

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

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

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	RAS [référée pour appendicectomie]
Toxiques	:	RAS
Allergiques	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 32 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, auscultation PP normale, SpO2 = 96%
Fonction circulatoire	:	FC = 140 bpm, PA = 80/40 mmHg, pas de pâleur, auscultation cardiaque normale
Fonction neurologique	:	GCS = 13/15, confuse, pas de déficit, pupilles IR, pas de convulsion
Examen somatique	:	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	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Insuline
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Potassium
<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	

Préparation du simulateur

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

Formateurs

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Instructeur 1 | : | technicien aux manettes |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 2 | : | briefing et debriefing |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 3 | : | debriefing |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 1 | : | senior de garde |
| <input type="checkbox"/> 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

Dégénération de l'état neurologique

Dégénération 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 (> 100ml/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

