Le iperpotassimie

Data 19 febbraio 2017
Categoria scienze_varie

Una breve analisi sul perocorso diagnostico da seguire nel paziente con iperpotassiemia.

Si parla di iperpotassiemia (o iperkaliemia) quando i valori del potassio sierico sono superiori ai 5,3 mEq/L. Si tratta di una situazione discretamente frequente sia nei pazienti ambulatoriali che in quelli ospedalizzati.

Anzitutto bisogna escludere una pseudoiperkaliemia, cioè una condizione in cui non c'è un aumento reale del potassio. La causa più comune è l'emolisi che si può veirifare durante il prelievo del campione (per esempio perchè il laccio emostatico è troppo stretto) oppure durante la centrifugazione.
Altre cause di pseudoiperkaliemia sono la presenza di importante leucocitosi o trombocitosi oppure la rara condizione detta pseudoiperkaliemia familiare.

Una volta stabilito che si tratta di una iperkaliemia vera bisogna escludere che non ci sia una esagerata introduzione di potassio. Di solito questo può verificarsi nei pazienti ospedalizzati trattati per ipopotassiemia con dosi eccessive di potassio oppure quando il soggetto assume supplementi di potassio e contenporaneamente farmaci che possono provocare iperkalemia oppure quando sono associate patologie renali che riducono l'escrezione urinaria di potassio.

Un' attenta anamnesi farmacologica permetterà di evidenziare se il paziente assume farmaci che possono provocare iperpotassiemia. I più comuni farmaci che possono provocare iperkaliemia sono richiamati nel box sottostante.

Diuretici risparmiatori di potassio
Aceinibitori
Sartani
FANS
Eparina
Betabloccanti

La sospensione del farmaco dovrebbe riportare la potassiemia a valori normali, a meno che non coesistano altre cause associate.

Successivamente va esclusa la presenza di una insufficienza renale sia acuta che cronica. Una iperpotassiemia importante generalmente si verifica per valori di VFG inferiori o uguali a 15 mL/min.

Lo step successivo prevede l'esclusione di condizioni che possono associarsi ad iperkaliemia.

Alcune di queste condizioni sono facilmente diagnosticabili con l'anamnesi: interventi di cardiochirugia, trapianto renale, ustioni e/o traumi, esercizio fisico soprattutto di casi di attività prolungata e intensa, chemioterapia, condizioni che provocano disidratazione (diarrea e vomito importanti e prolungati).

Altre condizioni per essere diagnosticate richiedono esami di laborario e/o strumentali:
acidosi metabolica, emolisi, nefropatia ostruttiva, lupus eritematoso sistemico, falcemia, l'amiloidosi, il rene cistico.

Se non si evidenzia alcuna delle cause precedenti si dovrebbe sospettare una insufficienza surrenalica che è caratterizzata dalla triade: astenia, inappetenza, calo di peso.
Per il percorso diagnostico consigliato in caso di sospetto di insufficienza surrenalica raccomandiamo di consultare la relativa pillola .

Un'altra causa possibile di iperkaliemia è l'ipoaldosteronismo. Alcune cause di ipoaldosteronismo sono facilmente identificabili perchè sono causate dall'uso di farmaci: aceinibitori, sartani, FANS, eparina.
Se l'anamnesi è negativa per l'assunzione di questi farmaci va dosata l'attivià reninica plasmatica (PRA). Se questa è elevata si deve sospettare una iperplasia surrenalica congenita, se la PRA è diminuita si deve prospettare un ipoaldosteronismo iporeninico che spesso si associa ad età avanzata, insufficienza renale lieve o moderata, diabete.



RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3586