



Traitement d'urgence de l'hypocalcémie de l'adulte

	CALCÉMIE TOTALE (mmol/L)	CALCÉMIE TOTALE (mg/L)	CALCÉMIE IONISÉE (mmol/L)
NORMALE	2,2 - 2,6	88 - 104	1,15 - 1,32

Mesurer le **calcium ionisé** (sur gazométrie veineuse) si anomalie de protidémie

Le **calcul du calcium corrigé n'est pas recommandé**

SIGNES CLINIQUES DE GRAVITÉ

- Contracture musculaire, tétanie
- Laryngospasme
- Confusion, convulsion
- Allongement du QT, troubles du rythme cardiaque

En cas d'hypoparathyroïdie connue avec symptômes graves : **ne pas attendre le résultat de la calcémie avant de débuter le traitement**

À FAIRE EN SERVICE D'URGENCE

- ECG
- Calcémie totale, phosphatémie, magnésémie, PTH, ionogramme sanguin complet avec créatininémie, estimation du DFG, bicarbonatémie, protidémie +/- albuminémie
- A prévoir mais différable : 25OH vitamine D

Les prélèvements à visée diagnostique ne doivent pas retarder le début du traitement

MESURES ASSOCIÉES

- Si acidose métabolique : traiter l'hypocalcémie avant d'alcaliniser
- Correction d'une hypomagnésémie associée
- Recherche des facteurs étiologiques
- Contre-indication : bisphosphonates, denosumab, cinacalcet

L'objectif n'est pas la normalisation de la calcémie, mais la disparition des symptômes graves





HYPOCALCÉMIE AVEC SIGNES DE GRAVITÉ

Scope en continu en cas de :

- Défaillance hémodynamique
- Défaillance neurologique
- Retentissement à l'ECG
- Traitement par digitaliques (suspension du traitement, avis cardiologique)

Perfusion IV de gluconate de calcium en continu

**Gluconate de calcium 10%
(10 mL = 90 mg (2,25 mmol) de calcium)**

IVL : 2 ampoules de 10 mL à 10% dans 100 mL de G5 en 10 min

- À répéter si persistance de symptômes
- Relais en IVSE

Selon persistance de l'hypocalcémie symptomatique :

- Diluer 5 ampoules de gluconate de calcium de 10 mL à 10% dans 500 mL de G5 ou de NaCl 0,9%
- A perfuser sur 12h
- Contrôler le débit (IVSE, pompe...)
- Durée la plus courte possible : relais per os dès que possible. **Attention au risque de baisse de la calcémie à l'arrêt de la perfusion**

Surveillance

Calcium total $\pm$ calcium ionisé (gaz veineux) toutes les 4 à 6 heures

HYPOCALCÉMIE SANS SIGNES DE GRAVITÉ

Traitement IV (cf. modalités en cas de gravité) si :

- Malabsorption intestinale sévère
- Voie orale impossible
- Peut-être indiqué si calcémie $\leq 1,8-1,9$ mmol/L, notamment en cas de diminution aiguë (ex. : hypoparathyroïdie aiguë post chirurgicale)

Carbonate de calcium PO

- 1-3 g répartis sur la journée
- Privilégier des prises unitaires de 500 mg
- En dehors des repas
- Si achlorhydrie (gastrectomie, bypass, inhibiteur de la pompe à proton) : citrate de calcium après avis spécialisé

Avis spécialisé (néphrologue, endocrinologue, rhumatologue) en dehors de la réanimation ou de l'insuffisance rénale chronique

- Pour tous les patients ayant une hypocalcémie
- Hypocalcémie chronique et de cause connue :
 - Ne pas modifier le traitement de fond
 - Contacter l'équipe de référence
- Hypocalcémie d'ancienneté ou de cause inconnue :
 - Analyses biologiques sanguines pour orientation étiologique : cf. biologie de sortie
 - Orienter le patient vers une équipe de référence

SORTIE DES URGENCES

Ordonnance de biologie type

Faire pratiquer à jeun dans les 5 jours : ionogramme sanguin (Na, K, Cl), bicarbonatémie, créatininémie (estimation du DFG), calcémie totale, phosphatémie, magnésémie, protidémie, albuminémie 25OH vitamine D2 et D3 (anomalie du métabolisme minéral, remboursable), PTH

Traitements

Carbonate de calcium, per os

Si 25OH vitamine D < 30 ng/mL : ZYMAD® 50 000 UI/ semaine pendant 1 à 2 mois puis 1 ampoule/mois

Réévaluation et avis spécialisé dans les semaines suivantes

Pour tout patient sortant avec une supplémentation calcique ≥ 1 g/jour