

Protocole préparé et validé avec la Dre C. Raguso et le Professeur J. Philippe, Service de Diabétologie et d'Endocrinologie

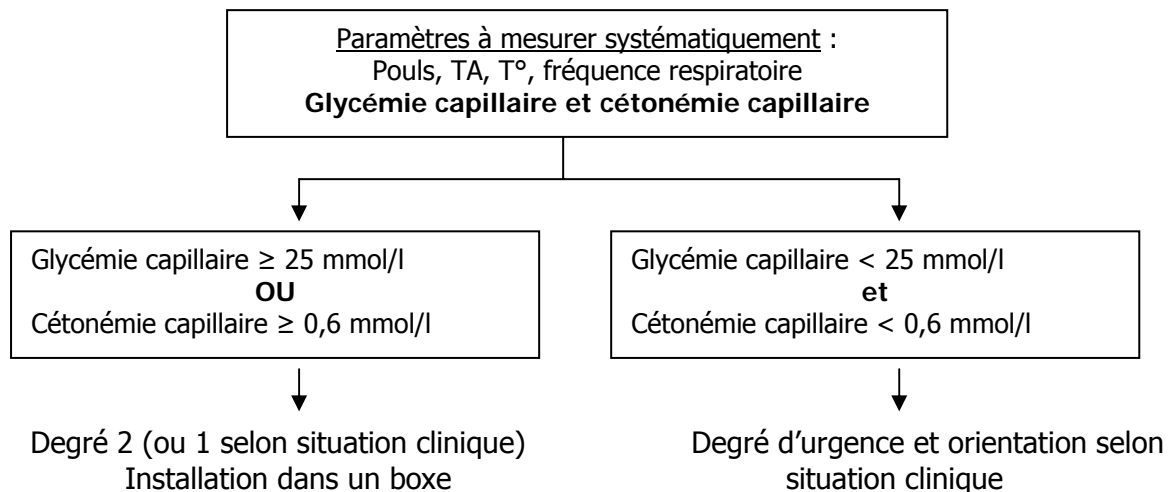
Décompensation diabétique : prise en charge aux urgences

Que l'on soit en présence d'une décompensation acido-cétosique ou hyperosmolaire, les objectifs de prise en soins sont similaires :

1. Evaluer la sévérité de la décompensation et orienter adéquatement le patient
2. Lancer un bilan approprié
3. Corriger la volémie
4. Corriger le trouble métabolique secondaire au déficit d'insuline
5. Maintenir une kaliémie adéquate
6. Chez qui administrer des bicarbonates ?
7. Orienter le patient à la sortie des urgences

1. Evaluer la sévérité de la décompensation et orienter le patient dans le secteur de soins adéquat

Devant toute suspicion de décompensation hyperglycémique, l'infirmière de tri suit l'algorithme suivant (c.f. Intranet des urgences « guide d'utilisation de la feuille de tri »):



Critères diagnostiques : acidocétose vs. décompensation hyperosmolaire

	Légère	Acidocétose Modérée	Sévère	Hyperosmolaire
Glycémie (mmol/l)	> 14	> 14	> 14	> 33
pH artériel	7.25-7.30	7.00-7.24	< 7.00	> 7.30
Bic (mmol/l)	15-18	10 à < 15	< 10	> 15
Corps cétoniques urinaires	+	+	+	Peu
Corps cétoniques sanguins	+	+	+	Peu
Osmolalité (2 x Na + glucose)	Variable	Variable	Variable	> 320
Anion gap (Na – Cl – HCO ₃)	> 10	> 12	> 12	Variable

2. Lancer un bilan approprié

Bilan et évaluation à l'admission dans le boxe :

- **Equipement et surveillance initiaux :** 1 VVP, pouls, TA
- **Laboratoire :**
 - o **Sang :** Glycémie, Na, K, CO2 total, corps cétoniques, osmolalité, créatinine, FSC
 - o **Gazométrie veineuse**
 - o **Urine :** Na, osmolarité, sédiment
- **ECG**
- **Rx thorax :** selon évaluation clinique

Surveillance et suivi :

- Glycémie : 1 x / heure, puis toutes les 2 heures (dès stabilité)
- Gazométrie veineuse pour pH, K, bic : 1 x / 1-4 h selon évolution
- Prise de sang veineuse avec osmolalité, glycémie, Na, K, CO2, corps cétoniques : 1 x / 4h

3. Corriger la volémie

Le déficit volémique est estimé à environ 100 ml/kg (5-10 litres)

Initialement (2 à 3 premières heures):

- NaCl 0.9% 1 l / heure
- NaCl 0.45% si Na corrigé élevé [Na corrigé = Na mesuré + 0.3 x (glycémie mesurée - 5)]
(Na et glycémie en mmol/l)

Par la suite et dès que glycémie 14-15 mmol/l :

- Remplacer NaCl 0.9 par NaCl 0.45% + Glucose 5%
- Débit 150-250 ml / h

4. Corriger le trouble métabolique

INSULINE (Actrapid™) pompe IV : **débuter avec K si kaliémie ≤ 5 mmol / l**

Bolus initial : 0.15 U / kg IV

Puis : 0.1 U/kg max 7 U / h

Modifications du schéma initial :

- Si glycémie chute > 10 mmol/l la première heure, réduire la dose de moitié
- Si glycémie chute <3-4 mmol/l par heure, augmenter la dose de 2 U/h
- Dès que glycémie <12 mmol/l, ad G 5% (ou G 10%) en maintenant l'insulinothérapie IV

Objectifs :

- Correction du trouble métabolique
- Maintien d'une glycémie aux alentours de 12-15 mmol / l jusqu'à la correction du trouble métabolique

Ne jamais arrêter la pompe d'insuline avant la correction du trouble métabolique sous-jacent !

5. Maintenir une kaliémie adéquate :

Initialement : dans le 1^{er} litre de NaCl :

- Si $K < 3.3 \text{ mmol / l}$: KCl 40 mmol / l
- Si $K 3.3 - 5 \text{ mmol / l}$: KCl 30-20 mmol / l
- Si $K > 5 \text{ mmol / l}$: Pas de potassium

Contrôle 1 x / heure initialement, et adaptation des doses de substitution en fonction de la kaliémie

Objectif : $K \geq 3.3 \text{ mmol / l}$, viser kaliémie 4-5 mmol / l

6. Chez qui administrer des bicarbonates ?

L'administration de bicarbonates ne devrait être qu'exceptionnelle et se limiter à des patients ayant une acidémie sévère ($\text{pH} \leq 6.90$)

7. Critères d'orientation au 7-BL :

- toute décompensation diabétique inaugurale
- toute décompensation acidocétosique dès que bicarbonates $> 16 \text{ mmol/l}$
- patient sous pompe à insuline et admis aux urgences pour décompensation acidocétosique
- l'administration d'insuline IV à la sortie des urgences n'est pas une contre-indication à une admission au 7-BL

La persistance d'une acidose importante ou d'autres troubles associés après les premières heures de traitement doit faire discuter de l'indication à une admission au 6-FL+ ou aux soins intensifs.

Référence : Hyperglycemic crises in diabetes, American Diabetes Association. Diabetes Care 2004 ; 27, suppl. 1 : S94-102