

## Complications métaboliques du diabète

	<b>Céto-acidose diabétique</b>			<b>Accident hyperosmolaire</b>		<b>Acidose lactique</b>			
<b>F. déclenchants</b>	<b>Aline a un gros corps infect, mais elle a du cœur</b> - <b>Aline:</b> Arrêt de l'insuline (ou doses inadaptées) - <b>Gros :</b> grossesse - <b>Corps :</b> corticothérapie - <b>Infect :</b> infection - <b>Coeur :</b> infarctus du myocarde Un excès de sucre n'est JAMAIS responsable à lui seul d'une céto-acidose			Pathologie intercurrente : IDM, infection Hyperglycémie : mdcts (CTC), sodas DSH : Extra c : diarrhea, vomissements, diurétiques Intra c : diabète insipide		<b>Lactates ↑</b>			
						<b>↑ production</b>		<b>Accumulation</b>	
<b>Interrog</b>	- Recherche d'un diabète connu - Recherche d'un terrain évocateur d'un diabète (surtout type 1) - Recherche d'un syndrome cardinal négligé les semaines précédentes - Recherche d'un facteur déclenchant.			Terrain : sujet âgé, DT2, soif altéré, peu autonome Facteur déclenchant		Terrain Facteur déclenchant			
								<b>Acidose</b>	
<b>Clinique</b>	Sd	<b>Pré-coma : S modérés</b>	<b>Coma : S sévères</b>	Syndrome cardinal : - polydipsie peut manquer  Signes neurologiques : - syndrome confusionnel - coma agité (myoclonies, convulsions)  Absence de signes d'acidose : - S. digestifs - S. respiratoires		<b>T. digestifs :</b> - nausées - vomissements - diarrhée  <b>T. respiratoires :</b> - polypnée Kussmaul  <b>T neurologiques :</b> - coma calme			
	hyperG cardinal	Polyurie polydipsie AEG	Sd cardinal sévère DSH globale					Dlr musculaires : - diffuses Absence d'haleine acétonique	
	Cétose	Haleine acétonique incste T. digestifs mineurs	Haleine acétonique T. digestifs majeurs ≈ chir						
Acidose	T. respiratoires : polypnée T. neuro objectifs : absents	Resp : polypnée, Kussmaul T. neuro objectifs présents : - torpeur - confusion - coma calme et profond	Collapsus						
<b>Paraclinique</b>	FNS : hémococoncentration, ↑ GB à PNN (marginalisation) Glycémie : > 2,5 g/l Cétonémie : > 5 mmol/l BU : Glycosurie ≥ ++ Cétonurie ≥ ++ Gaz Du Sang : acidose métabolique non compensé pH < 7,25 Trou anionique élevé ECG : systématique – dyskaliémie - IDM (facteur déclenchant) Ionogramme sanguin, urinaire : - natrémie et kaliémie variables - réserve alcaline consommée < 15 mmol/l (bicarbonates) Bilan rénal : IRA <sub>f</sub>			FNS : hémococoncentration hémocrite élevé et protidémie élevée Glycémie > 6 g/l ( de 6 à 20 g/l) BU : Glycosurie ≥ ++ Cétonurie (-) <b>Gaz du sang normaux</b> (sauf si modifiés par le facteur déclenchant)  Ionogramme : - hypernatrémie > 155 mmol/l Na c = Na m + (1,6 x glycémie) en g/l 'DSH globale' Hyperosmolarité > 350 mmol/l Osm = (Na + K) + Glycémie + urémie En mmol /l Bilan rénal : IRA <sub>f</sub>		FNS, Glycémie, Cétonémie, BU, GDS, ECG, Ionogramme et bilan rénal Le même que la céto-acidose sauf : Lactatémie ↑ Absence de cétonémie ou cétonurie < ++			

<b>Critères</b>	<b>Gravité</b>	<b>Diagnostic</b>	Osmolarité > 350 mmol/l Natrémie > 155 mmol/l Glycémie > 6 g/l Absence de cétose Absence d'acidose	Signes d'hyper lactatémie Signes d'acidose
	Sujet âgé Coma profond Vomissement incoercibles Instabilité tensionnelle, Oligo-anurie pH < 7, K <sup>+</sup> < 4 ou > 6	Glycémie ≥ ++ Glucosurie ≥ ++ Cétonémie (+) ou cétonurie pH < 7, 25 RA < 15 mmol/l		
<b>CAT</b>	Réhydratation, insulinothérapie, équilibre électrolytique (K <sup>+</sup> ) <b>Réhydratation :</b> SSI ou SG 6-10 l en 24 h dont la moitié sur les 6 premières heures SSI puis SG lorsque glycémie < 2.5 g/l Bicarbonates 1,4 % si pH < 7 (250 ml/50 min) Macromolécules si collapsus <b>Insulinothérapie :</b> insuline rapide en IV ou IM si absence de DSH - en moyenne 10 UI/h (plusieurs protocoles) - poursuivie 24 h après disparition de la étonurie <b>Electrolytes :</b> - kaliémie : surveiller => dès < 4 mmol/l => supplémenter - natrémie => lorsque G < 2,5 g/l => SG + NaCl Traitement du facteur déclenchant - antibiothérapie ...		Réhydratation, insulinothérapie, équilibre électrolytique Réhydratation : 8-12 l / 24 h la moitié en 12h SSI 2-3 premiers litres puis SS à 4,5 pour 1000 ensuite 1 L sur ½ h puis 1 L sur 1h puis 1 L sur 2 h puis 1 L sur 3 h  Insulinothérapie Insuline rapide en IV 10 UI/h Maintenir la glycémie entre 2 et 2,5 g/l Quand glycémie < 2,5 g/l : ⇨ - SG à 5% - NaCl 4 g/l KCL adapté <b>Electrolytes</b> Supplémentassions sodée et potassique Adapter selon l'ionogramme	USI Mesures générales et mise en condition ... <b>RADIO FM</b> Réhydratation Alcanization : HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 1,4 %, 2l en 2h Dialyse-Diurèse : - dialyse éliminer les biguanides et lactates - diurèse : furosémide Insulinothérapie Oxygénothérapie : lutte contre l'anoxie Facteur déclenchant Mesures de surveillance
	<b>Surveil.</b>	<b>Clinique</b>		<b>Paraclinique</b>
	- Efficacité : <b>BU horaire+ Glycémie capillaire horaire</b> - Signes de pancarte (Pouls - TA - T° - Fréquence respiratoire - Diurèse - Poids)		- <b>ECG toutes les 4 heures</b> - <b>Ionogramme sanguin toutes les 4 heures</b> - Le reste du bilan sera demandé 1 à 2 fois par jour.	

Rechercher le facteur déclenchant systématiquement