

Hyperkaliémie

Auteur(s) : Bertrand SOUWEINE

Définition

Hyperkaliémie > 5,5 mmol/L

Critères diagnostiques

Signes cliniques :

- Cardiologique : tachycardie
- Neuromusculaire : paresthésies des extrémités et péri-buccale, faiblesse voir paralysie membres inférieurs d'évolution ascendante

Signes électriques DIFFUS dans toutes les dérivations, évoluant ainsi :

- Trouble repolarisation : ondes T amples, pointues, symétriques
- Trouble conduction auriculaire : disparition onde p, BSA
- Trouble conduction ventriculaire : élargissement QRS
- TV, FV

Etiologies

Excès d'apport	Rare en dehors de l'insuffisance rénale
Hyperkaliémie de transfert du secteur intracellulaire à l'extracellulaire → KALIURESE > 50 mmol/L	1 : Acidose métabolique ↑ 0,5 mmol/L K ⁺ par ↓ du pH de 0,1 2 : Lyse cellulaire <ul style="list-style-type: none">- rhabdomyolyse, écrasement- brûlures- hémolyse massive- lyse tumorale spontanée ou post-chimiothérapie- syndrome de revascularisation- hémorragie digestive- hypothermie 3 : Exercice physique intense 4 : iatrogénie : B-Bloquants, intoxication digitalique, agonistes α adrénergiques 5 : Paralysie hyperkaliémique familiale
Réduction de l'excrétion rénale → KALIURESE < 50 mmol/L	1 : Insuffisance rénale aiguë et chronique 2 : Déficit en minéralocorticoïdes <ul style="list-style-type: none">- insuffisance surrénalienne- hyporéninisme-hypoaldostéronisme- hypoaldostéronisme IATROGENES : spironolactone, IEC – ARA2, AINS, cyclosporine, tacrolimus, héparine 3 : Anomalie sécrétion tubulaire rénale <ul style="list-style-type: none">- pseudohypoaldostéronisme type 1 et 2- acidose tubulaire distale- inhibition sécrétion tubulaire iatrogène : diurétiques épargneurs de K⁺, ciclosporine, lithium

Etiologies de l'hyperkaliémie

La cause la plus fréquente est l'origine **iatrogène**, lié à la prise IEC ou ARA2 chez un patient en hypovolémie.

Traitement

1. Arrêt des traitements hyperkaliémiants
2. Antagoniste membranaire = sels de calcium (pas d'action hypokaliémiante) :

- A utiliser d'emblée si trouble électrique
- Ampoule 10 ml de chlorure ou gluconate de calcium à 10 %
- IV Lente sur 2-3 min, 10 à 30 ml
- Possible d'une deuxième injection 5 min après
- Contre indiqué si digitalique (dans ce cas utiliser du chlorure de magnésium)

3. Transfert du K⁺ vers le compartiment intracellulaire :

- Insuline-glucose = 500ml de G10% + 15 U insuline rapide, sur 30 min
- Agents α -adrénergiques = Salbutamol 20 mg en nébulisation (contre-indication relative si cardiopathie)
- Alcalinisation : bicarbonate de Na 1,4%, notamment si acidose associée, mais CI si tableau OAP

4. Elimination de la surcharge potassique :

- Epuration extra-rénale avec un bain pauvre en K⁺ : si hyperkaliémie menaçante, échec des thérapeutiques ou IRA anurique
- Si OAP = diurétiques de l'anse

5. Chélation digestive de potassium :

- Résines échangeuses d'ions KAYEXALATE® PO 15-30g / 4-6H, ou en lavement 50-100 g gardé 30-60 min

Facteurs pronostiques

Urgence métabolique absolue si : K⁺ > 7 mmol/L et/ou signes ECG.

Indication Hémodialyse en urgence.

En attente de dialyse = sels de calcium + 1 traitement hypokaliémiant par transfert du K⁺ en intracellulaire.

Pièges à éviter

Les fausses hyperkaliémies :

- Hémolyse (prélèvement difficile, garrot trop serré, analyse biologique 6h après le prélèvement, agitation excessive du tube)
- Hyperleucocytose majeure (> 100 000/mm³) ou thrombocytémie (> 1 000 000/mm³)

L'absence de toutes manifestations électriques avec Kaliémie > 6 mmol/L doit faire évoquer une fausse hyperkaliémie.

Références

1. Fordjour, Kristy N, Ted Walton, and John J Doran. [Management of Hyperkalemia in Hospitalized Patients](#). The American Journal of the Medical Sciences (December 18, 2012). doi:10.1097/MAJ.0b013e318279b105.
2. Evans, Kimberley J, and Arthur Greenberg. [Hyperkalemia: A Review](#). Journal of Intensive Care Medicine 20, no. 5 (October 2005): 272–290. doi:10.1177/0885066605278969.
3. Mahoney, B A, W A D Smith, D S Lo, K Tsoi, M Tonelli, and C M Clase. [Emergency Interventions for Hyperkalaemia](#). The Cochrane Database of Systematic Reviews no. 2 (2005): CD003235. doi:10.1002/14651858.CD003235.pub2.