

COMA HYPEROSMOLAIRE

/!\ Urgence diagnostique et thérapeutique → 20% de décès

Terrain: sujet âgé, diabétique de type 2

Facteurs de risque	
-	Âge > 80 ans
-	Infections aiguë
-	Diurétiques
-	Mauvaise accessibilité aux boissons
-	Corticothérapie
-	Démence
-	Diabète méconnu ou négligé

Quand l'évoquer ?

Déshydratation globale (IC et EC) + Troubles neurologiques (Troubles de la vigilance, possibles atteintes neurologiques focales, convulsions, déficit sensitivomoteur)

⇒ **Bilan en URGENCE si suspicion clinique :**

- Glycémie capillaire - ECG
- Ionogramme sanguin
- Gaz du sang - Recherche facteur étiologique : NFS, CRP
- Cétonémie
- BU

Confirmation diagnostique biologique

- Hyperglycémie majeure **> 30mmol/L (>5,4g/L)**
- Hyperosmolarité plasmatique calculée **> 350mmol/L** $2x(Na + 13) + \text{Glycémie en mmol/l}$
- Natrémie corrigée **> 155mmol/L** ($\text{Natrémie} + \text{Glycémie}$)

Signes négatifs : PAS d'acidose, PAS de cétose significative (Diagnostic différentiel avec coma acidocétosique)

Prise en charge :

1) Correction de l'hypovolémie

⇒ Remplissage vasculaire pas NaCl 0,9% par perfusions de 1L sur 30 minutes jusqu'au rétablissement de l'hémodynamique (TA, FC)



2) Correction du déficit hydrique global

⇒ Réhydratation prudente par solutés isotonique -> NaCl

de 6 à 10L sur les 24 premières heures

/!\ La correction de l'osmolarité doit être < à 5mOsm/L/ heure

+ Apport systématique de 1 à 2g de KCl par litre de soluté perfusé



3) Insulinothérapie

Une fois l'hypovolémie corrigée (0,5 à 1L de remplissage)

⇒ Insuline IV en continu de **5 à 10UI/h (réa)** (2 à 3UI/h endoc) en maintenant une Glycémie > 2,5g/L

Surveillance

FC, TA, FR, Conscience, Diurèse horaire
+ Glycémie capillaire horaire
+ Iono toutes les 4 heures

+ Indispensable : **recherche et ttt du facteur déclenchant, héparinothérapie préventive**