

Cesser apport en K<sup>+</sup> (PO, IV)  
Cesser médicaments causant hyperK  
ECG et monitoring cardiaque  
FSC, iono macro, glycémie, Ca<sup>++</sup>, Mg<sup>++</sup>, urée/créat, CK, gaz, lactate

• Rhabdomyolyse  
• Hémolyse  
• Syndrome de lyse tumorale  
• Brûlure ou trauma extensif  
• Paralysie périodique hyperK  
• Apport iatrogène de K<sup>+</sup>  
• Transfusion massive  
• Médicament à risque

Attention si IRA/IRC ou si risque d'augmentation rapide de K

- ❖ K<sup>+</sup> > 7 mmol/L OU
- ❖ Patient instable OU
- ❖ Symptomatique OU
- ❖ ECG anormal \*

- ❖ K<sup>+</sup> > 5.5 et < 7 mmol/L  
(≤1 mois: K<sup>+</sup> > 6 et < 7 mmol/L) ET
- ❖ Patient asymptomatique ET
- ❖ ECG normal

Dilution/rapidité traitement selon stabilité\*\*:

- Calcium gluconate IV
- Insuline/Glucose IV
- Salbutamol inhalation (sauf si arythmie)
- Bicarbonate de sodium IV (si acidose métabolique)
- Lasix IV (si volémie le permet)
- ± Kayaxelate PO/IR (si aucun ileus, prise opiacé, hyperNa ou surcharge)

En fonction de l'étiologie suspectée, considérer:

- Calcium gluconate IV si hyperK sévère anticipée
- Insuline/Glucose IV
- Salbutamol inhalation (sauf si arythmie)
- Bicarbonate de sodium IV (si acidose métabolique)
- Lasix IV (si volémie le permet)
- ± Kayaxelate PO/IR (si aucun iléus, prise opiacé, hyperNa ou surcharge)

Discuter hémodialyse avec les équipes

Discuter hémodialyse avec l'équipe