

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — DÉSORDRES HYDRO-ÉLECTROLYTIQUES & ACIDO-BASIQUES · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-HE-01 · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

HYPERKALIÉMIE

Objet

Standardiser le diagnostic et la prise en charge en urgence d'une hyperkaliémie de l'adulte. Urgence vitale par son risque rythmique (arrêt cardiaque).

Définition et sévérité (UKKA 2023)

- Légère : 5,5–5,9 · Modérée : 6,0–6,4 · Sévère / menaçante : $\geq 6,5$ mmol/L ou signes ECG.
- Toute hyperkaliémie avec anomalies ECG = urgence, quel que soit le chiffre.

CAT diagnostique

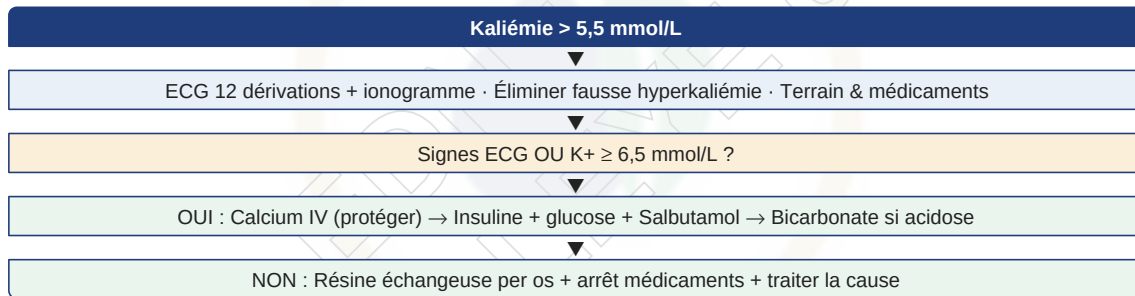
1. Signes cliniques

- Souvent asymptomatique (gravité non corrélée aux symptômes).
- Neuromusculaires : faiblesse, paresthésies, hyporéflexie, paralysie flasque.
- Cardiaques : palpitations, bradycardie, lipothymie ; mort subite.
- Terrain : insuffisance rénale, acidose, rhabdomyolyse, lyse tumorale, diabète déséquilibré.
- Médicaments : IEC, ARA2, anti-aldostérone, AINS, héparine, triméthoprim, β -bloquants, sels de K+.

2. Signes paracliniques

- Ondes T amples, pointues, symétriques (précoc).
- Allongement du PR, disparition de l'onde P.
- Élargissement du QRS, aspect sinusoïdal (pré-arrêt), bradycardie, TV/FV/asystolie. Biologie : iono sanguin (confirmer), créatinine/urée, gaz du sang, calcémie, glycémie, CPK selon contexte. Éliminer une fausse hyperkaliémie (hémolyse, garrot, prélèvement en aval d'une perfusion, hyperleucocytose) → recontrôler.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique — 3 piliers

1. Protéger le myocarde (si signes ECG) Gluconate de calcium 10 % 10 mL IV lente (5–10 min) sous scope ; effet 1–3 min ; répéter si persistance ECG. Ne baisse pas la kaliémie. Ann. Fr. Médecine d'Urgence — PEC de l'hyperkaliémie aux urgences (2019) · ESC 2022 — arythmies ventriculaires · KDIGO — désordres potassiques 2. Transférer le K+ en intracellulaire Insuline rapide 10 UI + G30 % 50 mL ; surveiller la glycémie 6 h. · Salbutamol 10–20 mg nébulisé. · Bicarbonate de Na uniquement si acidose. 3. Éliminer le K+ Résine échangeuse (Kayexalate) per os/lavement ; chélateurs récents si dispo. · Hémodialyse si sévère réfractaire ou IR. · Traiter la cause, arrêter les médicaments hyperkaliémisants.

Surveillance

- Scope continu jusqu'à stabilité ; ECG de contrôle.
- Kaliémie H1, H2 puis selon évolution ; glycémie 6 h ; diurèse.

Points de vigilance

- ECG parfois normal malgré hyperkaliémie sévère → traiter sans attendre.
- Le calcium protège mais n'abaisse pas la kaliémie.
- Effet transitoire insuline/salbutamol : prévoir l'élimination (résine/dialyse).
- Dialyse précoce si forme réfractaire ou IR.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Si chélateurs récents (Na-zirconium, patiromer) indisponibles ou trop coûteux : utiliser la résine échangeuse (Kayexalate), plus accessible.
- Pas de gluconate de calcium : chlorure de calcium ; si surveillance insuline/glucose difficile, privilégier le salbutamol nébulisé (large disponibilité).
- Dialyse non disponible sur place : transfert précoce vers un centre d'épuration.
- Patient/entourage non autonome : impliquer un proche pour la surveillance et l'observance. Ann. Fr. Médecine d'Urgence — PEC de l'hyperkaliémie aux urgences (2019) · ESC 2022 — arythmies ventriculaires · KDIGO — désordres potassiques

Références : UK Kidney Association — Management of Hyperkalaemia in Adults (2023) · SFAR/SRLF — hyperkaliémie sévère menaçante (réanimation, MIR 2018)

Document de service P.O.S.T.E — fourni à titre indicatif, à adapter au contexte clinique du patient. Validation : Pr A. LEYE

© 2026 · Service MI-EDN · CHN de Pikine · SOSEDIAN · IPEDIAN · www.profleeye.care

page 1
Version 1.0 — 21/06/2026