

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Métabolique / Endocrinologie Décompensation diabétique : acidocétose.	Version : 6 Date d'application : 10/2018

I. OBJET DU DOCUMENT :

I. Présentation clinique *ATCD de diabète (type 1 : 90%) ou découverte : 30%*

La glycémie fait partie intégrante des constantes IAO obligatoires.

Glycémie capillaire >2,5 g/l

Et Cétose capillaire >3 mmol/l

Et Réserve alcaline <17 à la Gazométrie veineuse

Dès diagnostic allo sénior diabétologie : 23604 (la nuit 22085)

II. Toute acidocétose : indication de SAUV

1. Examens paracliniques

Systematique

NFS, CRP, BES, troponine, TP, TCA, bilan hépatique

GDS

BU, Radio thorax

ECG

Selon contexte (étiologie de décompensation) :

Lactate, lipase, imagerie, PL, Hémoculture, ECBU

2. Diagnostics différentiels

1. Cétose sans acidose diabétique entre 0,5 et 3 : protocole cétose
 2. Cétose alcoolique : OH chroniques, à jeun mais maintenant leur apport alcoolique (glycémie Normale ou basses)
 3. Coma hyperosmolaire (pas d'acidose et cétose faible et glycémie >6g)
 4. Tout trouble de la conscience chez un patient diabétique dérégulé sans cétose : sepsis sévère, AVC
- Acidose d'autre étiologie avec légère cétose associée

3. Traitement en urgence

A jeun, éviter de sonder, pas d'HBPM systématique

Informez le sénior diabétologue au cours de la prise en charge

Ne pas hésiter à poser un cathéter obturé pour les prélèvements et DGS veineux répétés

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Métabolique / Endocrinologie Décompensation diabétique : acidocétose.	Version : 6 Date d'application : 10/2018

a) Hydratation :

- toujours à adapter à clinique : si choc hémodynamique remplissage sérum physiologique, jusqu'à stabilisation hémodynamique et appel des réanimateurs
- systématiquement :

- . Tant que Glycémie > 2,5 g/l @ 500 cc de NaCl isotonique / heure + 1 KCl / 500cc
- . Glycémie entre 1,5 – 2,5 g/l @ 500 cc G 5% / heure + 3 g NaCl + 1 g KCl (/ 500cc)
- . Glycémie < à 1,5 g/l @ 500 cc G 10 % / heure + 3 g NaCl + 1g KCl (/ 500cc)
- . Glycémie < 0,60 g/l @ ne par arrêter l'insuline IV(SE) et augmenter débit G10

b) Insulinothérapie IVSE si kaliémie initiale > 3,3 mmol/l

- Bolus de 10 UI d'insuline puis relais IVSE
- Analogue de l'Insuline rapide (Novorapid ou humalog) (50 U dans 50 cc chloruré isotonique) : 8 unités /heure soit 8 cc/heure

c) Potassium

- Si kaliémie initiale < 3,3 mmol/l: ARRÊT de l'insuline IVSE pas plus de 1 à 2h et K⁺ en VOIE CENTRALE 2 g/h ou pose de 2 voies veineuses périphériques avec 1 gramme par heure sur chaque voie dans 500 ml de sérum physiologique puis reprise rapide de l'insuline IVSE avec poursuite de l'apport potassique (2g/l)
- toujours adapter l'apport potassique aux kaliémies répétées/ 3h : arrêt de l'apport quand kaliémie>5,3 mmol/l

d) Traitement et recherche étiologique de la décompensation :

Infections, pathologie chirurgicale, corticothérapie, Infarctus, AVC....

e) Phosphore systématique

1 ampoule de Phocytan « 66% » de 10 ml =6,6 mmol

-de façon systématique apport de phosphore : si possible+++ per os 50 gouttes de phosphoneuros trois fois par jours sinon 3 ampoules de 66% dans 500 ml de sérum physiologique sur 24h

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Métabolique / Endocrinologie Décompensation diabétique : acidocétose.	Version : 6 Date d'application : 10/2018

- si phosphorémie <0,5 mmol/l , augmenter à 5 ampoules de 66% dans 750 ml sur 6 à 12h selon la profondeur de l'hypophosphorémie et recontrôler la phosphorémie à H6 avec la calcémie

f) Conditions d'arrêt d'insuline IVSE (1 h après la première SC)

- au moment d'un repas
- Réserve alcaline >18 mmol/l
- cétonémie négative

Nb : L'arrêt de l'insuline IVSE n'est pas une condition au transfert en diabétologie (cf infra)

Allo 23604 pour dose d'insuline SC à l'arrêt de la Seringue électrique d'insuline

4. Surveillance

Scope, diurèse et glycémie capillaire horaire

Cétonémie capillaire/2h

BES /3h

III. Indication d'hospitalisation en Réanimation

1. D'emblée si :

- . pH < 7,10
- . Troubles de la conscience avec Glasgow <14
- . État de choc, défaillance d'organe (anurie, détresse respiratoire associée)

2. OU si pas d'amélioration biologique (Réserve alcaline et/ou cétose) ni clinique à H4

3. OU si aggravation au cours de la prise en charge adaptée

IV. Indication d'hospitalisation en Diabétologie

Si toutes les conditions ci-dessus, Allo 23604 ou 22085:

1. Amélioration entre H0 et H3, clinique et/ou biologique avec
 - avec pH >7,3 et HCO₃ > 12 mmol/l et kaliémie >3,5 mmol/l

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Métabolique / Endocrinologie Décompensation diabétique : acidocétose.	Version : 6 Date d'application : 10/2018

2. Absence d'étiologie nécessitant une hospitalisation dans un service spécialisé, autre que la diabétologie

3. Stabilité hémodynamique à H4

Pas de retour à domicile

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service d'Accueil des Urgences Purpan et Rangueil.

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** ● IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications
6	10/2018	MAJ

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2019

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ