

ACIDOCÉTOSE - ADULTE

MÉTABOLIQUE
Chapitre 1

DIAGNOSTIC

CLINIQUE

- Syndrome cardinal
soif, bouche sèche, polyurie
- Troubles digestifs
nausées, vomissements, dlrs abdo
- Dyspnée de Kussmaul
• rare : troubles de conscience

BIOLOGIE (VEINEUSE OU ARTÉRIELLE)

- Glycémie > 250 mg/dl
- Bicar < 18 mmol/l et/ou pH v < 7,30
- (Cétonémie > 3 mmol/l)

FACTEURS DÉCLENCHANTS

- Infection
- Insuffisance en insuline
- Ischémie/IDM/AVC
- Iatrogénie
- Inflammation (pancréatite)
- Intoxication (alcool)

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- Autres comas
- Acidocétose alcoolique
- Acidose lactique
- Urgences chirurgicales abdominales

DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

CLINIQUE

- Troubles Hémodynamiques
- Coma
- Découverte de diabète
- Âge < 5 Ans / Femme Enceinte
- Dyskaliémie sévère
- Lactate > 2
- Ph < 7.0 / bicarbonates < 10 mmol/l
- (Cétonémie > 6 mmol/l)

BIOLOGIE

ORIENTATION

Pas de défaillance



+

- Glasgow < 12
- PAS < 90 mmHg
- SpO₂ < 92 %
- Cétonémie > 6 mmol/l

- Bicarbonates < 5 mmol/l
- pH < 7,10
- Kaliémie < 3,5 mmol/l
- Trou anionique > 16 mmol/l

- Terrain (comorbidités)



++

Urgences

Réanimation

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

HYDRATATION : l'urgence

- NaCl 0,9% : 1l sur 1h, puis 1l /2h
- Ajout G5% quand gly < 11 mmol/L

POTASSIUM : le danger

- si K⁺ < 5 mmol/L
- IVSE sur VVP : KCl 0,5 à 1g /h
- si K⁺ > 5 mmol/L : pas de supplémentation immédiate
- surveillance répétée (peut chuter à la correction de l'acidose)

INSULINE : non urgente

- IVSE 0,1 UI/kg/h (max 10 UI/h)
- sans bolus
- **SEULEMENT** dès que K⁺ > 3,5mmol/L

BICARBONATES : controversés

- Non nécessaires
- À discuter si pH < 6,9

IOT

- Si Glasgow ≤ 8
- pas de Célocurine : risque d'hyperkaliémie

TRANSPORT

- Surveillance hémodynamique
- Surveillance : glycémie et cétonémie : 1x /h

OBJECTIFS

- Correction cétonémie : 0,5 mmol/L /h
- Correction glycémie : 3 mmol/L /h

Calcul natrémie corrigée

$$= \text{Na mesurée} + 1,6 \times (\text{glycémie (mmol/L)} - 5,6)$$

Réf:

- Recommandations d'experts communes SRLF- SFMU (2019)
- MSD manuel 2023