

DECOMPENSATION ACIDOCETOSIQUE DIABETIQUE

Diabète **type 1** >> type 2

Secondaire ou révélatrice (mortalité 5 %)

Complication favorisée par :

- infection
- accident cardio-vasculaire
- grossesse
- chirurgie
- médicaments hyperglycémiantes
- néoplasie
- endocrinopathie (hyperthyroïdie..)

Carence insulinique absolue

augmentation hormones hyperglycémiantes et cétoogènes

CLINIQUE

Décompensation cétosique

- syndrome polyuro-polydipsique
- asthénie
- amaigrissement
- fatigabilité effort
- crampes
- troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales)
- dyspnée
- troubles visuels

CLINIQUE

Décompensation acidocétosique sévère

- coma 10 %
- confusion 70 %
- conscience normale 20 %

- déshydratation IC + EC \Rightarrow collapsus
- signes digestifs :
 - vomissements 80 %
 - douleurs abdominales 40 %

- polypnée dyspnée en 4 temps de Kussmal
respiration ample et bruyante

- odeur acétonique haleine

- hypothermie

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (1)

Glycémie capillaire

Bandelette urinaire (S, A)

Tableau clinique

+ hyperglycémie capillaire > 2.5 g/l (< 8 gr/l)

+ glycosurie

+ cétonurie importante

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (2)

Natrémie variable mais toujours bilan négatif

$$\text{Na corrigée} = \text{Na} + (\text{glycémie [en mM]} - 5) / 3$$

Kaliémie variable mais toujours bilan négatif

Hémoconcentration

RA définit acidose / cétose simple

GDS si clinique – ou RA diminuée

	RA mM	pH
acidocétose débutante	15 à 18	7.25 à 7.30
acidocétose modérée	10 à 14	7.00 à 7.24
acidocétose sévère	<10	< 7.00

ECG retentissement cardiaque perte K/acidose

dépister IDM

+/- enzymes cardiaques

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (3)

Glycémie

Créatinine

Électrolytes + Trou anionique

Osmolalité plasmatique

- **ECBU**
- **ECG**
- **+/- VS**
- **CRP**
- **NFS (hyperGB)**
- **Prélèvements locaux**
- **Rx thorax**
- **test grossesse**
- **+/- lipase, TDM abdominal**
- **TSH**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

diabète non connu : forme pseudo-chirurgicale, respiratoire, neurologique ...

coma d'une autre origine :

pathologies neurologiques aiguës (hémorragie méningée, encéphalite aiguë...), intoxications (OH, salicylés...)...

Décompensation hyperosmolaire :

terrain, déshydratation +++, glycémie > 10 gr/l, hyperosmolarité, RA > 15 mM, pH > 7.20

Acidose lactique : terrain, gravité clinique, importance douleurs, petite déshydratation, oligoanurie, lactates

TRAITEMENT

Débuter sans attendre examens complémentaires

Réanimation

- Troubles conscience sévères
- Collapsus
- Insuffisance cardiaque
- Oligoanurie
- Acidocétose sévère
- Facteur décompensation grave (IDM ...)

ou service spécialisé avec surveillance +++

- **Insuline**
- **Rééquilibration hydro-électrolytique**
- **Soins non spécifiques coma**
- **Facteur(s) décompensation**

TRAITEMENT

Hydratation

NaCl 0.9%

G5%

- Perte de 3 à 6 l
- À corriger dans les 24 h

Insuline

IVSE

SC

Potassium

Pas si $> 5,3$

Bicarbonate

si pH < 7

INSULINE

Insuline rapide IV

- bolus 10 UI IV (0.1 U/kg)
- puis IVSE à 6 à 10 U/h (0.1 U/kg/h)
- pour diminuer gly 0.5 à 0.7 g/l /h jusqu'à 2.5 g/l
- Puis adapter selon glycémie capillaire horaire
3 à 6 UI /h (0.05 à 0.1 U/kg/h) pour rester entre 1.5 et 2 g/l
- Puis relais SC = 2 conditions

Glycémie < 2,5g/l

RA > 18 mM

Réhydratation (3 à 6 litres)

Si collapsus colloïdes

Sérum physiologique 1 litre 1 h
1 litre 2 h

puis dès que glycémie capillaire < 2.5 g/l,

G5 % + NaCl 4 g/l 1 litre 3 h
puis 1 litre / 4 à 8 heures

apports K dès le début de la réanimation = 1.5 g/l

sauf hyperK (5.3) initiale ou oligoanurie,
puis adapter Kaliémie

bicarbonates 14‰ 250 à 500 ml sur 1 à 2 heures
ssi acidocétose sévère (pH < 7.0), hyperkaliémie

surveillance +++

- **glycémie capillaire /h**
- **cétonurie à chaque miction / 2 à 4 h**
- **conscience, TA, FC, FR /h**
- **diurèse / h**
- **peser**

- **Ionogramme sanguin avec RA**
- **ECG / 3 à 4 heures tant que cétonurie +**

PREVENTION

Autosurveillance glycémique surtout situations à risque (infection, intolérance digestive, long voyage ...)

BU à la recherche cétonurie :

si glycémie capillaire > 3 g/l
et/ou syndrome cardinal

Ajouts insuline rapide (à avoir +++) au trt habituel de 5 à 10 unités toutes les 4 heures + réhydratation (bouillons salés si gly cap > 2.5 g/l, boissons sucrées sinon)

Si après 3 ou 4 injections, symptômes et/ou cétonurie persiste(nt),
hospitalisation

Hospitalisation si **intolérance digestive absolue!**