

Traitement des perturbations électrolytiques (K, Na, Mg).

Dr. Luc Radermacher



Les troubles électrolytiques présentent un risque clinique variable selon le type d'ion incriminé mais aussi, et surtout, selon la rapidité de leur développement. C'est ainsi qu'un trouble quantitativement encore mineur peut déjà présenter un risque vital s'il s'installe en quelques heures, alors qu'une perturbation majeure peut rester totalement asymptomatique si elle s'est développée lentement sur plusieurs jours ou semaines. Le traitement de ces pathologies, dépendra donc avant tout de leur caractère aigu ou chronique et de la symptomatologie associée. D'une manière générale, la vitesse de correction d'une perturbation ionique doit-être proportionnelle à la vitesse de son installation. Ainsi, une correction trop lente d'un trouble aigu, peut-être fatale (ex. : Asystolie irréversible d'une hyperkaliémie), alors qu'à l'inverse, une correction trop rapide d'un trouble chronique sévère peu générer une pathologie gravissime (ex. : Myélinolyse osmotique post-hyponatrémique). Un trouble chronique mineur peut enfin être toléré, par exemple dans le cadre de l'évaluation de la balance risque/bénéfice de certains médicaments.

Les troubles de la kaliémie sont à traiter avec attention puisqu'ils présentent le plus grand risque pour le patient.

Les formes aiguës sont généralement hautement symptomatiques et habituellement gérées dans les services d'urgences ou de soins intensifs, le diagnostic définitif n'étant posé qu'après réalisation d'une biologie d'urgence. Les formes chroniques sont par contre souvent de découvertes fortuites chez un patient peu ou pas symptomatique, sur une biologie de routine. La perturbation de la kaliémie est le plus souvent modérée ($> 2,5$ mEq/L et < 6 mEq/L). Le traitement sera alors avant tout causal avec limitation des médicaments favorisants (diurétiques, IEC, Sartans, AINS, ...). Plus rarement, une correction directe du trouble sera nécessaire (Complément oral de K, Kayexalate^o).

Les troubles de la natrémie sont liés à des perturbations du métabolisme de l'eau et/ou du sodium. Ces deux aspects sont donc à pendre en considération dans le traitement.

L'hyponatrémie aiguë est exceptionnelle (< 1%) et gérée en urgence.

L'hyponatrémie, parfois même sévère (< 110 mEq/L), est donc le plus souvent chronique et de découverte fortuite. Son traitement se fera en douceur (élévation max de 8mEq/24h) de manière causale et en limitant l'usage des drogues hyponatrémiantes (Thiazides, diurétiques d'épargne potassique, IEC, Sartans, AINS, Tégrétol^o et autres médicaments neurotropes,...). La restriction hydrique sera de mise dans les hyponatrémies avec oedèmes et HTA alors que les compléments de sel sont à réserver aux hyponatrémies hypovolémiques.

L'hypernatrémie est le plus souvent l'aboutissement d'une déshydratation extrême, surtout dans la population gériatrique. L'hydratation sera la règle, si possible orale (H₂O) et/ou parentérale sous forme d'une perfusion IV ou SC de solutions isoosmolaire (Hypodermoclyse : max 1,5L/24h de Glucose 2,5-5% + NaCl 0,4-0,2%). Les médicaments hypernatrémiants (Lithium,...) sont à éviter.

L'hypomagnésémie est beaucoup plus fréquente que l'hypermagnésémie, même chez les patients insuffisants rénaux, du fait d'une carence alimentaire en Mg, d'une consommation importante de phosphate et d'alcool, et d'un usage extensif d'IPP. Seule l'hypomagnésémie aiguë et/ou fortement symptomatique justifie d'emblée une perfusion IV de Mg sous contrôle monitoring. L'hypomagnésémie chronique peu symptomatique se fera prioritairement par un traitement causal, une limitation des médicaments hypomagnésémiants (Thiazides et diurétiques de l'anse, Ciclosporine et tacrolimus, IPP, ...), une modification de certaines habitudes alimentaires et un apport oral de Mg. Ce dernier est cependant limité par la tolérance digestive avec une diarrhée parfois précoce (dès 150mg/24h) et systématique pour les fortes doses (> 900mg/24h). La perfusion de Mg dans le cadre d'une hypomagnésémie chronique est réservée aux patients symptomatiques avec intolérance ou contre indication digestive majeure aux compléments oraux.

Le traitement des troubles ioniques multiples se fera prioritairement sur le potassium. L'administration de KCl surtout par voie IV a un effet favorable direct sur une hyponatrémie. L'administration de Mg a quand à lui un effet favorable direct sur une hypokaliémie.