

Mr G, 62 ans est adressé aux urgences par les pompiers pour une syncope à « l'emporte-pièce ». Le patient parle avant sa perte de connaissance d'une douleur thoracique atypique.

Ses antécédents sont une insuffisance rénale sur néphropathie diabétique traitée par hémodialyse, la dernière séance ayant eu lieu 2 jours auparavant, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire ischémique avec hémiparésie gauche séquellaire.

A l'arrivée aux urgences, sa pression artérielle est 135/66 mm Hg, sa fréquence cardiaque 56/mn, sa température 36,1°C, sa saturation en oxygène en air ambiant 91% et sa glycémie capillaire 17,3 mmol/L.

L'examen neurologique est sans particularité. La fréquence cardiaque oscille entre 30 et 45/min mais le reste de l'examen cardiovasculaire est normal. Son ECG initial est le suivant :

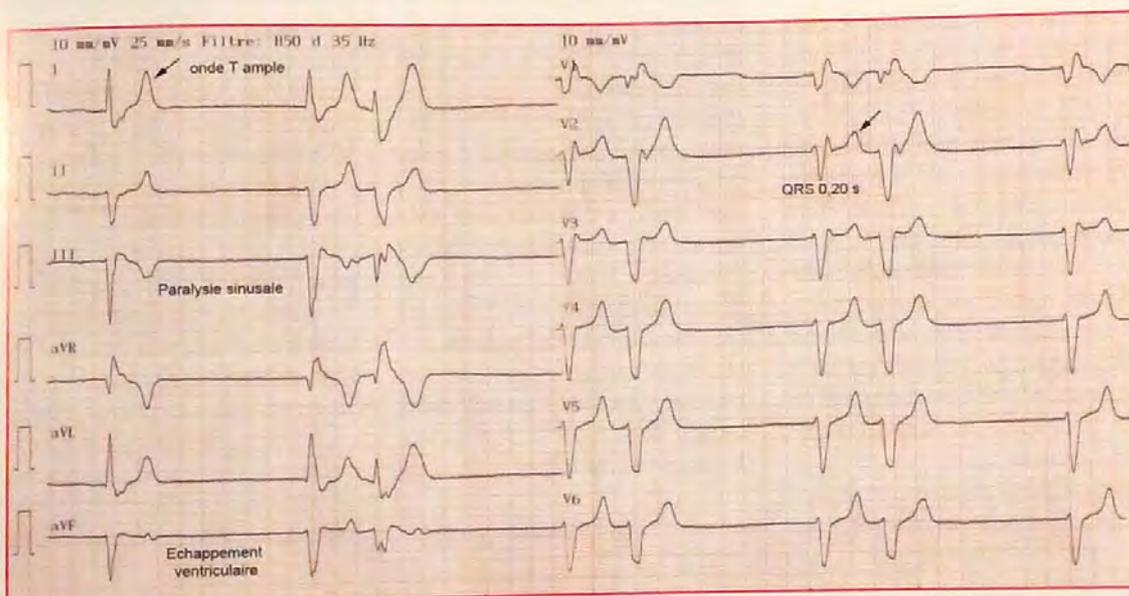


Figure 1.

QUELLE ÉTIOLOGIE FAUT-IL ÉVOQUER ET TRAITER SANS DÉLAI ?
L'ECG révèle une absence d'activité auriculaire qui correspond à une paralysie sinusale. Le rythme est ventriculaire avec des QRS lents (33/mn) et trop larges pour un simple bloc de branche droit (0,20 s). Les ondes T sont anormales par leur amplitude (ex. en DI où elles sont pointues et amples) et leur polarité (ex. en V2-V3 où elles sont positives alors qu'on attend des ondes T négatives en regard d'un retard droit). L'intervalle Q-T mesuré sur le 2^{ème} complexe QRS en DI est extrêmement court (Q-T 0,52 s soit QTc 0,39 s malgré un QRS large). Il existe aussi des extrasystoles ventriculaires. L'ensemble de ces anomalies est pathognomonique d'une hyperkaliémie menaçante qui constitue une urgence vitale immédiate.

La première mesure à entreprendre est de protéger le cœur du risque de passage en fibrillation ventriculaire. Il faut pour cela injecter en 2 à 5 minutes une ampoule de 10 ml à 10% de sel de calcium (chlorure ou gluconate), antagoniste membranaire direct, que l'on pourra renouveler 15 minutes après. Son délai d'action est obtenu en 1 à 3 minutes.

La deuxième partie du traitement consiste en l'administration des mesures correctrices du trouble hydroélectrolytique. Le transfert transmembranaire du potassium vers le milieu intracellulaire demeure le mécanisme de correction le plus rapide, d'environ 30 minutes. Ainsi, on peut avoir recours aisément à une nébulisation de β_2 -mimétiques tels que 5 mg de salbutamol (VENTOLINE®) ou terbutaline (BRICANYL®), renouvelable au besoin toutes les 15 minutes (jusqu'à 10 à 20 mg sont possible). Par similitude, on peut injecter en 15 à 30 minutes 10UI d'insuline rapide dans 500 ml de soluté de G10% ou 30UI dans 500 ml de G30%. En cas d'acidose métabolique associée - définie par un pH sanguin < 7,25 - 50 ml de bicarbonates de sodium molaire 8,4% ou 100 ml de semi-molaire 4,2% injecté en 30 minutes permettent éga-

lement une correction rapide. Ce traitement basé également sur le mécanisme de transfert est néanmoins moins efficace que l'insuline ou les β_2 -mimétiques.

D'autres traitements permettant de soustraire les excès de potassium de l'organisme peuvent se discuter dans ce cas précis. Les résines échangeuses de potassium comme le sulfonate de polystyrène de sodium, soit 15 à 30 g (équivalent à 2 cuillères mesure) KAYEXALATE® dans 50 à 100 ml de soluté de G10% ont leur place dans l'arsenal thérapeutique. On privilégiera

son administration en intra-rectal par lavement à la forme orale, pour son délai d'action plus rapide de l'ordre d'une heure. En cas d'insuffisance rénale aiguë oligo-anurique, une séance d'épuration extra-rénale peut être envisagée.

Dr Albéric GAYET (PH)
Urgences accueil & traitement des urgences
GH Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal
Courriel : alberic.gayet@lrp.aphp.fr

BIBLIOGRAPHIE

- J. Soar, GD. Perkins et al. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 8. Cardiac arrest in special circumstances: Electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution*. In Resuscitation 81 (2010) 1400 - 1433