

INTRODUCTION

L'hyperkaliémie (HK) est un trouble électrolytique fréquemment observé chez les patients présentant une insuffisance rénale chronique (IRC) notamment les stades sévères. La présence concomitante d'autres troubles électrolytiques, souvent observés en contexte d'IRC, tels que l'acidose métabolique aggravent les conséquences cardiaques de l'HK et peuvent conduire en absence d'un traitement rapide et adapté à des complications cardiaques majeures mettant en jeu le pronostic vital du patient. L'objectif de notre étude était de déterminer les caractéristiques à l'admission, la prise en charge thérapeutique et l'évolution des patients admis pour HK.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective étalé sur une période d'une année. Ont été inclus tous les patients hospitalisés présentant une HK >6 mmol/l. L'évaluation du retentissement cardiaque de l'HK à travers un tracé électrocardiogramme (ECG) a été réalisé chez tous les patients inclus. Ainsi nous avons recueilli les données démographiques, les comorbidités, l'étiologie, la survenue de complications, la kaliémie de contrôle et le décès. Tous les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS, version 21.0.

Modification à l'ECG	Résultat en %	Valeur P
Onde T ample	36.8	<0.001
BAV	3.9	<0.001
Onde QRS large	1.9	0.001

Tableau1 : signes électrocardiographiques

Etiologies de l'HK	Résultat en %
HDC avec écart de séance	28.7
HDC avec écart de régime	17.1
IRC non dialysé	22.1
IRA	32.2

Tableau 2 : Etiologies de l'HK

HDC: Hémodialysé chronique; IRC : insuffisance rénale chronique; IRA : insuffisance rénale aigue

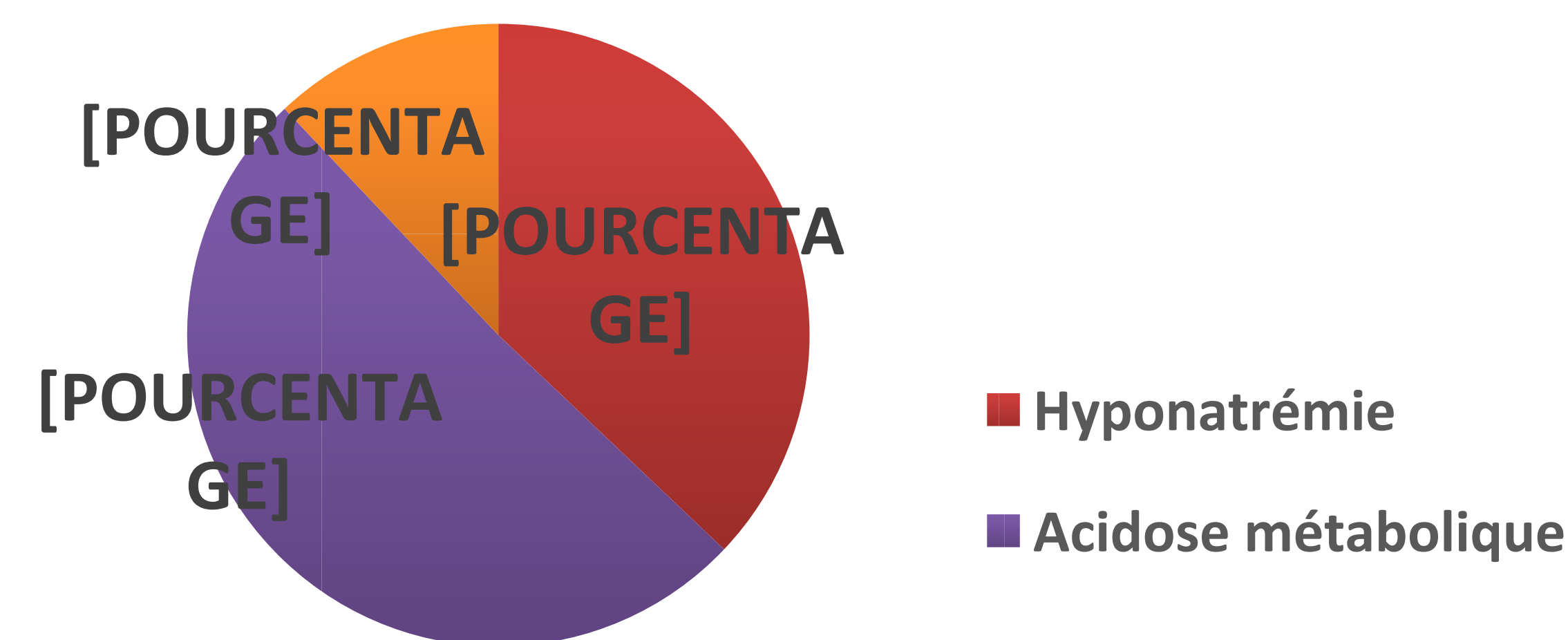


Figure :Les troubles électrolytiques accompagnant l'HK

REFERENCES :

- [1]Durfey N, Lehnhof B, Bergeson A, Durfey S, Leytin V, McAteer K, et al. Severe Hyperkalemia: Can the Electrocardiogram Risk Stratify for Short-term Adverse Events? *West J Emerg Med.* 2017;18(5):963-71.
- [2] Lindner G et al. Acute hyperkalemia in the emergency department: a summary from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes conference. *European Journal of Emergency Medicine.* 2020;27(5):329–337.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 258 cas ont été recensés. La moyenne d'âge était de 59.2 ± 15ans. La kaliémie moyenne observée était de 6,8 ± 0.7mmol/l. Les antécédents étaient dominés par l'IRC stade 4 et 5 dans 65.5% des cas, suivi de l'hypertension artérielle dans 49.6% des cas et le diabète dans 38% des cas.34.1% des cas étaient sous médicaments hyperkaliémiant tels que les inhibiteurs de système rénine angiotensine aldostérone. Pour la symptomatologie clinique de l'HK, 69.4% des patients était asymptomatiques, 10.1 % avaient une asthénie, 9.7% présentaient des vomissements.50.8% des patients avaient une hypertension artérielle et 8.1% des patients étaient en état de choc. 62.8% des patients étaient oligo-anurique (Diurèse < 500 ml/jour). Les signes électrocardiographiques étaient présents chez 47.3% des cas et détaillés dans le tableau (1). Concernant les troubles électrolytiques fréquemment observés sont représentés dans la figure. Pour le traitement 89.9% avaient bénéficié d'une séance urgente d'hémodialyse précédé ou non d'un traitement médical dans 54.3% des cas. L'évolution général a été marqué par la survenue de décès dans 7.4% des cas.

CONCLUSION

L'HK se rencontre d'autant plus que le patient est dialysé. L'ECG est le témoin le plus fidèle du risque vital plus que ne l'est le chiffre de kaliémie vu que les patients ayant des modifications électriques sont statistiquement plus à risque d'aboutir à un arrêt cardiaque[1][2].