

# Acidocétose diabétique

ESC\_MT\_005\_Overview

## Aperçu général

**Durée du scénario** : 12 à 15 minutes.

**Public cible** : Étudiants de médecine, internes et résidents.

**Résumé** : Patiente de 18 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente depuis une semaine une douleur abdominale avec gêne respiratoire, référée pour appendicectomie. Il s'agit d'une acidocétose diabétique inaugurale.

**Objectifs critiques** :

- ☐ Penser à la prise de la glycémie capillaire devant un tableau similaire,
- ☐ Poser le diagnostic positif,
- ☐ Rechercher les étiologies de l'acidocétose diabétique,
- ☐ Hiérarchiser les examens complémentaires,
- ☐ Mise en œuvre des thérapeutiques adéquates.

# Acidocétose diabétique

ESC\_MT\_005\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	18 ans, sexe féminin
<b>Data</b>	:	poids = 60 Kg, Taille = 160 cm
<b>SF</b>	:	douleur abdominale intense,
<b>Début</b>	:	rapidement progressif,
<b>Signes associés</b>	:	gêne respiratoire, asthénie,
<b>Mode d'admission</b>	:	ramenée par sa famille
<b>Signes critiques</b>	:	trouble de conscience

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	RAS [référée pour appendicectomie]
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergiques</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 32 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, auscultation PP normale, SpO2 = 96%
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 140 bpm, PA = 80/40 mmHg, pas de pâleur, auscultation cardiaque normale
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 13/15, confuse, pas de déficit, pupilles IR, pas de convulsion
<b>Examen somatique</b>	:	Sensibilité abdominale, pli de déshydratation

Glycémie : 6,2 g/L

BU : Pr ++ Su ++ Ac +++

Température : 38,0 °C

# Acidocétose diabétique

ESC\_MT\_005\_Scénario

## Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Chariot de soins
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique
<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Stimulateur externe

Drogues
<input type="checkbox"/> Insuline
<input type="checkbox"/> Potassium

## Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué féminin
- ☐ Voie veineuse périphérique en cours
- ☐ Vêtements simples

## Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : senior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : maman de la patiente (interrogatoire)

# Acidocétose diabétique

ESC\_MT\_005\_Scénario

## Baseline

FR = 32  
SpO2 = 96  
EtCO2 = 35

FC = 140  
PA = 80/40  
ECG = RRS

Confuse  
Patiente asthénique

TTT Symptomatique  
Réhydratation  
Insulinothérapie

Interventions

RAS

FC = 90  
PA = 140/80  
SpO2 = 99

TTT Facteur  
déclenchant

Non

Oui



# Acidocétose diabétique

ESC\_MT\_005\_Programmation

## Baseline

FR = 32 c/min, SpO2 = 96%, auscultation normale

FC = 140 bpm, PA = 80/40 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

## Critical

Dégradation de l'état neurologique

Dégradation de l'état respiratoire

## Landing

FR = 20 c/min, SpO2 = 98%, pas de râles

FC = 80 bpm, PA = 140/80 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

# Acidocétose diabétique

ESC\_MT\_005\_Debriefing

## Fiche

- L'acidocétose diabétique se définit par l'association d'une hyperglycémie  $> 2,5$  g/L, une cétonémie ou cétonurie, et une acidose métabolique. C'est une complication fréquente du diabète, et peut en être révélatrice, surtout chez le sujet jeune (DT1),
- Le tableau clinique est polymorphe, associant : asthénie, amaigrissement, déshydratation, polypnée, syndrome confusionnel, troubles de conscience, nausées, vomissement et douleurs abdominales,
- Il peut s'agir soit d'une forme inaugurale, ou d'une complication d'un diabète connu secondaire à un facteur déclenchant qu'il faudra rechercher et traiter par la suite,
- Les volets thérapeutiques :
  - Traitement symptomatique : remplissage vasculaire par du sérum salé ( $> 100\text{ml/kg/24h}$ ), correction hydroélectrolytique : apport en potassium,
  - Traitement de la cétose : insulinothérapie en IVES ( $0,1$  UI/Kg/H après bolus de  $10$  UI), ce débit doit rester constant jusqu'à disparition de la cétonémie, apport du glucosé si glycémie capillaire  $< 1,8$  g/L ( $9$  mmol/L),
  - Anticoagulation préventive : risque de thrombose vasculaire,
  - Traitement étiologique,
- Quelques pièges à éviter, à savoir :
  - Arrêt de l'insulinothérapie quand il y a une hypoglycémie alors que la cétonémie est toujours présente,
  - Alcalinisation sanguine devant l'acidose sévère,
- A la sortie du patient il faut confier le patient à un endocrinologue pour éducation et suivi à long terme.

## Objectifs techniques

- ☐ Penser à la prise de la glycémie capillaire devant un tableau similaire
- ☐ Poser le diagnostic positif
- ☐ Rechercher les étiologies de l'acidocétose diabétique
- ☐ Hiérarchiser les examens complémentaires
- ☐ Mise en œuvre des thérapeutiques adéquates

## CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

