

Kaliémie



Données techniques

Conseils patients / Conseils officinal

Résultats et normes



Données Techniques

Définition

Le dosage de la kaliémie permet d'apprécier la concentration plasmatique en ions potassium, cations essentiels pour le fonctionnement cellulaire. Sa régulation est entre autres assurée par le rein et de nombreux traitements interfèrent avec la kaliémie.

Méthode

Couplée au ionogramme sanguin et pour l'analyse des résultats à la mesure de l'excrétion urinaire (kaliurie) sur 24H

La principale technique est la potentiométrie utilisant une électrode sélective aux ions (ISE), spécifique de l'électrolyte dosé (mesure de la différence de potentiel créée par la solution contenant les ions de référence)

Indications

Systématique dans le cadre d'un ionogramme sanguin

Surveillance ou bilan diagnostique au cours de :

- HTA
- Insuffisance rénale chronique
- Cardiopathie ischémiques et/ ou rythmiques, troubles du rythme cardiaque
- Déshydratation
- Dénutrition
- Symptomatologie neurologique (confusion)
- Symptomatologie atypique chez une personne âgée (troubles digestifs, asthénie, soif, polyurie etc...)
- Hémolyse



Conseils patients / Conseil officinal

INFORMATIONS DE PUBLICATION

Source : Médecin des Hôpitaux - Praticien Hospitalier ; Urgences médico-chirurgicales et judiciaires, SMUR; Hôtel-Dieu-Cochin (Paris); Université Paris Descartes

Créé le : 10/10/2008 | Mis à jour le : 24/03/2010

Préparation à l'examen

- Être à jeun de préférence, surtout si couplé avec glycémie à jeun



Conditions de l'examen

- Dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale (LABM)
- Prise de sang veineux (au pli du coude en général)
- Un patch d'Emla (lidocaïne + prilocaïne) peut être appliqué 1 heure avant sur les 2 plis du coude
- Ne pas fermer le poing ou laisser le garrot en place trop longtemps (risque d'hyperkaliémie)
- Les résultats ne sont pas disponibles immédiatement mais envoyés au médecin



Résultats et Normes

Normes

Potassium 3,5 à 5 mmol/L

Variations

Message : une kaliémie $<2,5$ mmol/L ou >6 mmol/L impose une hospitalisation en urgence avec appel du SAMU-Centre 15.



HYPOKALIEMIE (DIMINUTION)

Hypokaliémie d'origine digestive

Kaliurie < 20 mmol/l

- Vomissements, aspirations gastriques
- Diarrhées (infectieuses ou sur prise de laxatifs)
- Anorexie mentale avec vomissements et prise de laxatifs

Hypokaliémie par perte rénale

Kaliurie > 20 mmol/l

- Causes médicamenteuses (les plus fréquentes ; diurétiques, amphotéricine, fosfomycine, cisplatine)
- Polyurie : acidocétose diabétique, coma hyperosmolaire, syndrome de levée d'obstacle
- Hyperaldostéronisme primitif (Syndrome de Conn, glycirrhizine, prise de réglisse, antésite, pastis)
- Hyperaldostéronisme secondaire (cirrhose, insuffisance cardiaque, syndrome néphrotique, HTA maligne avec sténose de l'artère rénale)

INFORMATIONS DE PUBLICATION

Source : Médecin des Hôpitaux - Praticien Hospitalier ; Urgences médico-chirurgicales et judiciaires, SMUR; Hôtel-Dieu-Cochin (Paris); Université Paris Descartes
Créé le : 10/10/2008 | Mis à jour le : 24/03/2010

- Hypercortisolisme : Cushing, corticothérapie
- Divers (carence en magnésium avec HTA, néphropathies)

Hypokaliémie par transfert intra cellulaire

- Insuline
- Alcalose métabolique ou respiratoire
- Catécholamine endogènes (IDM, traumatisme crânien...)
- Intoxication à la chloroquine, théophylline, salbutamol
- Hypothermie
- Paralysie familiale hypokaliémie



HYPERKALIEMIE (AUGMENTATION)

Par défaut d'élimination rénale de K Kaliurie basse < 10 mmol/l

- Insuffisance rénale aiguë
- Insuffisance rénale chronique
- Insuffisance surrénale aiguë (hypoNa, hyperK et déshydratation)
- Traitement par antidiurétiques épargneurs potassiques (spironolactone)

Par apport en excès

- Transfusions de sang

Par transfert du K+

- Acidose métabolique
- Rhabdomyolyse traumatique ou toxique, effort musculaire intense
- Lyse tumorale ; chimiothérapie des leucémies ou des lymphomes
- Brûlures étendues

Médicaments

- Diurétiques épargnant potassique
- Intoxication par les digitaliques ou bêtabloqueurs
- Célocurine
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion

Date de création et de mise en ligne de la fiche : 10-10-2008.

Les éléments d'informations et conseils qui y figurent sont d'ordre général et ne sont pas exhaustifs. Ils ne peuvent se substituer au diagnostic et aux conseils du pharmacien adaptés à la situation du patient. Le pharmacien est entièrement responsable de l'usage et des interprétations qu'il fait des informations qu'il consulte et des conseils qu'il en déduit ou des actes qu'il effectue. En conséquence, l'utilisateur des fiches s'interdit de mettre OCP et l'auteur en cause pour un litige qui serait né de l'exploitation de ces éléments d'information et conseils.

© OCP - 2008

INFORMATIONS DE PUBLICATION

Source : Médecin des Hôpitaux - Praticien Hospitalier ; Urgences médico-chirurgicales et judiciaires, SMUR; Hôtel-Dieu-Cochin (Paris); Université Paris Descartes

Créé le : 10/10/2008| Mis à jour le : 24/03/2010