

ACIDO-CETOSE DIABETIQUE

Diagnostic différentiel

Chez patients diabétiques : syndrome abdominal aigu; intoxication

Chez patients non diabétiques:

Coma+ acidose+ hyperglycémie : méningite, encéphalite, sepsis (nourrisson), TCC, intox. aux salicylés

Glycosuries sans hyperglycémie:

- rénale (idiopath., tubulopathies)
- intox. CO, curare, métaux lourds, strychnine, etc.
- métabolique: glyco glycinurie, glyco génose, etc.

Sémiologie : évolution sur plusieurs jours de polyurie, polydipsie, perte de poids, déshydratation, acidose → dou. abdo., respiration de Kussmaul, coma (cf DD)

Examens:

- glycémie au laboratoire + glycémie, corps cétoniques **capillaires**
- sucre + acétone urinaires (Ketodiabur[®] -5000)
- gazo vein., Na, K, osmol, prot, urée, créat., Ca, Mg, P, FSC, HbA1C + bilan large si diabète inaugural

ABC
NaCl 0.9% 20cc/kg en 20 minutes.
Répéter selon clin.
Ttt du coma

Choc ou coma ?

non

Réhydratation i.v (cf. I)
+
Insuline en perfusion i.v. (cf II.)
+
Na et K en i.v.

Hospitalisation en unité de lits ou USI selon cas

Acidocétose

Hospitalisation
Bilan + mise en route d'un ttt adapté à l'âge, avec l'aide du consultant

Acido-cétose

- Glycémie > 11mmol/L
- pH veineux < 7.3 ou bicarb sérique < 15 mmol/L
- Cétonurie ou/et cétonémie

Insuline en perfusion i.v. (II)

A débiter après perfusion bolus sur 1h
Actrapid 50U ds 50cc de NaCl 0.9%= solution à 1 U/cc
Dose constante : 0.08U/kg/h (max.:3U/h sauf chez adolescent); 0.05-0.075 U/kg/h si acido-cétose peu sévère ou petit enfant.
Brancher en Y sur perf. de réhydratation. Prévoir chute linéaire de la glycémie (3-5 mmol/L/h). Glycémie capillaire (Glucometer Ascensia Contour) à vérifier chaque 30-60 minutes.

NaCl i.v.

Déficit total : 5-13 mmol/kg
Besoin d'entretien : 2-3 mmol/kg/24h
Ajouter NaCl dans perfusion G10%. Débiter à 6-10 mmol/kg/24h. Ajuster en fonction des contrôles (toutes les 2-4h)
Rem: la natrémie est artificiellement abaissée de 1.6mmol pour 5.5 mmol de glycémie en dessus de la N

Potassium i.v.

Déficit total = 4-8 mmol/kg
Ajouter KCl ds perf. dès diurèse assurée. Commencer avec 3-4 mmol/kg/j, puis augmenter selon contrôles fréquents (toutes les 2 heures)
Avertir infirmière si > 30 mmol/L ds perf!
Si kaliémie difficile à contrôler, envisager monitoring cardiaque

Réhydratation (I) en fct du poids aux urgences

Commencer par un bolus de NaCl 0.9% 20cc/kg en 1h
- Prévoir réhydratation complète sur 48h

Débit /24h= besoins d'entretien /24h + 1/2 de la perf. de réhydratation

Estimation du déficit (perf. de réhydratation) :

max. déficit : 10%

5%= 50cc/kg= 1500 cc/m2

10%= 100cc/kg= 3000 cc/m2

Entretien : selon formule page 76

a) Dès l'arrêt du bolus, continuer la perfusion de réhydratation avec du NaCl 0.9%

b) Dès glycémie < 15 mmol/L: passer à une perf. de Glucosalin (glucose 50g/L+ NaCl 4.5g/L) au même débit (cf réhydratation) + KCl (cf potassium iv)

c) Adapter le débit d'insuline selon glycémies horaires

d) Dès glycémie < 10mmol/L: passer à du G10% (au même débit)+électrolytes (NaCl 6-10 mmol/kg/j ; KCl= cf potassium iv) et réadapter le débit d'insuline

e) Poursuivre l'insuline i.v. et garder le G10% jusqu'à disparition de la cétose (24-48h)

f) Garder l'enfant à jeun CC capillaire à 2h, à 4h

NB. Diminution des besoins en insuline dès correction du pH sanguin

L'acidose se corrige avec la réhydratation et l'insuline