)**: Salbutamol en nébulisation (10-20mg) Salbutamol en IV (0.5mg en 15MN .Permet une baisse K de 1mmol/l et dure de 90à120mn

Bicarbonate de sodium 1,4%100ml en 30 MN si PH<25 (contre indiqué si insuffisance cardiaque, anurie)

Elévation sévère

Avec ou sans
modification ECG

K >6.5 mmol/l

→ **Gluconate de calcium(5)** 10mlà10%IVdans 250ml G5 ou2.5% sur 8 à10 MN peut être ré étiré 2à3 fois si nécessaire

Action Immédiate et durée d'action 30mn

→ + Insuline et salbutamol

Hémodialysé si K menaçante permet de retirer 25 à 50 Meq de potassium /h.

- (1) Kayexalate : augmente l'excrétion du K. Recommander pour l'hyperkaliémie chronique ou en prévention.
- (2) Furosémide augmente l'excrétion de K.
- (3) Insuline/glucose, salbutamol permettent le transfert du K vers le milieu intracellulaire.
Surveiller toute les 20min la glycémie dans les 2 heures de l'insulinothérapie.
- (4) les beta2 mimétiques en IV ou aérosols permettent l'entrée du K dans les cellules
- (5) Gluconate de calcium protège le cœur et évite la survenue des troubles de rythme. **Ne pas perfuser sur la même voie avec le Bicarbonate.**

SI INTOXICATION AU DIGITALIQUE UTILISER CHOLRURE DE MAGNESIUM (1 ampoule de 10 ml à 10%).

- Diluer l'ampoule dans un soluté de 50 ml de G 2,5 ou 5% à perfuser en 8 à 10 min. Cette perfusion intraveineuse peut être répétée 2 à 3 fois si nécessaire.

ne pas perfuser sur la même voie avec le bicarbonate.

- **Kayexalate** : pas en urgence délai d'action long, entraîne des effets secondaires (colite ischémique, constipation, rétention sodé, hypocalcémie et hypomagnésémie)
- **Furosémide** : il a un pouvoir hypokaliémant faible leur délais d'action est de 1 à 4h. il est indiqué dans les OAP.
- **La dialyse** est le traitement de référence en cas d'insuffisance rénale anurique, dialysé chronique,.