

Cas clinique 2: hypokaliémie de transfert

Un homme de 30 ans se présente aux urgences un lundi matin pour une paraparésie. Il porte un foulard autour du cou. La biologie d'entrée note une hypokaliémie à 2.2 mmol/l. Après recharge en potassium, la marche est normale. On constate un goitre, qui pose la question d'une hyperthyroïdie associée à l'hypokaliémie. L'hyperthyroïdie est confirmée avec une TSHus effondrée et des hormones thyroïdiennes (T3 et T4) élevées. On conclut à une paraparésie révélant une paralysie périodique hypokaliémique dans un contexte de maladie

de Basedow. Il s'agit d'un exemple d'hypokaliémie de transfert.

Il existe des formes génétiques de paralysie périodique hypokaliémique, en particulier chez des sujets asiatiques. La sémiologie musculaire s'explique par le fait que les cellules musculaires sont très riches en pompes Na⁺/K⁺.

Les principales causes d'hypokaliémie de transfert sont résumées dans l'encadré ci-contre.

Une alimentation très sucrée et l'exercice physique du week-end expliquent la sémiologie aggravée le lundi matin chez le patient.

Principales causes d'hypokaliémies de transfert

- **Insuline (sucre, exercice physique)**
- **Bêta 2 mimétiques**
- **Aldostérone**
- **Alcalose**
- **Hormones thyroïdiennes**
- **Grands brûlés**
- **Hypersudation**