

# COMA CHEZ LE DIABETIQUE

	Acido cétosique	Acido lactique	Hyperglycémique	Hypoglycémique
<b>Définition</b>	hyperglycémie > 2,5 g/L cétonurie et acidose : pH < 7,3 bicarbonates <15	acidose métabolique pH <7,25 lactates > 5 mM	hyperglycémie ≥ 6 g/L pas de cétonurie ni acidose < 7,3 hyperosmolarité > 380 mM	glycémie < 0,5 g/L <i>tout trouble du comportement chez un DNID sous secrétagogues est une hypo jusqu'à preuve contraire</i>
<b>Apparition</b>	prise de médicament hyperglycémiant (corticoïdes+++) infection à rechercher, chirurgie erreur diététique ou thérapeutique +++ (DID)	non respect des CI des biguanides : <i>metformine : grossesse, l'viscérale RRIC, Ethylisme chronique, déshydratation, fièvre, infection, sujet âgé.</i>	DNID âgé surtout, Déshydratation +++ par non accès à eau carence en insuline (insuffisante mais non totale) : infection ++	patient sous insuline ou secrétagogues (jamais sous biguanides ni sous inhibiteurs α glucosidase)
<b>Clinique</b>	<i>pré coma :</i> syndrome polyuro-polydipsique <b>troubles digestifs</b> +++, asthénie <i>acidocétose :</i> troubles de la vigilance déshydratation, choc dyspnée de Kussmaul, haleine cétonique	asthénie, troubles digestifs (dl abdo ; nausées± vomis.) polypnée (Kussmaul-like : rapide et ample) <b>crampes et douleurs musculaires</b> +++++ instabilité hémodynamique, TdR cardiaque par acidose et hyperkaliémie	asthénie, adynamisme troubles des fonctions supérieures polyurie (hyperosmolaire, auto entretenue) déshydratation globale ( EC : hypotension, pli cutané ; IC : sécheresse des muqueuses, ) perte de poids, <b>troubles neuro. ± focaux</b> pas de dyspnée de Kussmaul +++++	<b>neuroglycopénique</b> : asthénie céphalées, troubles comportement, troubles des fonctions supérieures, incoordination motrice, voire déficit neurologiques  <b>adrénergiques</b> : sueurs profuses, palpitations, faim voire fringale, pâleur, tremblements
<b>Coma</b>	calme profond sans signe de localisation sans Babinski	obnubilation puis coma, soit calme soit agité	peut simuler un coma d'origine neuro. asymétrie des réflexes ostéo tendineux déficit sensitivomoteur Babinski peut être positif	agité, profondeur variable Hyperreflectivité ostéo tendineuse patient en sueurs, pâle, tachycarde, hypotherme Babinski + bilatéral (BBK+)
<b>Biologie</b>	hyperglycémie > 2,5 g/L cétonurie : 2 croix à la BU  acidose : pH < 7,3 donc hyperkaliémie trou anionique élevé par excès d'acides bicarbonates < 15 mM  fausse hyponatrémie. bilan Na <sup>+</sup> et K <sup>+</sup> négatif hyperosmolarité, hémococoncentration risque d'insuffisance rénale aiguë fonction.	glycémie variable absence de cétonurie  acidose métabolique pH <7,25 trou anionique élevé par excès d'acides lactates > 5 mM  hyperkaliémie  insuffisance rénale	glycémie > 6 g/L, glycosurie, Urémie > 1g/L cétonurie faible, moins de 2 croix à la BU  acidose métabolique modérée surtout si IR trou anionique élevé  [Na <sup>+</sup> ] corrigé > 150 mM hyperosmolarité bilan pancréatique, hépatique, rénal, cardio	glycémie veineuse < 0,5 g/L  A REALISER SSI LA CLINIQUE NE TRANCHE PAS.  NE DOIT PAS RETARDER LE TRAITEMENT
<b>Traitement</b>	<i>connaître les posologies +++</i> 1. <b>hospitalisation en USI</b> 2. <b>réhydratation hydroélectro.</b> : 6L en 24h 3. <b>bicarbonates</b> si pH < 7,1 : 250cc en 4h 4. <b>Potassium</b> : 3 à 4 g/L à débiter immédiatement sauf si ECG et/ou hyperkaliémie : retarder d'une heure 5. <b>G10</b> : débit fonction de la glycémie objectif : 1,4 à 1,8 g/L 6. <b>insuline</b> : 10 U en bolus puis 10 U/h fonction de la cétonurie	1. <b>arrêt des biguanides +++</b> 2. <b>hospitalisation en USI</b> 3. <b>ventilation adapté</b> , (!!anoxie !!) 4. <b>rééquilibrage hydro électrolytique</b> 5. si besoin dobutamine 5 γ/min si choc 6. <b>bicarbonates</b> 250cc isotonique en 4h 7. <b>épuration extra-rénale</b> 8. insuline IVSE fct glycémie, modéré	1. <b>hospitalisation en USI</b> 2. <b>apport K<sup>+</sup></b> : 3 g/L a débiter à 3 h du début de la réa (!!insuffisance rénale !!) 3. <b>corriger volémie</b> par sérum iso puis hypotonique 1 L en 2h puis 6 L/24h sérum φ si G > 2,5 g/L puis glucosé objectif 2,5g/L 4. <b>insulinothérapie</b> 10U/h puis adapter avec la glycémie et correction de la volémie 5. <b>facteur déclanchant</b> : ATB probabiliste AUGMENTIN* (faire bilan bacterio)	3 morceaux de sucre, 1 verre de Coca (15g), reconstrôler la glycémie à 1h.  <b>hospitaliser si</b> : hypoglycémie plus de 2h, vomissements, convulsions, tentative de suicide à l'insuline, sujets âgés, nécessité d'un tiers pour le resucrage  <b>1 à 2 ampoules de 10 mL de G30 IVD</b> (!! pas de glucagon sous secrétagogues !!) relais par G10 500 mL en 1 heure
<b>Surveillance spécifique</b>	dextro et BU horaire pH, urée, créatinine tous les 4heures clinique et biologique (iono, glycémie)	glycémie, fonction rénale, cardiaque (TdR, Insuffisance)	dextro et BU horaire créatinine toutes les 2 heures OAP par remplissage et œdème cérébral par l'insulinothérapie	glycémie à 1h puis à 2 h si insuffisant conscience réveil normalement spectaculaire syndrome frontal si hypoglycémie majeure

**Bilan minimum devant tout coma chez un diabétique :**  
*recherche de syndrome infectieux* : état cutané, Radio Thorax, des sinus, pano. dentaire, BU + ECU, NFS-P, CRP ± VS , hémocultures;  
*bilan général* : iono sg, urée, créatinine, GDS;  
*bilan cardiaque*: ECG,enzymes

**[Na<sup>+</sup>] corrigé** = [Na<sup>+</sup>] + 1,6 mmol/L/ (g de glycémie > à 2g/L)

**Osmolarité** = (Na<sup>+</sup> + K<sup>+</sup>)x2 + urée + glucose  
(tout en mM)

**réhydratation** :  
6L en 24h :1l en 1h, 1l en 2h, 1l en 3h, 1l en 6h, 2l en 12h

**Secrétagogues** : sulfamides (glibenclamide : DAONIL\*) et répaglinide : NOVONORM\*