

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — DIABÉTOLOGIE — URGENCES MÉTABOLIQUES

Réf. POSTE-DIA-ACD · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE — conduite à tenir

Objet

Reconnaître et traiter l'acidocétose diabétique (ACD) — carence absolue en insuline ; mode de révélation du DT1 dans 25–30 % des cas, possible chez le DT2 à tendance cétosique.

CAT diagnostique

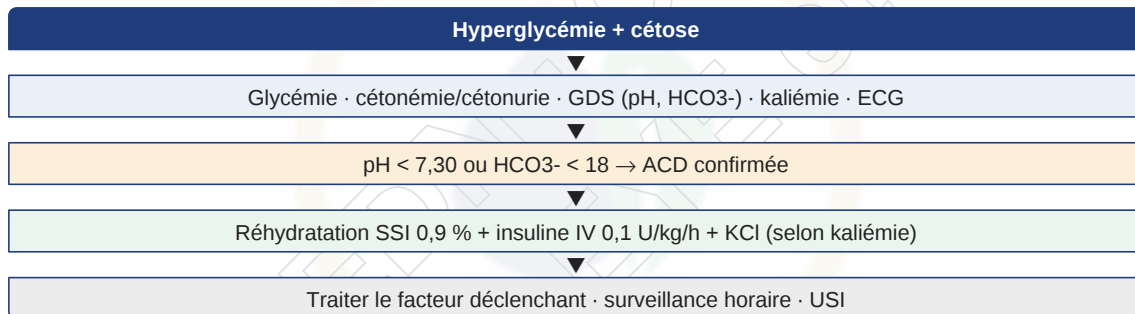
1. Signes cliniques

- **Syndrome cardinal** aggravé : polyuro-polydipsie, amaigrissement, asthénie.
- **Cétose** : nausées, vomissements, douleurs abdominales (pseudo-chirurgicales), haleine acétonique.
- **Acidose** : **dyspnée de Kussmaul** (polypnée ample), déshydratation globale.
- **Troubles de conscience** variables (obnubilation → coma) ; rechercher un **facteur déclenchant** : infection, arrêt d'insuline, syndrome coronarien, grossesse, corticoïdes, iSGLT-2 (ACD euglycémique).

2. Signes paracliniques

- **Glycémie capillaire** élevée (souvent > 2,5 g/L ; possible normale sous iSGLT-2).
- **Cétonémie capillaire** (β -hydroxybutyrate) ≥ 3 mmol/L, ou **cétonurie** $\geq 2+$ à la bandelette.
- **Gaz du sang** : pH < 7,30 et/ou bicarbonates < 18 mmol/L ; trou anionique élevé.
- **Ionogramme** (kaliémie ++ avant insuline), urée/créatinine, NFS, ECG ; bilan du facteur déclenchant (ECBU, Rx thorax, hémocultures).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Réhydratation** : SSI 0,9 % 1,5–2 L la 1re heure ; puis G5 % 2 L + NaCl 4 g/L + KCl 4 g/L dès la 3e heure ; sur 18 h G5/10 % (passer au G10 % dès glycémie < 2 g/L).
- **Insulinothérapie** : insuline **rapide humaine IV** à la seringue électrique 0,1 U/kg/h (≈ 10 U/h). Sans IVSE : 10 U IM horaires (IVD si collapsus). Adapter à la glycémie/cétonurie horaires.
- **Potassium** : doser la kaliémie AVANT l'insuline ; si $K^+ < 3,3$ mEq/L → différer l'insuline et perfuser KCl d'abord (risque d'arrêt cardiaque) ; sinon KCl dès la 3e heure et diurèse reprise.
- **Bicarbonates** : seulement si pH < 7,0, en réanimation (500 mL–1 L à 14 ‰).
- **Ne pas arrêter l'insuline** si hypoglycémie avec cétose persistante → augmenter l'apport glucosé (G10 %).
- **Relais SC** à la disparition de la cétose (insuline IV 12–24 h) avec **chevauchement IV/SC de 2 h**.

Surveillance

- Glycémie + cétonurie/cétonémie horaires ; kaliémie /2–4 h ; conscience, diurèse, FR, état d'hydratation ; ECG (kaliémie).
- Objectif : disparition de la cétose ; baisse glycémique progressive (éviter l'œdème cérébral, surtout chez l'enfant).

Points de vigilance

- **Hypokaliémie** = principale cause de décès évitable. **Œdème cérébral** chez l'enfant (baisse glycémique trop rapide).
- **ACD euglycémique** sous iSGLT-2 : cétose malgré glycémie normale → doser les corps cétoniques.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Sans seringue électrique : **insuline rapide 10 U IM horaire** ; protocole de réhydratation chiffré ci-dessus applicable au lit du malade.
- Bandelettes urinaires (glycosurie/cétonurie) à défaut de cétonémie capillaire ; lecteur glycémique indispensable.
- Sérum salé préparé localement (SSI 0,9 % ± EPPI) ; rechercher et traiter activement l'infection déclenchante.