## **HYPERKALIEMIE** Hôpitaux Universitaires de Genève Edition 2010.Dr P. Parvex Prof. E. Girardin K+> 6.5 mmol/L Vérification Monitoring Ca++, gazométrie. de la Corriger hypocalcémie, acidose kaliémie qui peuvent aggraver arythmies. **SYMPTOMES** - Nausées, vomissements Hyper-- Paresthésies **ECG** - Faiblesse musculaire kaliémie confirmée ? - Paralysie - Troubles du rythme, arrêt cardiaque non **ECG** Pseudonormal? hyperkaliémie non Resonium po 0.5--1g/kg/dose ou pr 1-2g/ 1) Onde Tample kg/dose 2) S-T sous décalé, onde p max toutes les 6h large ou absente, P-R Monitoring ECG,Ca++, Na+ prolongé, QRS prolongé 3) ESV, TV, FV. PSEUDO-HYPERKALIEMIE - Hémolyse - Prise de sang capillaire 1.Gluconate de Ca ++ 10% iv - Garrot prolongé 0.5-1ml/kg en 5-15 min Attention: pas si intoxication à la digitale 2. Salbutamol **CAUSES** premier essai par aerosol: 2,5 mg < 25kg 5 mg > 25 kg- Insuffisance rénale puis iv:1µg/kg/min - 4µg/kg/min - Insuffisance surrénalienne augmenter de 1µg/kg/min toutes les 15 min - Hypoaldostéronisme Aux USI sous scope. Pas de bolus - Rhabdomyolyse 3. Nabic 8.4 % iv - Lyse tumorale si HCO3<15mmol/l:1-2meg/kg (=1-2ml/kg) en - Poly transfusion 5-10 min, effet débutant après 10-30 min - Surdosage de potassium 4. Resonium po 0.5-1g/kg/dose ou pr 1-2g/kg

## **NOTES**

1. Les troubles de rythme dépendent de la rapidité d'augmentation de la kaliémie.

- Acidose

- 2. L'hyperkaliémie est définie à partir de 5 mmol/L mais les troubles graves ne s'observent qu'au-delà de 6.5 mmol/L.
- 3. Cette valeur de 6.5 doit être évalué de cas en cas. Les patient en insuffisance rénale chronique ainsi que les grands prématurés supportent des valeurs plus élevées.

Perfusion glucose 10%: 0.5g/kg (=5ml/kg) i.v. en 15-30 min.+ insuline 0.1 U/kg i.v. en 30 min. Monitorer glycémie.

si pas d'amélioration

max. toutes les 6 h

Considérer dialyse : si K+ toujours > 6.5 après 1h.

Monitorer pendant tout le traitement: K+ et gazométrie (acidose) aux 15 à 30 min.