

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Endocrinologie Diabétologie : coma hyperosmolaire	Version : 4 Date d'application : 12/2015

I. OBJET DU DOCUMENT :

I. Présentation clinique *ATCD de diabète (type 2) :*

Tableau de Déshydratation globale majeure
 Trouble neurologique non spécifique d'installation progressive
 Patient âgé, débilité, diabétique type 2
 Recherche cause

Glycémie capillaire >5 g/l +++ ou « HI »
et Cétonémie < 0,5 mmol/l ; cétonurie une croix ou 0

calcul ++ de la Tonicité plasmatique = Natrémie*2+ glycémie > 340 mosmoles efficaces/l

II. Prise en charge en SAUV

1. Examens paracliniques

Systématique :

NFS, CRP, BES, TP, TCA, bilan hépatique complet troponine
 Calcul tonicité : (Natrémie) x 2 + glycémie

BU, Radio thorax au lit

ECG

Selon contexte (étiologie de décompensation) :

Imagerie, PL, Hémoculture, ECBU, troponine, lipase

Discussion de la pose d'un cathéter artérielle selon la gravité du tableau clinico-biologique et si pas de LATA posée pour éviter les prélèvements itératifs.

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Endocrinologie Diabétologie : coma hyperosmolaire	Version : 4 Date d'application : 12/2015

2 . Traitement en urgence

a) mise en condition et objectifs thérapeutiques

Mise en condition : sondage urinaire, voie veineuse gros calibre, nursing et prévention de décubitus, anticoagulation préventive systématique

Tout au long de la prise en charge, toujours calculer la tonicité du plasma et non la glycémie seule. Un coma hyperosmolaire est d'autant plus grave que la natrémie, associée à l'hyperglycémie, est haute. **Adapter la tonicité du soluté en fonction du taux de la tonicité plasmatique ET de sa cinétique (objectif = correction lente).**

Maintenir une glycémie > 2,5 g/l les 12 premières heures

Corriger le déficit hydrique pour moitié dans les 12 premières heures, le reste les 12 suivantes (au total 6 à 10 litres)

Toujours adapter le remplissage à la clinique : si choc hémodynamique remplissage sérum physiologique, jusqu'à stabilisation hémodynamique et, si choc cardiogénique associé, monitoring hémodynamique avec appel réanimateur

b) Hydratation ++ :

Première phase H0-H4 (BES/3h) :

Sérum physiologique : 500cc à 1 litre (1 g de KCL/l selon BES) en 1h, puis 2 litres en 3 h (+ 1 à 2 Kcl par litre)

Deuxième phase H4-H8 (BES toutes les 3h): 250 à 500 ml/h

- a) Tant que gly >2,5 et que la tonicité plasmatique continue à décroître : Sérum physiologique (+ 1 à 2 g de KCL par litre)

Mais, vous remplacerez le sérum physiologique par du Polyionique (ou G2,5 % + 4g à 6g de Nacl +2 g de Kcl/l) dès que la tonicité plasmatique stagne ou remonte

- b) Si que gly < 2.5 g/l G5% (+ NaCl 4-5 g/l et KCl 1-2 g/l)

- c) si gly < 1.5 g/l G10% (+ NaCl 3-4 g/l et KCl 1-2 g/l)

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Endocrinologie Diabétologie : coma hyperosmolaire	Version : 4 Date d'application : 12/2015

Au-delà de la 8^{ème} heure (surveillance BES toutes les 6 à 12h selon contexte) :

Débit 250 ml/heure à poursuivre et à adapter à la tolérance cardiaque.

Polyionique ou (G2,5%+4 g de Nacl+2 gKcl /l selon les HGT)

b) Insulinothérapie IVSE

(Objectif 2 à 3g sur 12 premières heures)

- Actrapid ou Analogue rapide (50 U dans 50 cc chloruré isotonique)
6 unités /heure soit 6 cc/heure puis diminuer à 3UI/h si glycémie <3g/l
- arrêt de la seringue et relais injection si l'osmolarité est corrigée et alimentation possible
(Basal + bolus : dose à définir avec le diabétologue au 23604)

Commentaire [A1]: Ou 23017

c) Traitement et recherche étiologique de la décompensation :

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

3. Surveillance

Scope, diurèse et HGT horaire

BES /3h

4. Hospitalisation

a) Réanimation (ou seulement avis si patient âgé polypathologique et grabataire pour limitation de soins)

- osmolarité majeure initiale >400 mmol/l et/ou coma Glasgow<13
- ou instabilité hémodynamique à H 1 de prise en charge adaptée
- oligo-anurie à H4 de prise en charge adaptée

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Endocrinologie Diabétologie : coma hyperosmolaire	Version : 4 Date d'application : 12/2015

- pas d'amélioration clinique ou biologique à H4 de prise en charge adaptée

b) Patient âgé, polypathologique et/ou grabataire

-Orientation gériatrique en première intention sinon médecine interne ou diabétologie selon places disponibles

c) En dehors de ces situations :

- diabétologie
- ou secteur de spécialité responsable de la décompensation

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
4	02/12/2015	MAJ

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2016

Rédigé par : Dr LIAIGRE – Dr PUECH

Vérifié par : Pr HANAIRE

Approuvé par : Dr FERNANDEZ