

HYPOMAGNÉSÉMIE

Entre banalisation et urgence vitale, quand faut-il s'inquiéter en pratique de ville ?



En collaboration avec le Dr Caroline Prot-Bertoye, néphrologue au service de physiologie de l'hôpital Georges Pompidou, et le Dr Geoffrey Cheminet, médecin interniste à l'hôpital Georges-Pompidou à Paris.

La magnésémie est rarement mesurée en première intention : elle n'apparaît pas dans l'ionogramme standard. Un déficit en magnésium est le plus souvent asymptomatique ou peu spécifique. Pourtant, des déficits réels peuvent s'installer et s'aggraver jusqu'à devenir une urgence.

QU'EST-CE QUE L'HYPOMAGNÉSÉMIE ET QUELLE EST SA PRÉVALENCE ?

On parle d'hypomagnésémie lorsque **la magnésémie est inférieure à la norme du laboratoire**, variable selon la technique de mesure. La magnésémie est en général normale entre 0,65 et 1,05 mmol/L. L'hypomagnésémie concerne **environ 2 % de la population générale en ambulatoire** (lorsque le seuil de 0,7 mmol/L est appliqué), mais cette prévalence est bien plus élevée chez certains patients à risque.

QUELS SONT LES PROFILS À RISQUE D'HYPOMAGNÉSÉMIE ?

- Patients diabétiques,
- Patients sous inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) au long cours (> 3 mois) : première cause médicamenteuse en ambulatoire,
- Patients sous traitements diurétiques (ex : thiazidiques), anti-tumoraux (sels de platine), ou immunosuppresseurs (inhibiteurs de la calcineurine),
- Diarrhées chroniques (MICI, malabsorptions),
- Alcoolisme chronique,
- Personnes âgées dénutries,
- Maladies génétiques rares entraînant des troubles hydroélectrolytiques.

QUELLES SONT SES MANIFESTATIONS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES ?

L'hypomagnésémie légère à modérée est **le plus souvent asymptomatique**. Néanmoins, il peut y avoir des **manifestations cliniques non spécifiques** parmi lesquelles : crampes, paresthésies, fasciculations, tétanie, asthénie chronique, palpitations, chondrocalcinose articulaire, convulsions dans les formes sévères.

Sur le plan biologique, l'hypomagnésémie est associée à l'hypokaliémie et/ou l'hypocalcémie dans un nombre important de cas. Devant toute hypokaliémie ou hypocalcémie, il faut donc vérifier la magnésémie, même en l'absence de symptômes.

QUE FAUT-IL FAIRE FACE AUX SITUATIONS À RISQUE D'HYPOMAGNÉSÉMIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

- **Toute situation à risque d'hypomagnésémie ou évocatrice sur le plan clinique doit conduire à un dosage de la magnésémie**, y compris en l'absence de symptômes.
- L'interprétation du dosage doit tenir compte des éléments suivants :
 - La magnésémie, qui ne figure pas dans l'ionogramme standard, ne reflète qu'environ 1 % du stock total en magnésium de l'organisme. Ainsi, un déficit peut exister malgré une magnésémie normale. À l'inverse, une hypomagnésémie signe toujours un déficit.
 - La magnésémie peut être plus élevée qu'attendue en cas d'hémolyse, par exemple, et donc il faudra répéter le dosage.
- Devant toute hypomagnésémie, **on doit rechercher une hypokaliémie et une hypocalcémie associées.**

COMMENT MENER L'ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE ?

L'enquête étiologique repose essentiellement sur l'**interrogatoire**.

Elle comprend notamment :

- **Interrogatoire médicamenteux** : IPP, diurétiques, chimiothérapies, immunosuppresseurs.
- **Recherche des comorbidités** : diabète, troubles digestifs chroniques, alcoolisme, épilepsie.
- **Recherche d'antécédents familiaux d'hypomagnésémie** : évocateurs d'une cause génétique.

Dans la pratique, il y a **deux grandes causes à identifier : rénale et digestive**.

QUAND FAUT-IL ENVISAGER UNE SUPPLÉMENTATION ET LAQUELLE ?

Devant toute hypomagnésémie, il faut **supplémenter le patient de manière prolongée**.

Tous les sels de magnésium ne sont pas équivalents en termes de biodisponibilité.

Il faut **privilégier les sels organiques** : pidolate, bisglycinate ou lactate de magnésium.

- Opter pour des **prises fractionnées** pour améliorer la tolérance digestive.
- **En cas d'insuffisance rénale (DFG < 30 mL/min/1,73 m²)** : privilégier les doses réduites, la surveillance rapprochée, et demander un avis à un néphrologue.

QUELLE EST LA DURÉE MINIMALE DE SUPPLÉMENTATION ?

- La durée de la supplémentation dépend de la cause, si elle peut être traitée.
- La supplémentation doit être **prolongée, plusieurs mois au minimum, même après normalisation de la magnésémie**, car elle ne reflète pas le stock intracellulaire total.
- Si le traitement pourvoyeur d'hypomagnésémie ne peut pas être arrêté, la supplémentation doit être maintenue au long cours en conséquence.

AU-DELÀ DE LA SUPPLÉMENTATION, À QUOI FAUT-IL PENSER ?

- **Contrôler de façon régulière la magnésémie, la kaliémie et la calcémie** pour adapter la supplémentation.
- **Traiter la cause** : arrêter ou remplacer le médicament pourvoyeur si possible (revoir l'indication des IPP), optimiser l'équilibre glycémique chez le diabétique.
- **Conseils diététiques** : légumineuses, oléagineux, chocolat noir, eaux minérales riches en magnésium.

QUAND ADRESSER AU SPÉCIALISTE ?

Adresser au spécialiste en cas de :

- Hypomagnésémie sévère (< 0,5 mmol/L), réfractaire à la supplémentation orale bien conduite, ou sans cause évidente (cause génétique notamment),
- Insuffisance rénale,
- Autres troubles hydroélectrolytiques associés (hypokaliémie, hypocalcémie),
- Complications cardiaques (troubles du rythme) ou rhumatologiques (chondrocalcinose articulaire).

Références

- Cheminet G, *et al.* Comment prendre en charge une hypomagnésémie ? La Revue de médecine interne 46 (2025) 529–541.
- Touyz RM, *et al.* Magnesium Disorders. N Engl J Med. 2024 Jun 6;390(21):1998-2009.

Avec le soutien institutionnel d'Opella