

**$K^+ > 5.5$  (Si  $\leq 1$  mois:  $K^+ > 6$ )  
 ET  
 Hyperkaliémie RÉELLE suspectée  
 Selon contexte ET JUGEMENT clinique**

- CONTEXTES CLINIQUES À RISQUE D'HyperK**
- Insuffisance rénale
  - Choc
  - Insuffisance surrénalienne
  - Pseudohypoaldostéronisme
  - Acidose
  - Rhabdomyolyse
  - Hémolyse
  - Syndrome de lyse tumorale
  - Brûlure ou trauma extensif
  - Paralysie périodique hyperK
  - Apport iatrogène de  $K^+$
  - Transfusion massive
  - Médicament à risque

**Cesser apport en  $K^+$  (PO, IV)  
 Cesser médicaments causant hyperK  
 ECG et monitoring cardiaque  
 FSC, iono macro, glycémie,  $Ca^{++}$ ,  $Mg^{++}$ , urée/créat, CK, gaz, lactate**

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

❖  $K^+ > 7$  mmol/L OU  
 ❖ Patient instable OU  
 ❖ Symptomatique OU  
 ❖ ECG anormal\*

❖  $K^+ > 5.5$  et  $< 7$  mmol/L  
 ( $\leq 1$  mois:  $K^+ > 6$  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)  
 •  $\pm$  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)  
 •  $\pm$  Kayaxelate PO/IR (si aucun iléus, prise opiacé, hyperNa ou surcharge)

**Discuter hémodialyse avec les équipes de néphrologie et de soins intensifs ped**

**Discuter hémodialyse avec l'équipe de néphrologie**

\* QRS élargi, perte onde P, arythmie ventriculaire  
 \*\* La dilution et rapidité d'administration des Tx dépendent de l'instabilité ou de la stabilité du patient