

ACIDOCETOSE DIABETIQUE

Présentation typique :

Asthénie, Amaigrissement
Polyuro-polydipsie
Vomissements, Douleurs abdominales
Dyspnée de Kussmaul
Déshydratation

Signes de gravité :

- Acidose sévère : pH < 7
- K⁺ initial < 4mmol/l
- Troubles de la conscience
- Défaillance hémodynamique

Bilan à réaliser :

- Bilan sanguin : NFS, BC, Urée, Cétonémie
- Gaz du sang
- BU
- Recherche foyer infectieux (Hémocultures +/- ECBU +/- RP)
- ECG

PRISE EN CHARGE IMMEDIATE

SYMPTOMATIQUE

ETIOLOGIQUE

SI PAS < 90 mmHg : Remplissage Vasculaire
NaCl 0.9% en débit libre, à renouveler si besoin

SI PAS > 90 mmHg : REHYDRATATION

- 1) - **1^{ère} Heure** : NaCl 0,9% = 1L/1h
- **2-3^{ème} Heure** : NaCl 0,9% = 1L/2h
- **Après H3** : 1L/3h

2) **PUIS**, dès que Glycémie < 2,5 g/l,
Remplacer par G5% 2000mL/24h

APPORTS POTASSIQUES PRECOCS :

KCl : 1g/h si K⁺ < 5.5mmol/l

SURVEILLANCE

- TA/FC/FR/SpO₂/Conscience/Diurèse horaire
- Glycémie horaire
- Cétonémie/2 heures
- BU horaire ou à chaque miction
- GDS + ionogramme sanguin /2 heures
- ECG/4h

Message clé :

- Patients déshydratés avant tout ++
- Ne pas retarder la supplémentation potassique
- Ne pas arrêter l'insuline

INSULINOTHERAPIE :

- Début après la 1^{ère} heure de réhydratation :
HUMALOG = 0.1 UI/kg/h IVSE
Jusqu'à disparition Cétonurie +++
- Glycémie < 2.5 g/l : diminuer le débit de moitié et débiter les apports sucrés.

- Si Hypoglycémie : Ne pas arrêter Insuline, diminuer débit à 0.5 UI/h, Augmenter les apports sucrés

Objectif :

- Glycémie 2g/L
- Vitesse de correction de la glycémie < 1 g/L/h
- Disparition de la Cétonurie

TRAITEMENT FACTEUR DECLENCHANT ++

ORIENTATION

Critères d'admission en USC :

- Glasgow < 12
- SpO₂ < 92% en AA
- PAS < 90 mmHg
- FC > 100/min ou < 60/min
- Terrain : Age < 25ans, sujet âgé, grossesse, insuffisance rénale ou cardiaque, comorbidités.
- Cétonémie > 6 mmol/l
- HCO₃⁻ < 5 mmol/l
- pH < 7.1
- Kaliémie < 3.5 mmol/l
- Trou anionique (avec le K⁺) > 16